

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-133

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par Aurélien HEMIDY
né le 17 Juin 1989 à BREST

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2019

**PROFIL ET PARCOURS DE SOINS DES MIGRANTS GÉORGIENS
INFECTÉS PAR LE VHC : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE
PATIENTS INSTALLÉS À LA ROCHE SUR YON**

Président du jury : Professeur Rémy SENAND
Directrice de thèse : Docteur Brigitte TREGOUET
Membres du jury :
Docteur Matthieu SCHNEE
Docteur Laurent BRUTUS
Docteur Cédric RAT

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

D'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le Docteur Cédric Rat,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération.

À Monsieur le Docteur Matthieu Schnee,

Je vous suis très reconnaissant de faire partie de ce jury. J'ai eu le plaisir d'échanger avec vous notamment sur la problématique migratoire. Merci de votre bienveillance et de votre confraternité. Soyez assuré de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Brigitte Tregouët,

De m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Un grand merci pour ta disponibilité, ton soutien et tes bons conseils tout au long de ce travail qui m'a été formateur et très enrichissant.

Aux patients qui ont participé à cette étude. Je vous remercie très sincèrement d'avoir d'accepté de me faire part de vos parcours de vie souvent difficiles.

À Tamari, d'avoir bien voulu être mon interprète pendant les entretiens.

À mes parents, d'avoir toujours été présents pour moi. Merci de m'avoir guidé pour que la vie reste un long fleuve tranquille.

À mon grand frère Maxime, pour m'avoir montré la voie.

À ma « belle-famille », Nathalie, Arnaud, Audrey et Damien, pour ces baguettes, pains au chocolat et autres pâtisseries qui m'ont donné du courage pour ce travail.

À Margot, d'avoir été mon super intermédiaire avec le service d'hépto-gastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon. Ainsi qu'**à Jérémie**, pour tous ces bons moments passés ensemble.

À Luc, pour toutes nos parties de tennis endiablées et ces nombreux lancers de balles. Merci de m'avoir rendu affuté et compétitif pour ma thèse. **À Laure**, pour avoir contribué à régler les derniers petits détails.

À Marie et JB, pour m'avoir parfois « mâché » le travail et permis d'« ouvrir » les yeux à certains moments clés.

Aux copains, Pauline, Antoine, Maureen, Brieuc, Gaëlle, Clément, Audrey, Guillaume, Nicolas et Valentine, d'avoir toujours été bienveillant et d'un support indéfectible. Un remerciement tout particulier à **PS** pour m'avoir laissé le privilège de passer ma thèse en dernier.

Aux docs du Pôle Santé du Grand Moulin, Nicolas, Fantine, Claire, Patricia et Aurélie, pour avoir toujours eu des mots d'encouragement. Sans oublier **Flore**, ma collègue idéale.

Au Docteur Frank Grimaud. Merci pour ta formation et de m'avoir transmis ta passion pour la médecine générale.

À Gribouille, pour t'être étalée et d'avoir fait la sieste près de mon ordinateur pendant des heures et des heures de travail.

À Manon, pour m'avoir supporté tout ce temps. Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir encouragé et parfois remonté le moral pour que « ça se passe bien ». Merci aussi pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	7
1.1. HEPATITE C	7
1.1.1. VIRUS	7
1.1.2. TRANSMISSION	9
1.1.3. CLINIQUE ET HISTOIRE NATURELLE	10
1.1.4. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC	14
1.1.5. TRAITEMENT	15
1.1.6. ÉPIDEMIOLOGIE	16
1.2. CAS PARTICULIER DE LA GEORGIE	19
1.2.1. SITUATION GENERALE DU PAYS	19
1.2.2. ÉPIDEMIOLOGIE DU VHC	23
1.2.3. USAGERS DE DROGUES	23
1.2.4. PROGRAMME NATIONAL D'ÉLIMINATION DU VHC	24
1.2.5. ÉMIGRATION ET ACCES AUX SOINS	26
2. MATERIELS ET METHODES	28
2.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	28
2.2. TYPE D'ÉTUDE	28
2.3. GUIDE D'ENTRETIEN	28
2.4. POPULATION ÉTUDIÉE	29
2.5. RECUEIL ET RETRANSCRIPTION DES DONNÉES	30
2.6. ANALYSE DES DONNÉES	31
3. RESULTATS	32
3.1. RECRUTEMENT DES PATIENTS	32
3.2. CONTEXTE DES ENTRETIENS	33
3.3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS	33
3.4. ANALYSE DES RESULTATS	34
3.4.1. VECU EN GEORGIE	34
3.4.2. USAGE DE DROGUES	35

3.4.3.	ÉMIGRATION VERS LA FRANCE	37
3.4.4.	VHC	41
3.4.5.	SITUATION A LA ROCHE SUR YON	50
3.4.6.	PROFIL PSYCHOLOGIQUE	54
3.4.7.	PLAINTES SOMATIQUES	55
3.4.8.	PERCEPTION DE L'AVENIR	56
3.4.9.	ATTACHEMENT A LA FRANCE	57
4.	DISCUSSION	58
4.1.	DE LA METHODE	58
4.1.1.	FORCES	58
4.1.2.	FAIBLESSES	58
4.2.	DES RESULTATS	59
4.2.1.	UNE POPULATION MASCULINE	59
4.2.2.	DES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES	59
4.2.3.	UNE MIGRATION CONTRAINTE	61
4.2.4.	UNE IMPORTANTE SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE	62
4.2.5.	LE SENTIMENT D'UNE INTEGRATION REUSSIE MALGRE UNE VULNERABILITE SOCIALE	66
4.2.6.	LA BARRIERE DE LA LANGUE	66
4.2.7.	UNE HEPATITE C MECONNUE, UN PARCOURS DE SOINS HOSPITALIER VERS LA GUERISON	70
4.2.8.	UN AVENIR INCERTAIN POUR LES ETRANGERS MALADES	71
5.	CONCLUSION	74
6.	BIBLIOGRAPHIE	76
	ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN	83

1. INTRODUCTION

1.1. HÉPATITE C

1.1.1. Virus

Le virus de l'hépatite C (VHC) appartient au genre Hepacivirus de la famille Flaviviridae. Il a été découvert en 1989 par l'équipe du britannique Michael Houghton (1). Avant cette date, un grand nombre d'hépatites virales restaient sans étiologie et étaient appelées « non A non B ».

Le VHC est un petit virus d'environ 60 nanomètres de diamètre. Il se compose :

- d'une enveloppe lipidique dans laquelle sont ancrées 2 types de glycoprotéines (E1 et E2), qui permettent au virus de se fixer aux cellules hôtes hépatiques avant d'y pénétrer,
- d'une capside protidique qui lui permet de se protéger de l'extérieur,
- d'un génome à ARN simple brin, de polarité positive (
-
- Figure 1).

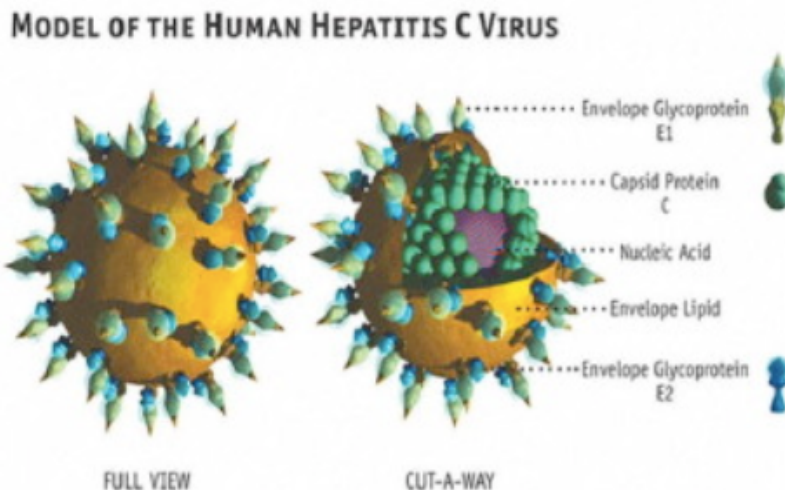
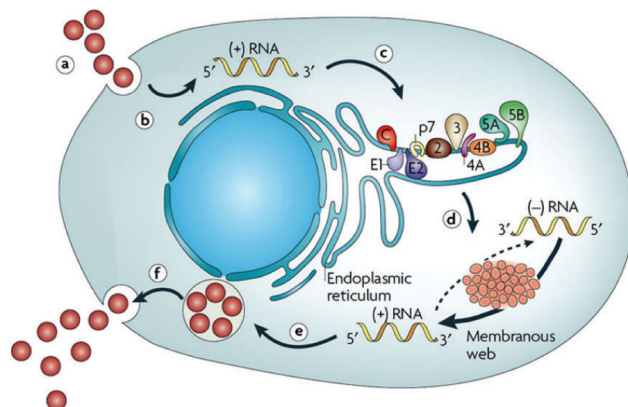


Figure 1 : Structure du VHC

Il infecte principalement le foie. Son cycle viral comprend différentes étapes : (a) entrée du virus dans l'hépatocyte ; (b) libération du génome viral (ARN+) ; (c) traduction et maturation de la polyprotéine ; (d) réplication de l'ARN ; (e) formation et (f) sécrétion des nouvelles particules virales qui iront à leur tour infecter de nouvelles cellules (Figure 2). Sa réplication virale est très rapide, de l'ordre de 10^{12} virions par jour.

Figure 2 : Cycle de réplication du VHC



Le VHC est caractérisé par une importante variabilité génétique. On distingue ainsi 6 principaux génotypes numérotés de 1 à 6 et de nombreux sous types (ou sérotypes) désignés par les lettres a, b, c, etc. On constate aujourd'hui des différences géographiques dans la répartition de ces génotypes (Figure 3). Certains sont présents dans l'ensemble des régions du monde : les types 1, 2 et 3 rendent compte de la majorité des infections par le virus C en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord. D'autres types, plus rares, sont plus localisés dans une région géographique précise : le type 4 a été identifié avec une forte prévalence en Afrique Centrale, en Afrique du Nord et dans le Moyen Orient, le type 5 est essentiellement limité aux populations d'Afrique du Sud, le type 6 au Sud-est asiatique.

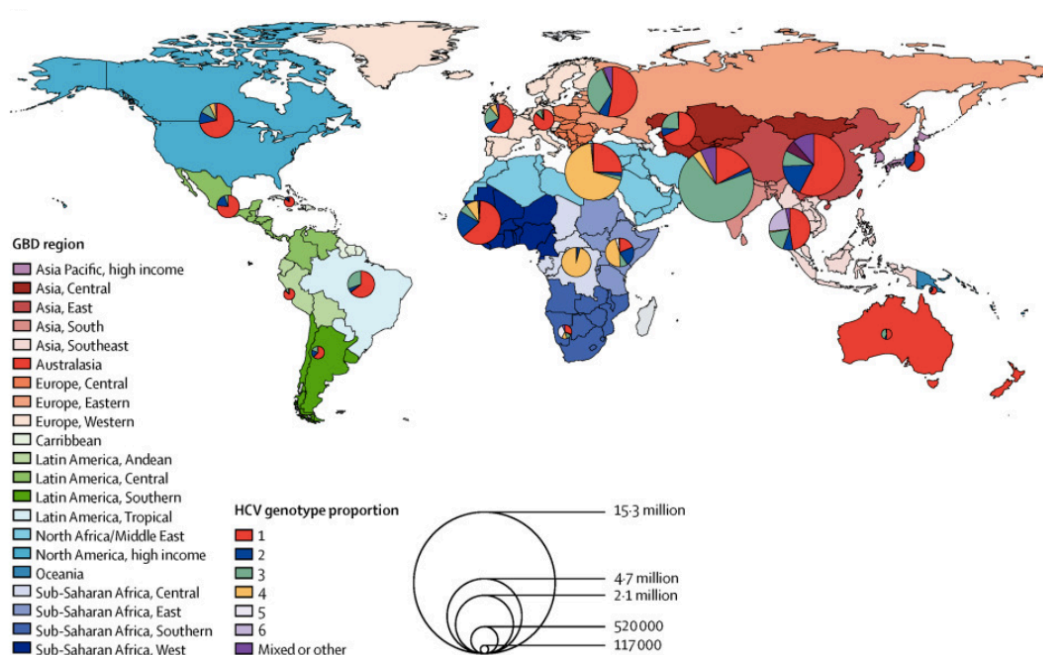


Figure 3 : Distribution des génotypes du VHC dans le monde (2)

1.1.2. Transmission

Le VHC se transmet essentiellement par voie sanguine. Les rares cas de contamination par voie sexuelle sont plus fréquents chez les personnes séropositives au VIH en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le risque de transmission materno-fœtale est de l'ordre de 5 % pour des enfants nés d'une mère infectée par le VHC au cours de l'accouchement avec un risque accru lors d'une co-infection VIH.

Historiquement, le virus s'est largement propagé par le biais des transfusions sanguines. Ce risque transfusionnel a considérablement chuté grâce aux mesures successives de dépistage des donneurs de sang notamment après 1992 en France.

Aujourd'hui, la principale voie de contamination passe par le partage de matériel d'injection entre usagers de drogues, en particulier dans les pays à haut revenu. Des études récentes réalisées en France estimaient à 65 % la prévalence des anticorps anti-VHC parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), atteignant presque 90 % chez les UDVI russophones versus 44 % chez les UDVI francophones. Le sniff est aujourd'hui considéré comme un facteur de risque non négligeable de contamination dans cette population en l'absence d'utilisation de la voie veineuse.

Dans les pays à plus faible revenu, où les mesures de contrôle sont insuffisantes, les actes de santé tels que les transfusions sanguines, la dialyse rénale, la chirurgie, les soins dentaires ou encore la vaccination, réalisés pour une partie avec du matériel non stérilisé, restent associés à une transmission non négligeable du VHC.

Le virus peut également se transmettre par effraction cutanée à l'occasion de tatouages, piercings ou lors d'un accident d'exposition au sang (AES) chez les personnels de santé, mais cette voie de contamination est actuellement exceptionnelle.

En Europe, on peut distinguer 2 groupes de population infectés par des génotypes différents selon leur mode de contamination. Le type 1b est plus fréquent chez les sujets qui ont été contaminés par transfusion sanguine alors que chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, les génotypes prédominants sont les sous-types 3a et 1a.

1.1.3. Clinique et histoire naturelle

1.1.3.1. Hépatite aigüe

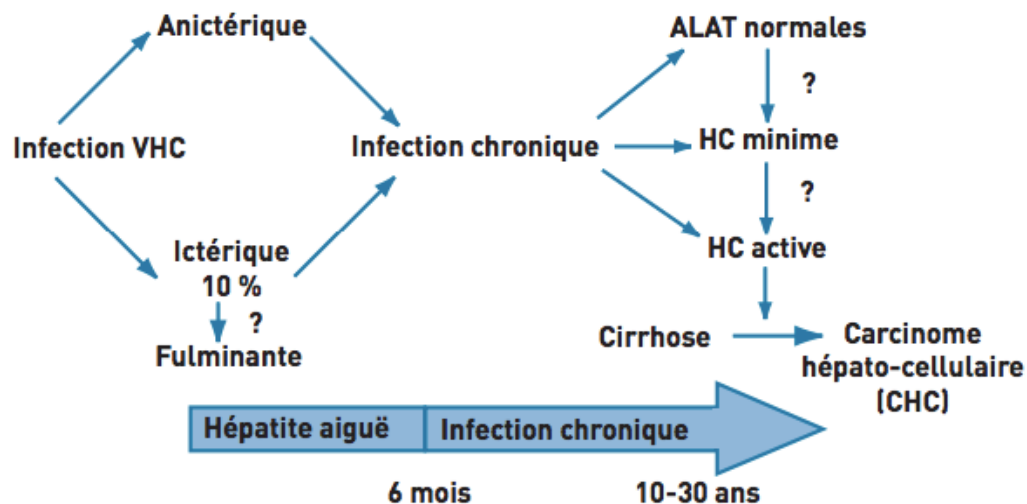


Figure 4 : Histoire naturelle de l'infection VHC (document INPES)

Après une durée moyenne d'incubation de 7 à 8 semaines, l'hépatite C aigüe est chez la plupart des patients asymptomatique. Seuls 20 % auront des symptômes peu spécifiques : asthénie, nausées, douleurs de l'hypochondre droit, suivies par l'apparition d'urines foncées et d'un ictère. Le premier marqueur de l'infection est l'apparition d'ARN viral détectable dans le sérum par PCR dès la première semaine après contamination. Les anticorps anti-VHC sont en règle générale détectés 12 semaines après contagé. Les transaminases et notamment les ALAT s'élèvent avant l'apparition des symptômes, leur pic est le plus souvent supérieur à 10 fois la normale. Dans 15 à 45 % des cas, la guérison est spontanée : les transaminases se normalisent et l'ARN viral devient alors indétectable ; les anticorps anti-VHC resteront détectables pendant de nombreuses années (Figure 5).

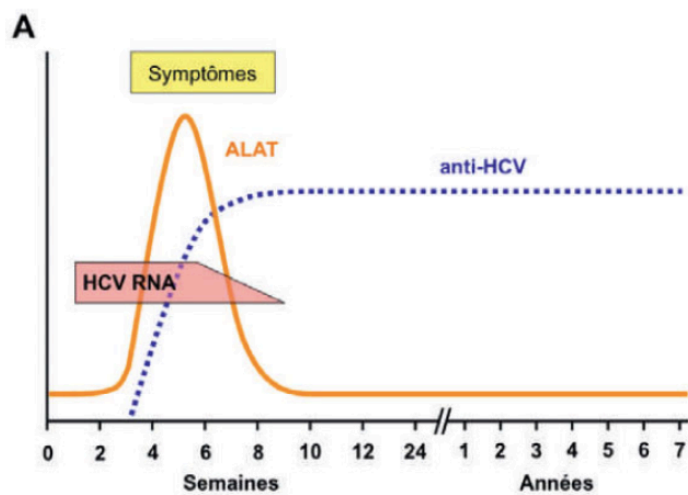


Figure 5 : Hépatite aigüe C évoluant vers la guérison

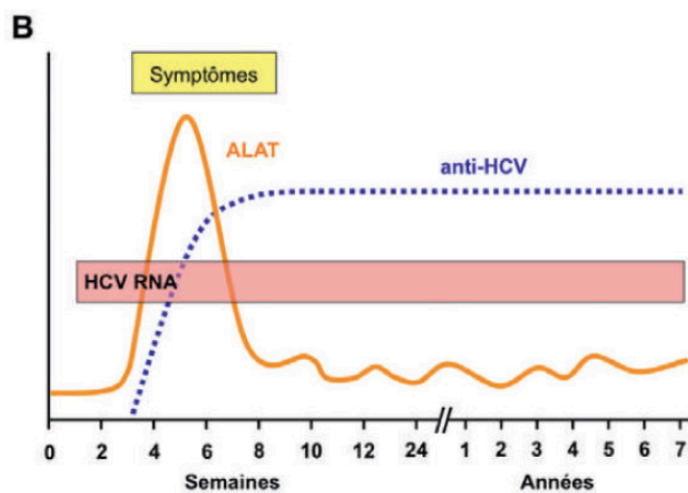


Figure 6 : Hépatite aigüe C évoluant vers la chronicité

1.1.3.2. Hépatite chronique

Dans 55 à 85 %, l'infection devient chronique. On distingue alors trois cas de figures :

- dans environ 25 % des cas, les ALAT sont normales sur trois dosages successifs sur une période d'au moins six mois. L'hépatite est asymptomatique mais il existe le plus souvent des lésions minimales d'hépatite chronique à la ponction biopsie hépatique (PBH),
- dans 50 % des cas, on observe une élévation très modérée et fluctuante des ALAT. Il peut y avoir alors une asthénie inhabituelle. La PBH montre des lésions d'activité et de fibrose minimales et l'évolution est généralement lente (Figure 6),
- dans 25 % des cas, les ALAT sont fortement augmentées. La PBH montre alors une activité plus marquée et surtout une fibrose plus extensive avec un risque de cirrhose élevé (3).

1.1.3.3. Cirrhose et carcinome hépatocellulaire

L'hépatite chronique C progresse silencieusement durant des années. Les cellules hépatiques infectées par le virus sont détruites par le système immunitaire et progressivement remplacées par un tissu cicatriciel fibreux ou fibrose. Plusieurs facteurs influencent l'évolution de l'hépatite C chronique et sont associés à une progression plus fréquente et accélérée de la fibrose. C'est le cas notamment de la consommation d'alcool, les co-infections virales B et VIH, le syndrome métabolique avec stéatohépatite non alcoolique (NASH) ou l'immunodépression. Chez 10 à 20 % des patients, la fibrose évolue vers une cirrhose après 20 à 30 ans (4). Les signes d'hypertension portale (varices œsophagiennes, circulation veineuse collatérale abdominale, œdèmes, ascite...) ou d'insuffisance hépatocellulaire (ictère, encéphalopathie hépatique, ...) apparaissent tardivement. La cirrhose est ainsi le plus souvent diagnostiquée lors d'une PBH. Parfois, elle est découverte à l'occasion d'une complication telle qu'une hémorragie par rupture de varices œsophagiennes. L'incidence annuelle de survenue d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) chez un patient atteint d'une cirrhose virale C est estimée entre 1 à 5 % (5). L'hépatite chronique C représente aujourd'hui en France la deuxième cause de cirrhose et de CHC ainsi que la deuxième indication de transplantation hépatique (6).

1.1.3.4. Manifestations extra-hépatiques

De nombreuses manifestations extra-hépatiques ont été rapportées à l'hépatite chronique C. Un lien évident a été démontré avec la cryoglobulinémie, responsable d'atteintes cutanées (purpura), rénales (glomérulonéphrite), rhumatologiques (polyarthrite) ou neurologiques (neuropathie périphérique) (7). La dépression est fréquemment observée chez les personnes infectées par le VHC (Figure 7). Aussi, d'autres associations à des maladies ont été évoquées (atteintes thyroïdiennes, syndrome sec, lichen plan, porphyrie cutanée tardive, sialodénite lymphocytaire, lymphomes non hodgkiniens) mais le lien de causalité entre ces pathologies et le VHC n'est pas clairement établi. Plus récemment, il a été rapporté que d'autres manifestations comme le diabète, certaines pathologies cardio-vasculaires, l'asthénie et des troubles cognitifs étaient plus fréquemment observées chez des patients atteints d'une hépatite chronique C que dans la population générale (8).

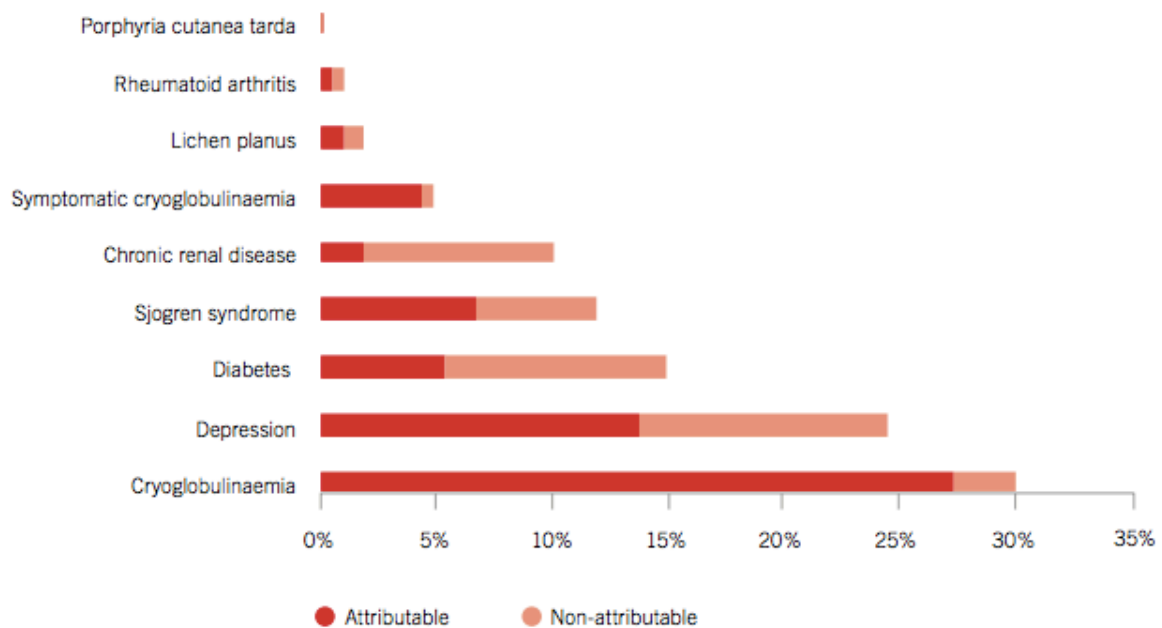


Figure 7 : Prévalence des comorbidités chez les personnes infectées par le VHC, incluant la fraction attribuable à l'infection par le VHC (9)

1.1.4. Dépistage et diagnostic

La complexité du dépistage de l'hépatite C repose sur le fait que l'infection reste longtemps asymptomatique. Ces dernières années en France, il consistait en un dépistage ciblé des personnes à risque d'infection par VHC, parmi lesquels les usagers de drogues, les personnes originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du virus, les patients transfusés avant 1992 ou les personnes incarcérées. Cette stratégie semblait insuffisante puisqu'en 2014, environ 75 000 personnes entre 18 à 80 ans ignoraient être infectées par le VHC (10).

En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) conclue que ce « dépistage ciblé [...] présente des limites et contribue à la persistance d'une épidémie cachée de l'infection VHC » (11). Cela justifie un dépistage universel qui doit concerner l'ensemble de la population.

La recherche d'anticorps anti-VHC s'effectue par :

- sérologie virale par prélèvement sanguin standard
- ou TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique), en prélevant une goutte de sang par microponction du doigt (ou à partir d'un prélèvement de salive)

Lorsqu'un TROD est positif, il doit être confirmé par une sérologie. En cas d'anticorps anti-VHC positifs, on réalise une charge virale par PCR afin de quantifier l'ARN du virus et documenter une infection active. Le diagnostic d'une hépatite C chronique est établi par la présence d'anticorps anti-VHC associés à une charge virale positive sur une période de plus de 6 mois. Un patient ayant une sérologie anti-VHC positive et deux PCR négatives à distance de quelques mois a soit spontanément guéri de l'infection ou a été traité avec succès.

A noter qu'il est justifié de réaliser en parallèle un dépistage du virus de l'hépatite B et du VIH pour ne pas méconnaître une co-infection.

L'accès aux tests de dépistage du VHC dans le monde reste insuffisant. Parmi les 71 millions de personnes infectées, seulement 20 % (14 millions) avaient été testées et connaissaient leur statut.

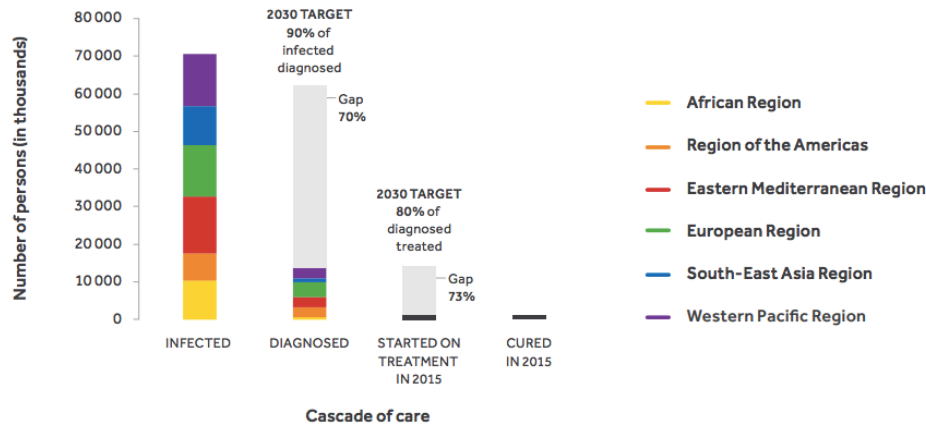
1.1.5. Traitement

Après 10 ans de bithérapie pégylée (interféron pégylé et ribavirine), le traitement du VHC a progressé de façon majeure en 2014 avec l'arrivée des antiviraux à action directe (AAD). C'est un traitement simple, administré sous forme de comprimés (associant 2 ou 3 antiviraux différents), en une prise unique par jour, de durée limitée (8 à 12 semaines) et bien tolérés. Depuis fin 2016, le traitement est universel. Il est indiqué chez tous les patients quelle que soit la sévérité de la maladie et le degré de fibrose hépatique. La guérison virologique est obtenue chez plus de 95 % des patients. Elle est affirmée 3 mois après l'arrêt du traitement si l'ARN viral est toujours négatif. Le traitement de l'hépatite C s'intègre bien sûr dans une prise en soin globale, médico-psycho-sociale, notamment chez les usagers de drogues, en prenant compte des comorbidités (alcool, obésité, diabète, troubles psychiatriques) et de la prise d'autres médicaments. La prise concomitante d'un traitement par méthadone ou buprénorphine ne pose pas de problème. Auparavant, le choix du traitement par AAD était conditionné par le génotype viral. Aujourd'hui, les AAD de dernière génération sont pangénotypiques : ils sont efficaces sur tous les génotypes. La durée du traitement est fonction du degré de fibrose hépatique : 8 semaines en l'absence de cirrhose et 12 semaines en présence d'une cirrhose.

L'accès au traitement s'améliore mais est encore trop limité. En effet, seuls 7.4 % des personnes diagnostiquées avec une infection chronique par le VHC (1.1 million), ont débuté un traitement en 2015. En 2016, 1.76 million de patients supplémentaires ont été traités, dont 86 % par AAD, ce qui porte à 13 % la couverture mondiale du traitement curatif contre l'hépatite C. Il reste beaucoup à faire à l'échelle mondiale pour atteindre l'objectif fixé par l'OMS à 80 % de malades traités d'ici 2030 (Figure 8).

Les pays à faibles et moyens revenus représentent une part majeure (72 %) des sujets infectés par le VHC mais l'accès aux tests et dépistage et au traitement par AAD est encore plus limité dans ces pays. Par conséquent, les taux de guérison étaient plus faibles dans ces pays en comparaison à ceux des pays à haut revenu.

Dernièrement, le prix pour un traitement curatif par AAD variait entre 200 et 45 000 US\$. Cependant, les modalités d'accès au traitement changent rapidement avec la baisse de ces prix inhérente à la concurrence croissante des médicaments génériques, notamment avec l'Égypte qui a négocié des prix très bas avec le laboratoire pharmaceutique Gilead.



Source: WHO estimates, conducted by the Center for Disease Analysis. See Annex 2.

Figure 8 : Cascade de soins de l'infection VHC, par région de l'OMS, 2015

1.1.6. Épidémiologie

En 2015, 71 millions de personnes sont porteurs d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (2). Je rappelle que seuls 20 % avaient été diagnostiqués et uniquement 7 % d'entre eux avaient reçu un traitement.

On estime à 1.75 million, le nombre de nouvelles infections par le VHC chaque année. L'Europe et la région de la Méditerranée orientale sont les plus touchées (Figure 9). En Europe, l'usage de drogues injectables représente une part importante des nouvelles infections alors qu'en Méditerranée orientale, la principale cause de transmission sont les soins de santé par injections « peu sûres », notamment avec du matériel mal stérilisé (12) (13).

La prévalence mondiale du VHC est de l'ordre de 1.0 % (2) avec en première position la région de la Méditerranée orientale (2.3 %) suivi de la région Européenne (1.5 %) (Figure 10).

L'Égypte est un cas à part. Le virus s'est largement répandu dans les années 1960-1980 par la réutilisation des seringues, mal ou non stérilisées, dans le cadre d'une campagne nationale de lutte contre la bilharziose. Dans les années 2000, jusqu'à 20 % de la population égyptienne est atteinte de l'hépatite C. Aujourd'hui encore, la prévalence du VHC en Égypte compte parmi les plus élevées au monde (7 %).

Parmi les 71 millions de malades infectés par le VHC dans le monde, 5.6 millions soit 8 % sont usagers réguliers de drogues injectables. On estime actuellement que parmi les 15.6 millions de personnes qui s'injectent des drogues, 52% sont positives aux anticorps de l'hépatite C (14). Ainsi, l'usage de drogues par voie intraveineuse pourrait représenter 23 % des nouvelles infections chaque année (15).

En 2015, l'hépatite virale a causé 1.34 million de décès, équivalent au nombre de décès liés à la tuberculose (1.37 million), et plus élevé que ceux dus au VIH (1.06 million) ou au paludisme (0.44 million). Au contraire de ces dernières, la mortalité due à l'hépatite virale est en augmentation (Figure 11). Parmi ces décès, 30 % sont imputables à des complications liées au VHC (66 % au VHB). Autrement dit, près de 400 000 personnes meurent chaque année des suites du VHC. De plus, chez de nombreux patients en phase terminale d'une hépatopathie causée par le VHC ou VHB, l'infection virale n'est pas toujours mentionnée sur le certificat de décès en cas de mort découlant d'une cirrhose ou d'un CHC. En conséquence, la morbidité de ces hépatites virales reste sous-estimée.

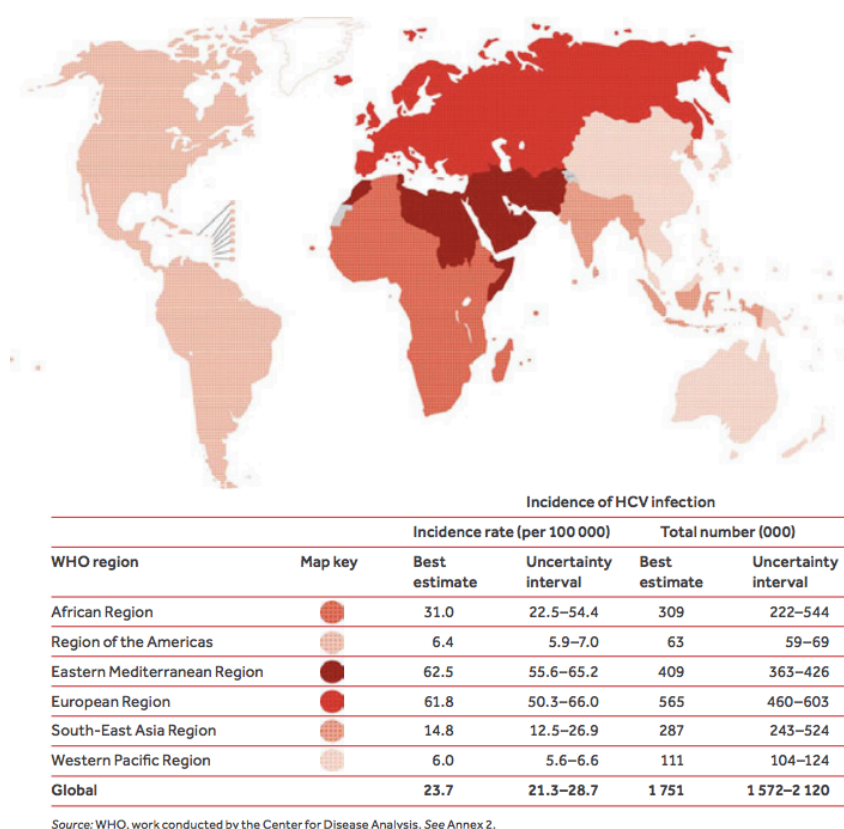
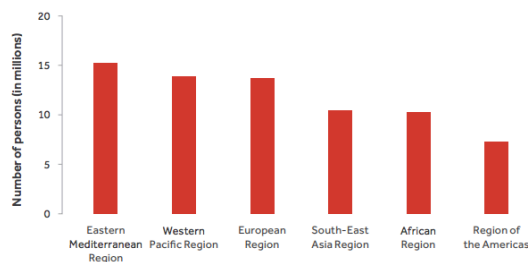


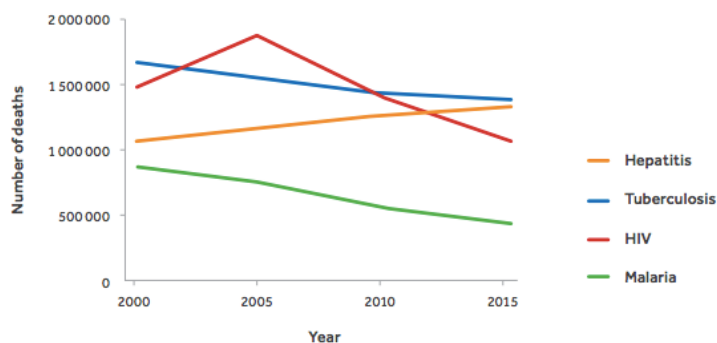
Figure 9 : Incidence de l'infection VHC dans la population générale, par région de l'OMS, 2015

Figure 10 : Prévalence de l'infection VHC (ARN VHC positif) dans la population générale



WHO region	Estimates of the prevalence of HCV infection (%)			Estimated number of persons living with HCV (millions)		
	Best	Lower	Higher	Best	Lower	Higher
African Region	1.0	0.7	1.6	11	7	16
Region of the Americas	0.7	0.6	0.8	7	6	8
Eastern Mediterranean Region	2.3	1.9	2.4	15	13	15
European Region	1.5	1.2	1.5	14	11	14
South-East Asia Region	0.5	0.4	0.9	10	8	18
Western Pacific Region	0.7	0.6	0.8	14	10	15
Total	1.0	0.8	1.1	71	62	79

Source: WHO, work conducted by the Center for Disease Analysis. See Annex 2.



Source: WHO global health estimates (Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.)

Figure 11 : Mortalité annuelle globale de l'hépatite, du VIH, de la tuberculose et du paludisme, 2000-2015

En France, une étude de 2011 estime la prévalence des anticorps anti-VHC à 0.75 %, correspondant à 345 000 sujets ayant contracté le VHC. La prévalence de l'ARN viral est évaluée à 0.42%, soit 193 000 personnes porteuses d'une infection chronique (16). En 2014, on estime que 75 000 d'entre eux ne sont pas encore diagnostiqués et ignorent donc leur statut sérologique (10). Le nombre de décès en France parmi les patients hospitalisés avec un diagnostic d'hépatite C est d'environ 3 000 sur l'année 2011 (17).

1.2. CAS PARTICULIER DE LA GÉORGIE

1.2.1. Situation générale du pays

◇ Géographie

La Géorgie est située sur la ligne de division entre l'Europe et l'Asie, dans la région du Caucase. Le pays est bordé par la Russie au Nord, l'Azerbaïdjan au Sud-Est, l'Arménie au Sud et la Turquie au Sud-Ouest (Figure 12). Avec une superficie totale de 69 700 km², la Géorgie compte 3 700 000 habitants. Elle se subdivise en 9 régions administratives et 3 républiques autonomes : l'Abkhazie, l'Adjarie et l'Ossétie du Sud (Figure 13).



Figure 12 : Situation géographique de la Géorgie



Figure 13 : Régions administratives de la Géorgie

◇ *Histoire récente*

Après une période émaillée d'incidents et d'agitation nationaliste, la Géorgie, ancienne république de l'Union soviétique, déclare son indépendance le 9 avril 1991. Un mois plus tard, Zviad Gamsakhourdia, lettré d'orientation nationaliste, est élu président. En décembre de la même année commence une guerre civile entre les partisans de ce dernier et ceux d'Edouard Chévardnadzé, ancien ministre des affaires étrangères d'URSS. Cet affrontement conduit à des combats dans la capitale en 1992, et se prolongera jusqu'en 1994, soit deux années après la destitution de Gamsakhourdia et l'élection d'Edouard Chévardnadzé. Parallèlement, la Géorgie connaît deux guerres séparatistes, l'une avec l'Ossétie du Sud entre 1991 et 1992 et l'autre l'opposant aux abkhazes entre 1991 et 1994. De ces trois « guerres » ont résulté une profonde désorganisation du pays ainsi que le développement de milices paramilitaires semant le trouble et l'insécurité dans tout le pays. Ces différents conflits ont également causé l'exode d'environ 300 000 géorgiens d'Abkhazie et d'Ossétie du Sud.

Dans les années qui ont suivi sa séparation avec l'URSS, la Géorgie connaît un appauvrissement brutal et profond. De l'une des républiques socialistes soviétiques les plus prospères, elle devient rapidement l'une des nouvelles nations parmi les plus pauvres. Son PIB par habitant s'effondre en effet de 72 % entre 1990 et 1994, tandis que la plupart de ses industries disparaissent et que l'ensemble du système de protection sociale, incluant la santé et l'éducation, se délite. De plus, l'hyperinflation du début des années 90 (300 % par mois en 1993) cause également la perte brutale des économies des habitants ainsi que la perte de valeur des retraites et autres revenus sociaux. Après 1995, la situation politique commence à se stabiliser et la Géorgie connaît une lente progression économique malgré des institutions étatiques très faibles et un niveau de corruption élevé.

La révolution des roses, fin 2003, fait accéder au pouvoir Mikheïl Saakashvili. Celui-ci restructure, modernise les institutions étatiques et entreprend une série de réformes libérales radicales ainsi qu'une véritable guerre contre la corruption qui ont pour effet de relancer la croissance du PIB mais laissent de côté une partie de la population. Cette politique, de même que l'escalade du conflit en Ossétie du Sud jusqu'à la guerre russo-géorgienne d'août 2008, se traduit par une profonde division de la société entre pro et anti Saakashvili. À partir de 2006, celui-ci souffre d'accusations de corruption et d'autoritarisme et son gouvernement est la cible de nombreuses manifestations. En novembre 2012, il perd les élections législatives face au parti

d'opposition « Rêve géorgien » qui voit son candidat à la présidentielle, Giorgi Margvelashvili, obtenir la victoire en 2013. À l'automne 2018, ce dernier ne brigue pas de second mandat et le 28 novembre, Salomé Zourabichvili, devient l'actuelle présidente de la Géorgie élue pour 6 ans.

◇ *Mosaïque ethnique*

L'identité nationale géorgienne a toujours été la grande philosophie du peuple géorgien. Toutefois, la Géorgie est une véritable mosaïque ethnique. De tout temps, les Grecs, les Arméniens, les Perses, les Turcs ou bien les Abkhazes et les Ossètes ont cohabité avec les Géorgiens pour contribuer à la nation géorgienne. Chaque région du pays reflète cet environnement social complexe. La Géorgie compte ainsi une trentaine de minorités ethniques (Tableau 1). Mais un nationalisme géorgien exacerbé naîtra de l'époque soviétique. À la chute de l'URSS, le slogan disait « la Géorgie aux Géorgiens ». Un sentiment d'insécurité s'installe alors au sein des minorités ethniques, notamment parmi les peuples abkhaze et ossète, ce qui participera aux différentes guerres séparatistes.

Tableau 1 : Distribution du nombre de la population en Géorgie par groupes ethniques

Ethnic groups	Total (Thousand Persons)	Percentage Distribution
Total Population	3 713,8	100,0
Georgians	3 224,6	86,8
Azeris	233,0	6,3
Armenians	168,1	4,5
Russians	26,5	0,7
Ossetians	14,4	0,4
Yazidis	12,2	0,3
Ukrainian	6,0	0,2
Kists	5,7	0,2
Greeks	5,5	0,1
Assyrians	2,4	0,1
Other	14,3	0,4
Refusal	0,6	0,0
Nationality not specified	0,5	0,0

◇ Diversité de langues

On dénombre environ 14 langues parlées en Géorgie (Figure 14). Le géorgien est la langue principale et officielle du pays ; il s'écrit dans son propre alphabet. Plus de 86 % de la population l'utilise comme première langue. La forme parlée comporte de nombreux dialectes. Le géorgien est divisé en géorgien oriental et occidental qui sont ensemble liés à d'autres langues parlées dans le pays, notamment le laze ou le svane. L'azéri est parlé par 6.2 % de la population géorgienne. C'est la langue principale des azerbaïdjanaïses et la langue officielle de l'Azerbaïdjan. La langue russe est aussi largement représentée dans le pays. Elle était d'ailleurs obligatoire à l'école durant la période soviétique. Le russe est utilisé comme première langue par 1.2 % de la population géorgienne, principalement par les immigrants russes et la génération géorgienne plus âgée. Le nombre d'anglophones en Géorgie a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies en raison de l'intérêt récent du gouvernement pour cette langue. Ainsi, l'anglais est devenu une matière obligatoire dans les écoles.

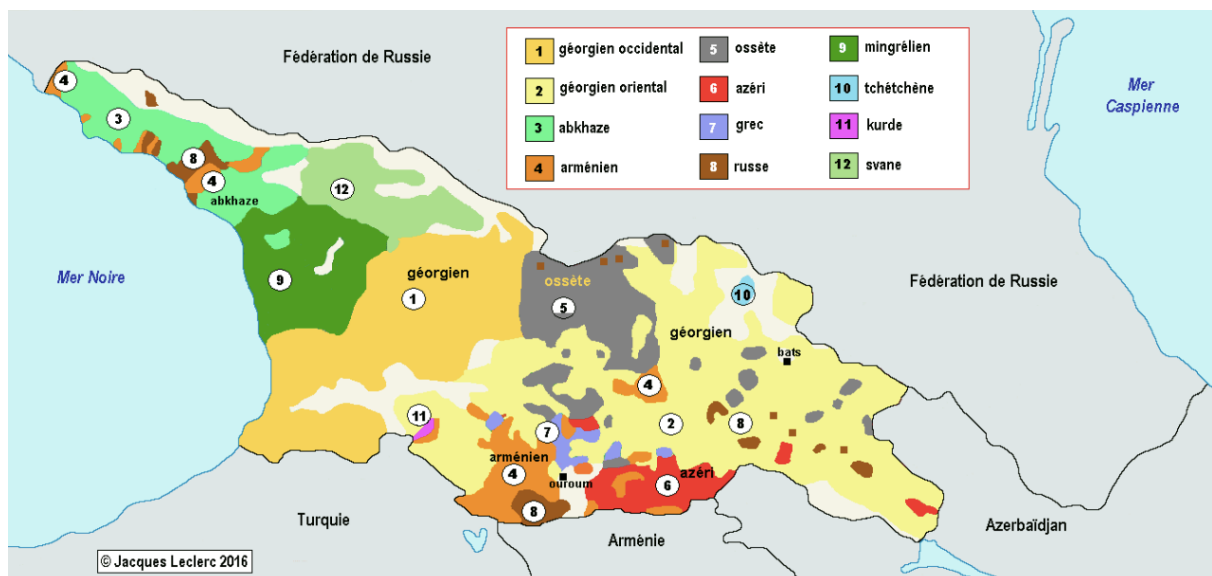


Figure 14 : Langues principales en Géorgie

1.2.2. Épidémiologie du VHC

Le VHC est un réel problème de santé publique en Géorgie. Au début des années 2000, la prévalence de l'hépatite C dans le pays était estimée à 6.7 % (18). Plus récemment en 2015, une enquête nationale estime une prévalence de 7.7 % parmi la population générale avec 5.4 % d'infection chronique (19), soit 150 000 personnes sur un total de 3.7 millions d'habitants, classant la Géorgie au troisième rang mondial en termes de prévalence après l'Égypte et la Mongolie.

1.2.3. Usagers de drogues

Durant la période soviétique, la consommation de drogue en Géorgie était tout à fait marginale, interdite et réprimée. Elle ne touchait qu'un nombre de personnes restreint, proches du pouvoir, échappant au droit commun, intellectuels, artistes, etc. De ce fait, pour une partie de la population, l'usage de drogue pouvait bénéficier d'une image plutôt valorisante, associée à une élite et inaccessible au reste du peuple.

Après la chute de l'Union soviétique en 1991, dans un contexte de difficultés économiques, de grande criminalité et de corruption, l'usage de drogues s'est rapidement développé en Géorgie, touchant jusqu'à 4.19 % de la population âgée entre 15 et 64 ans (20). Cette estimation de 2004 faisait de la Géorgie le pays ayant la prévalence d'usagers de drogues injectables la plus élevée au monde. Cependant, la majorité de la société géorgienne, du fait de sa culture héritée de la politique soviétique, a conservé un fort rejet social et la stigmatisation des usagers de drogues, heureusement atténués par une forte solidarité familiale.

A partir de 2006, le président de l'époque, Mikhaïl Saakashvili, décide de s'attaquer à ce vaste problème et lance une politique de tolérance zéro. Toute consommation ou possession de drogues est passible d'une amende puis d'emprisonnement en cas de récidive. En 2007, le gouvernement va plus loin et lance une campagne à grande échelle de tests urinaires aléatoires et forcés. Le but : dissuader les jeunes de s'initier aux drogues. Sur le « motif suffisant de suspicion », les policiers sont autorisés à arrêter n'importe quel citoyen dans l'espace public et à lui faire passer un test urinaire dans un centre avec, en cas de positivité, les mêmes peines encourues. Cette politique répressive abouti à la disparition du « marché de la drogue », à

l'assèchement des filières d'importation mafieuses et à l'explosion du prix de l'héroïne avec pour conséquences :

- un ajustement de la demande pour des drogues dangereuses « faites maison » (Krokodil, Jeff, Vint), cuisinées à domicile, à partir de médicaments en vente libre à base de codéine ou de pseudoéphédrine
- un déplacement de certains usagers vers Batumi à la frontière avec la Turquie, où il est facile de s'approvisionner en héroïne bon marché
- une émigration en Turquie, Ukraine et Europe de l'Ouest, qui explique les nombreux usagers géorgiens de l'association Gaïa à Paris, qui est un centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Mais cette répression repose sur la criminalisation plutôt que la réhabilitation et la resocialisation des usagers de drogues. Le problème vient surtout du fait que la loi ne définit pas, pour une grande partie des drogues, la notion de petites quantités, pouvant rapidement assimiler usage personnel et trafic. Les usagers se cachent, par peur du harcèlement policier, et consomment seul à leur domicile, ce qui augmente le risque de décès par overdose. Il en résulte que les usagers de drogues forment une population marginalisée et éloignée des services sanitaires et sociaux faisant obstacle à la réduction des risques (21). Ce contexte, limitant l'accès aux soins et à la prévention, a permis au VHC de se diffuser massivement au sein de la population géorgienne usagère de drogues par voie intraveineuse. Selon diverses études, la prévalence des anticorps anti-VHC parmi les usagers de drogues injectables varie de 66,2 % à 92 %, dont 89 % sont infectés de manière chronique (22) (23). Ils représentent environ un quart des cas d'hépatite C chronique dans le pays et l'incidence chez les usagers de drogues injectables reste au moins trois fois plus élevée que dans la population générale (24) (25).

1.2.4. Programme national d'élimination du VHC

Pour un pays à faible revenu comme la Géorgie, l'élimination de l'hépatite C est impossible sans une importante réduction du coût des traitements. En avril 2015, la Géorgie lance le premier programme national d'élimination du VHC soutenue par Gilead Sciences qui accepte de fournir gratuitement du Sofosbuvir puis plus tard l'association Sofosbuvir/Lédipasvir (Harvoni).

La phase initiale d'un an était axée sur le traitement en priorité des malades souffrants d'une insuffisance hépatique avancée. La seconde phase, débutée en juin 2016, a pour but de traiter chaque personne infectée de manière chronique par le VHC avec comme objectif de réduire de 90 % la prévalence du virus d'ici 2020 (26).

Ce programme vise également à réduire l'incidence du VHC chez les consommateurs de drogues injectables en intensifiant la prévention et le dépistage, en développant des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles et en améliorant l'accès des traitements de substitution aux opioïdes. En 2017, le Premier ministre Giorgi Kvirikashvili fait appel au parlement géorgien pour réformer la législation et réduire la criminalisation des consommateurs de drogues. Afin de toucher les usagers les plus isolés et faciliter leur accès au programme national, Médecins du Monde intervient, en association avec son partenaire local New Vector, par des éducateurs pairs qui vont à leur rencontre avec du matériel stérile et diffusent des messages de prévention sur les risques de transmission des maladies infectieuses. L'intervention de ces éducateurs pairs montre d'excellents résultats en termes d'adhérence et de réponse au traitement parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse et participe à la réduction des risques (27).

Entre avril 2015 et mars 2018, approximativement 1.5 million de personnes ont été dépisté pour le VHC. 48 764 personnes ont été diagnostiquées avec une hépatite C, soit environ un tiers de la population estimée vivant avec une infection chronique. Parmi elles, 93 % ont entamé un traitement par AAD, 29 620 ont été évaluées pour une réponse virologique prolongée après traitement dont 98.3 % ont été guéries de l'hépatite C (28).

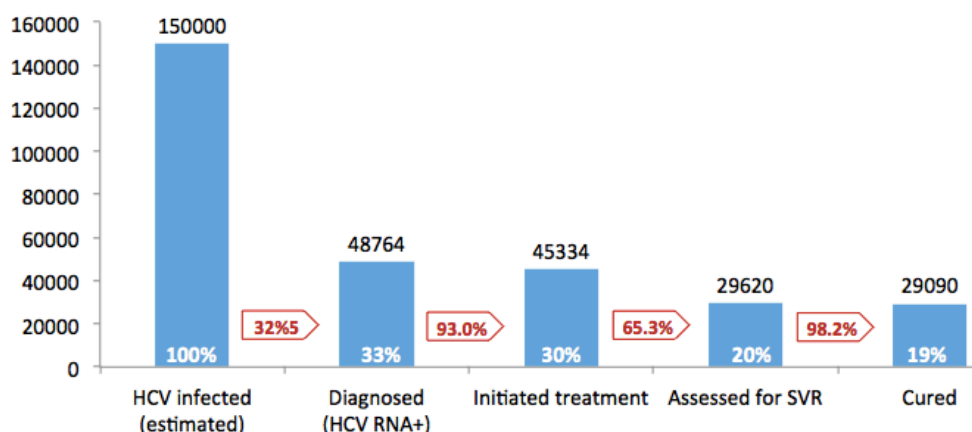


Figure 15 : Cascade de soins du VHC en Géorgie au 31 mars 2018

1.2.5. Émigration et accès aux soins

L'indépendance de la Géorgie en 1991 suivi des conflits séparatistes en Abkhazie et en Ossétie du Sud, mènent au départ forcé d'un grand nombre de géorgiens appartenant aux **minorités ethniques**. Parallèlement, la violence des affrontements en lien avec la conservation ou l'acquisition du pouvoir entraîne une **émigration politique**, dont une partie s'installe en France. L'appauvrissement brutal de la population après la chute de l'URSS occasionne également une **migration économique** vers l'Europe occidentale, mais aussi vers les États-Unis et l'Australie.

L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) a enregistré en 2018 plus de 6 700 demandes d'asile émanant de ressortissants géorgiens. Ce chiffre représente une hausse de 256 % par rapport à l'année 2017, classant le pays en troisième position derrière l'Afghanistan et l'Albanie, bien que la Géorgie figure parmi les « pays d'origine sûrs » depuis décembre 2013 (29). L'ancien ministre de l'intérieur, Gérard Collomb, s'était même inquiété d'une « explosion » de la demande d'asile géorgienne attribuée à l'exemption de visa dans l'espace Schengen pour des séjours courts (jusqu'à 90 jours) accordée aux géorgiens depuis mars 2017 (30). La typologie de la demande d'asile géorgienne est marquée par une grande hétérogénéité. Nombre de demandeurs allèguent avoir été inquiétés en raison de leur appartenance au « Mouvement National Uni » de l'ancien président Saakashvili à la suite des victoires électorales de la coalition « Rêve Géorgien » depuis 2012. La demande d'asile géorgienne comprend également un volet ethnique avec des membres des minorités abkhaze, ossète et yézidie invoquant des craintes liées à des motifs d'ordre privé (extorsions) ou aux agissements des forces d'occupation russes présentes dans les territoires sécessionnistes. On assiste progressivement à une augmentation des demandes de nature sociétales (minorités sexuelles, violences domestiques, unions contrariées) ainsi qu'un certain nombre d'affaires attachées à des conflits d'ordre privé, parfois adossé à un contexte de criminalité (31).

Concernant l'accès aux soins, un total de 4 227 titres de séjour, toutes nationalités confondues, a été accordé par la France en 2017 pour raisons médicales. Cette année-là, les hépatites virales représentent 10.8 % des demandes juste derrière le VIH (13.6 %) et les maladies psychiatriques (21.9 %). La part des demandes concernant les ressortissants géorgiens représente 2.5 % avec par ordre de fréquence : les troubles de stress post-traumatique (38.7 %), les hépatites virales (6.7 %), la tuberculose (5.6 %), les pathologies psychiatriques (4.5 %), le handicaps (2.6 %), le diabète (1.3 %) (32).

Depuis le milieu des années 2000, la France est confrontée à une importante immigration provenant des pays d'Europe de l'Est et particulièrement de Géorgie dont la plupart sont usagers de drogues.

On constate à leur arrivée qu'un très grand nombre sont atteints d'une hépatite C.

Ils déclarent venir en France à la recherche d'un avenir meilleur, beaucoup sur des objectifs économiques mais un certain nombre aussi car ils se sentaient en insécurité en Géorgie. D'autres ont comme principal motif de migration une demande de soins centrée sur des traitements de substitution aux opiacés ou sur l'évaluation et le traitement de leur hépatite C chronique (33) (34). Les soins étant payants et très onéreux dans leur pays d'origine, beaucoup n'avaient pas les moyens d'y suivre un traitement. En effet, à cette période, les traitements innovants pour l'hépatite C (les antiviraux à action directe) n'étaient pas encore disponibles et leur accès encore moins universel.

Aujourd'hui installés en France, qui sont ces migrants géorgiens infectés par le VHC et quel est leur parcours de soins ? C'est la question à laquelle ce travail tente de répondre.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de ce travail était d'étudier le profil des migrants géorgiens atteints d'une hépatite C ainsi que d'apprécier leur vécu vis-à-vis de leur parcours de soins en France.

Les objectifs secondaires étaient :

- de mieux comprendre les motivations de leur émigration
- de cerner les problématiques de leur intégration en France
- de s'intéresser à leur santé psychique
- d'élaborer des pistes de réflexion quant à une meilleure prise en charge de ces patients

2.2. TYPE D'ÉTUDE

Mon choix s'est porté sur une recherche qualitative qui repose sur le recueil de données verbales et conduit à une analyse interprétative. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leur vécu personnel. À travers des entretiens semi-directifs individuels et par des questions ouvertes, j'ai pu interroger les patients sur des thèmes précis sans pour autant orienter leurs réponses. Ces entretiens instaurent ainsi un dialogue dans un climat d'intimité laissant place à la spontanéité, nécessaire à la libre expression sur des sujets aussi sensibles que l'émigration avec le psycho-traumatisme qui en découle le plus souvent.

2.3. GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (en annexe) élaboré suite à mes recherches bibliographiques mais aussi inspiré des différents échanges avec le Docteur Olivier Lefebvre, médecin référent au Comede à l'hôpital Bicêtre à Paris, le Docteur Matthieu Schnee et le Docteur Carelle Koudougou, hépatologues au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de La Roche sur Yon ainsi qu'avec ma directrice de thèse le Docteur Brigitte Tregouet, médecin généraliste à La Roche sur Yon.

Les thèmes abordés lors des entretiens avec les patients étaient les suivants :

- leur situation en Géorgie
- le parcours migratoire et les motivations du départ
- leurs conditions de vie en France
- l'hépatite C et le parcours de soins en France
- la santé psychique
- le regard sur l'avenir

À chacun de ces thèmes correspondait une question ouverte, avec des éléments de relance. Au cours de l'entretien, l'ordre des questions s'est adapté au discours de chacun pour préserver la spontanéité et la fluidité de la discussion et la façon dont elles étaient formulées devait éviter d'orienter les réponses.

2.4. POPULATION ÉTUDIÉE

Le recrutement concernait tous les patients migrants d'origine géorgienne ayant été en contact avec le virus de l'hépatite C. La base de ce recrutement était les patients suivis pour une hépatite C dans le service de d'hépatogastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon. Mon premier travail aura été de distinguer les patients originaires de Géorgie par leur ville de naissance informée sur leur dossier médical. Certains d'entre eux avaient déjà été contacté par ma directrice de thèse le Docteur Brigitte Tregouet, médecin généraliste de la majorité des patients interrogés. Les autres patients ont été approchés par téléphone. Bien évidemment, le profil de patient étudié porte sur un effectif restreint que je détaillerai dans mes résultats.

2.5. RECUEIL ET RETRANSCRIPTION DES DONNÉES

Le lieu des entretiens était laissé au choix des patients avec comme possibilité la maison de santé pluridisciplinaire Gaston Ramon à La Roche sur Yon, où travaille notamment le docteur Brigitte Tregouet, ou encore leur domicile s'ils le souhaitaient.

J'ai proposé à chaque patient l'aide d'une interprète géorgienne dans le but de faciliter l'échange mais aussi afin d'éviter contresens et incompréhensions. L'interprétariat était réalisé par l'épouse de l'un des patients interrogés, elle-même d'origine géorgienne et parlant un français très correct. Étant donné le temps accordé à ce travail, j'ai tenu à la dédommager symboliquement.

Avant de démarrer l'entretien, je me présentais en tant que médecin généraliste faisant un travail de recherche sur les patients géorgiens atteints d'une hépatite C, en collaboration avec le docteur Brigitte Tregouet. L'objectif annoncé était d'améliorer leur prise en charge à travers une meilleure connaissance de leur parcours de soins mais aussi de leur parcours de vie.

Avec l'accord des patients, tous les entretiens ont été enregistrés avec l'application « dictaphone » de mon téléphone portable dans le but d'une retranscription ultérieure.

Les patients étaient informés, avec une attention particulière, de la préservation de leur anonymat. Chaque entretien a, en effet, été anonymisé et désigné par un chiffre dans l'ordre chronologique (E1 pour entretien 1, E2, E3, etc.).

Après m'être assuré de la bonne compréhension de l'étude par les patients, un consentement oral leur a été demandé avant de débiter les entretiens. Leur démarche de venir à la maison de santé spécialement pour l'entretien signifiait déjà leur accord.

Chaque entretien a ensuite été retranscrit manuellement tel un verbatim à l'aide du logiciel de traitement de texte Word.

2.6. ANALYSE DES DONNÉES

L'objectif n'était pas de déduire une théorie des entretiens mais de comprendre le vécu des patients. Pour cela, nous avons procédé par une analyse phénoménologique interprétative permettant d'explorer l'expérience des patients, le sens qu'ils donnent à leurs événements de vie et les mécanismes psychologiques sous-jacents.

L'analyse s'est faite en deux temps. J'ai réalisé une première analyse longitudinale de chaque verbatim selon les différents thèmes cités précédemment. Puis, une deuxième analyse transversale a été faite dans le but d'observer des tendances communes ou différences entre l'ensemble des entretiens.

Tous les verbatims ont été relus, réanalysés et commentés par ma directrice de thèse. On peut parler ici de triangulation.

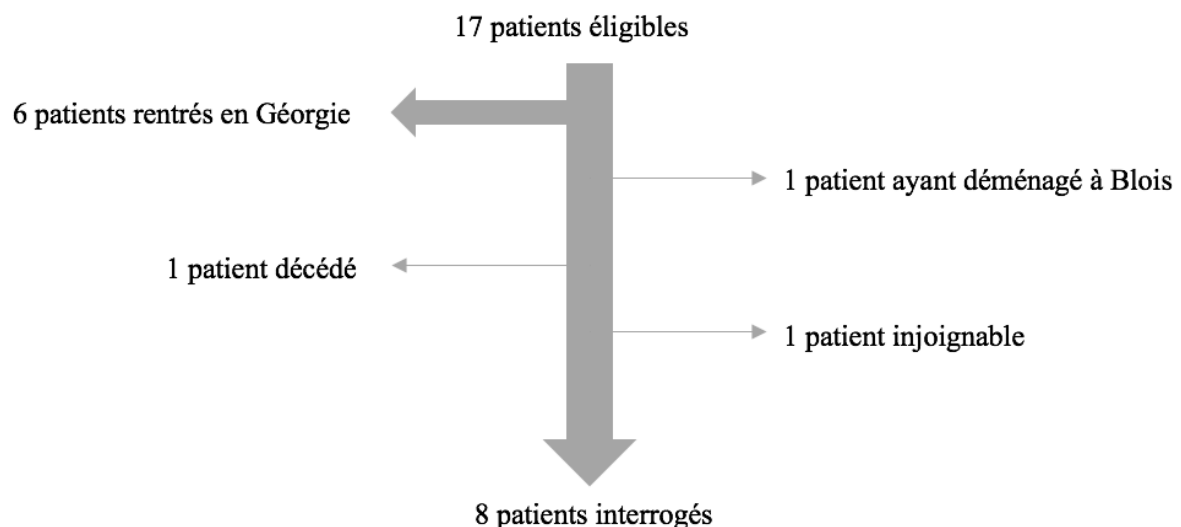
3. RÉSULTATS

3.1. RECRUTEMENT DES PATIENTS

La base de mon recrutement était les patients suivis pour une hépatite C dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon. Les dossiers médicaux informatisés renseignent la ville de naissance de chaque patient. J'ai alors recueilli un total de 17 patients originaires de Géorgie.

6 d'entre eux m'avaient déjà été renseignés par le Docteur Brigitte Tregouet, étant leur médecin généraliste. 2 autres patients contactés par téléphone ont également accepté de me rencontrer. 1 patient est décédé. 1 patient avait récemment déménagé dans la région de Blois. D'après les informations que j'ai recueillies auprès de l'association Passerelles de La Roche sur Yon, 6 patients étaient rentrés en Géorgie. 1 patient est resté injoignable malgré plusieurs appels ainsi qu'un message laissé sur répondeur. J'ai ainsi pu m'entretenir avec 8 patients immigrés géorgiens soignés pour une hépatite C chronique.

Il est intéressant ici de noter le contraste entre la difficulté que j'ai eu pour convenir d'un rendez-vous avec ces patients, peut-être en raison de la barrière de la langue qui plus est par téléphone, de leur méfiance initiale et la spontanéité dans leur discours lors des différents entretiens.



3.2. CONTEXTE DES ENTRETIENS

Tous les entretiens se sont déroulés au sein de la maison de santé pluridisciplinaire entre le 8 novembre 2018 et le 13 mars 2019. Leur venue au cabinet médical acte leur consentement à l'étude.

Les entretiens ont duré entre 31 minutes et 1 heure 24 minutes avec une médiane de 59 minutes.

J'ai proposé à chaque patient l'aide d'une interprète. Cette dernière est l'épouse de l'un des patients interrogé, d'origine géorgienne également, qui a ainsi traduit pour son mari et lors de 3 autres entretiens. 2 patients dont 1 parfaitement francophone n'ont pas souhaité son interprétariat. Les 2 derniers entretiens se sont déroulés par l'intermédiaire de leur compagne respective qui parlaient un très bon français.

3.3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	sexe	âge	études / formation en Géorgie	situation familiale	arrivée en France
E1	M	42	secondaires / masseur magnétiseur	marié, sans enfant	2012
E2	M	39	université des arts (à Londres) / comédien	remarié après un divorce, 3 enfants	2010
E3	M	42	secondaires / radiotéléphonie	en couple, 1 enfant	2009
E4	M	56	secondaires / ébéniste	marié, 3 enfants	2012
E5	M	46	université de médecine (1 an)	divorcé, 1 fille en Géorgie	2012
E6	M	44	université / ébéniste	célibataire, sans enfant	2015
E7	F	52	université / professeur des écoles	séparée, 2 filles	2005
E8	M	38	université / prothésiste dentaire	marié, 2 enfants	2014

L'échantillon comporte 7 hommes et 1 seule femme. Les participants sont âgés de 38 à 56 ans pour une moyenne de 45 ans. Beaucoup ont fait des études supérieures en Géorgie. Ils sont arrivés en France entre 2005 et 2015, la majorité entre 2009 et 2012 (63 %).

3.4. ANALYSE DES RÉSULTATS

3.4.1. Vécu en Géorgie

Trois patients m'ont spontanément parlé de leur **enfance heureuse** au sein de familles soudées : « notre famille était très proche » E2 « j'habitais là-bas normalement [...], j'étais bien là-bas en Géorgie quand j'étais petit » E6 « je suis née dans une famille où c'était le bonheur [...], une famille très soudée, très respectueuse [...]. Je ne manquais absolument de rien, on voyageait beaucoup avec la famille » E7,

avec une certaine **nostalgie de cette période** : « oui [la nostalgie], beaucoup. Quand j'étais jeune, c'était plus fort que maintenant » E4 « j'ai la nostalgie quand j'étais petite [...]. Je me souviens très bien de cette période, je voudrais bien y retourner mais... » E7.

Mais leur expérience en Géorgie est plus souvent marquée par la **violence** : « j'ai été blessé [...] deux fois avec une arme [...], au visage [...], j'étais dans une situation mortelle » E2 « ce sont des agressions qui commençaient maintenant contre mes enfants. Ma fille, qui était enceinte de 8 mois, a été frappée [...]. J'ai été menacée [...], une personne m'a blessé avec un couteau et m'a violé » E7,

la **mort** : « si tu tues le petit chien, tu es un vrai homme. On a grandi avec des trucs comme ça » « j'étais avec des amis, il y avait une petite fête, une personne est arrivée [...], il a pris son arme [...], il a tué une personne à côté de moi » E1 « mon oncle [...] a été assassiné en Géorgie » « ils tuaient tout le monde... ils tuaient ceux qu'ils voyaient... les géorgiens... » E2,

avec un **sentiment d'insécurité omniprésent** : « il ne faut pas rester en Géorgie parce que c'est trop dangereux » E2 « Maintenant, je parle de ça plus facilement, plus calmement. Il y a 5 ans, j'avais peur » E4.

Un vécu douloureux responsable pour beaucoup d'un **psycho-traumatisme** : « c'est trop cauchemar chez moi [...] trop difficile [psychologiquement] » E1 « la Géorgie... comment expliquer, toujours des problèmes » E3 « avant c'était très difficile ma vie. En Allemagne, j'avais dit à mon interprète : si vous vous mettez à ma place, comment vous auriez pensé ? Elle m'a répondu que ce n'était pas possible, qu'elle ne pouvait pas imaginer tout ça [...], je ne veux pas encore de soucis là-bas » E6.

Pour un patient, son histoire en Géorgie se résume à de la prison : « mon histoire malheureusement est très courte parce que pendant 21 ans j'étais prisonnier », en lien avec son usage de drogues de l'époque : « j'étais prisonnier pour avoir utilisé de la drogue, j'étais toxicomane mais pas un dealer, c'est très différent. En Géorgie, être consommateur [...], c'était 7 ans de prison ». Une prison dans laquelle il déclare avoir été « **torturé mentalement et moralement** » E5.

Deux patients n'ont pas souhaité me faire part de leurs « soucis » en Géorgie : « j'avais des problèmes, c'est une autre histoire [...], une histoire très longue [...], je ne veux pas en parler » E4 « là-bas, c'est toujours des soucis, toujours des problèmes [...], je n'ai pas envie de dire tous mes problèmes [...], pour moi c'est très difficile même de raconter » E6. Là aussi, on peut imaginer un vécu traumatique.

3.4.2. Usage de drogues

6 des 8 patients interrogés (75 %) ont un **passé de toxicomanes en Géorgie**. La première consommation se fait **souvent jeune** : « j'avais 17 ans [...] la première fois que j'ai goûté » E1 « quand j'ai commencé à me droguer, j'avais 16 ans » E6.

Certains banalisent cet usage de drogues : « vous vous êtes déjà injecté de la drogue ? oui, j'ai 40 ans, c'est normal » E3, telle une **norme de société** : « avant tout le monde était habitué

avec ça, tous les hommes de mon âge se droguaient » E1, un passage obligé vers l'âge adulte : « celui qui se droguait c'était un bon gars, c'était une mode là-bas avant [...] c'est pour ça que j'ai essayé » E1.

Une autre voit cela comme une fatalité en rapport avec la situation de son pays « tellement dure et tellement grave que soit tu dois te droguer soit tu dois boire [...] pour oublier ses problèmes » E7.

Ils rapportent avoir commencé la drogue **pendant une période difficile moralement, sans avenir, vivant au jour le jour avec l'impossibilité de se projeter dans un futur** : « tout le monde disait [au sujet du patient] : il est diabétique, il va bientôt mourir [...]. Psychologiquement, ça fatigue. Après, j'ai goûté à tout : la drogue... » E1 « après... j'ai été « malade » [...], ce n'est pas trop intéressant [...], comme j'étais malade, j'ai pris de la drogue » E6 « j'étais tout le temps angoissé, tout le temps stressé parce que je savais ce qui allait arriver demain, après-demain... » E5.

Un temps où leur santé leur paraissait secondaire : « je n'avais pas envie de garder ma santé [...]. J'ai pensé que j'étais bientôt mort alors je vais tout essayer par exemple la petite drogue » E1 « avant, ça ne m'intéressait pas ma santé parce ce que j'ai perdu beaucoup de choses [...]. Avant, je n'ai pas regardé si c'était dangereux ou pas cette maladie [l'hépatite C] » E8.

Ce patient est marqué par un **sentiment de honte, de culpabilité aujourd'hui** : « je n'aime pas parler par rapport à l'injection. Avec personne, avec mon psychologue aussi c'est compliqué d'expliquer ce problème, parce que j'ai besoin d'oublier » E8, ou **de regret** pour celui-ci : « avant si tu étais un bon gars tu te piquais. C'est pour ça que j'ai essayé, n'importe quoi » E1.

Deux patients m'évoquent une certaine **corruption** de la police géorgienne vis à vis des usagers de drogues : « oui, j'étais consommateur de drogue mais quelques fois ça arrivait [...] que les policiers mettent dans la poche. Même si je n'ai pas avec moi mon héroïne, ils mettent dans la poche, ils montrent après : « voilà tu avais ça, tu vas en prison » » E5, parfois à but lucratif : « si la police voit le drogué, après il donne une amende [...]. Non pas une amende, directement 100\$, c'est un trafic [...]. Je crois que la police fait aussi du business pour ça là-bas » E1.

3.4.3. Émigration vers la France

3.4.3.1. Raisons du départ

La moitié des patients interrogés sont des **réfugiés politiques**. Ils sont arrivés en France **par rapport à des différends en lien avec l'indépendance de la Géorgie en 1991** : « des problèmes liés avec la Russie, la politique [...]. Parce qu'en 1992, la Géorgie a demandé la séparation avec la Russie et avec ça il y a eu beaucoup de problèmes [...]. Il n'y a pas de paix pour moi, ni en Géorgie ni en Russie » E3, **et les conflits ethniques qui ont suivi** : « j'avais beaucoup de problèmes par rapport à ça parce que mon mari était un homme politique en Géorgie jusqu'à la séparation de la Géorgie et de l'Abkhazie ». Une période où « tout était tellement mélangé : la politique, la mafia, la corruption » E7.

Ils subissaient en Géorgie de nombreuses **menaces** personnelles mais aussi dirigées contre leurs proches : « beaucoup de problèmes avec toute la famille, toutes les personnes qui étaient à côté » E2.

Parfois **traqués** : « j'ai été obligé de déménager, de changer d'appartement plusieurs fois » E7, **ils ont été contraint de fuir et demandent une protection à la France** : « j'ai demandé une aide [...]. Maintenant, je suis protégé par la France » E2 « pour protéger mes enfants » E7.

Un patient n'a pas eu d'autre choix que de quitter son pays : « quand je suis sorti de prison, j'étais obligé de quitter le pays parce que le gouvernement demandait de quitter le pays. Les policiers et le gouvernement ont fait le passeport [...], ils disaient « ou tu quittes la Géorgie ou tu retourneras en prison » et j'ai quitté mon pays » E5, avec l'espérance de « commencer ma vie normalement » E5.

Certains évoquent une meilleure offre de soins en France : « un ami m'a dit que c'était mieux aussi la France pour la maladie, les médicaments, les docteurs, il m'a donné une idée c'est tout » E1 « il y a beaucoup de personnes qui arrivent de Géorgie, qui ne peuvent pas se soigner en Géorgie » E7,

avec des difficultés pour se faire soigner de l'hépatite C en Géorgie notamment **en raison des coûts du traitement** : « en Géorgie, ce n'était pas possible de soigner l'hépatite C à cette époque. Même aujourd'hui, [...] ils disent qu'il existe le centre pour la maladie l'hépatite C mais c'est trop cher et tout le monde n'y arrive pas, c'est presque impossible de soigner » E5 « c'est trop cher aussi de payer un jour d'hôpital. [...] Tout le monde m'a demandé d'aller me faire soigner en France parce qu'on connaissait des gens qui avaient été en France, ils se soignaient bien. J'ai décidé de venir ici pour me soigner » E6.

Cette meilleure offre de soins n'est la raison première de leur émigration mais est plus **vécu comme un bénéfice secondaire** : « ce n'était pas l'objectif mais j'ai trouvé que c'était possible de soigner cette maladie alors j'ai démarré pour le traitement » E5.

Le but n'étant pas non plus de faciliter l'obtention d'un titre de séjour par la maladie : « c'est important : je n'ai jamais demandé l'asile pour... je n'avais pas besoin pour les papiers ou quoi que ce soit, j'ai fait une prise de sang parce qu'après la prison j'avais besoin de savoir » E5.

Ces géorgiens ont un **profond attachement pour leur pays d'origine** : « je t'aime Géorgie, difficile de quitter [...]. J'ai trop de nostalgie [...], j'ai mal » E1 « je suis géorgien, c'est là-bas ma famille, je suis né là-bas » E2 « bien sûr que j'aime mon pays » E7.

Le fait de partir est souvent vécu comme un déchirement : « je ne voulais pas quitter mon pays parce que je n'étais pas prête pour ça. J'avais mes parents, mes amis, mon travail, mon appartement, j'avais tout [...]. On a décidé un jour qu'il fallait que je quitte, je prends mes enfants et voilà » E7,

avec pour beaucoup **un sentiment de perte** : « c'est la dixième année que je suis parti, que je suis là, j'ai perdu ma maman [...]. Tout le reste est là-bas » E2 « j'ai quitté mon pays, j'ai quitté tout en fait » E7 « j'ai perdu beaucoup de choses là-bas » E8.

Deux patients n'ont pas souhaité évoquer les raisons de leur départ : « je suis désolé, c'est la première fois que je vous vois et vous me donnez questions comme ça... désolé » E2 « une autre question s'il vous plaît, j'ai un problème en Géorgie et c'est ça [...]. J'en ai parlé beaucoup

mais ici je ne comprends pas pourquoi vous posez cette question » E8, laissant penser à une blessure encore ouverte.

3.4.3.2. Parcours migratoire

Pour la majorité, **l'itinéraire vers la France fut direct** : « la France, le premier pays pour moi, direct la France » E3 « j'ai été directement à La Roche sur Yon, je ne connaissais pas d'autres villes, je ne connaissais rien en fait » E5,

parfois par l'intermédiaire d'un passeur contre rémunération : « j'ai trouvé une personne, il est chauffeur taxi [...], je suis arrivé ici directement à La Roche [...], j'ai payé pour chacun 300€ au chauffeur taxi, il m'a emmené ici » E1 « j'ai payé quand même pour ça » E7.

Ils sont **arrivés à La Roche sur Yon par hasard** : « je n'ai pas voulu arriver ici [...]. La Roche sur Yon, c'était par hasard parce que j'étais venu dans une autre ville : Angers » E4 « je n'ai pas concrètement quelque chose de précis pour quel but je suis arrivé ici » E5 « j'ai trouvé une personne qui allait en Europe mais on ne savait pas où [...]. Je suis arrivée ici à La Roche sur Yon parce que ma fille était là [arrivée quelques jours plus tôt] » E7,

souvent, **sans contact** sur place : « personne, pas d'ami [...]. Quand on est rentré ici à la Roche, on était tous les deux, on a marché avec nos valises tous les deux dans la rue : un moment difficile » E1 « non, rien personne » E3 « en France, on n'a pas d'ami, on n'a pas de famille » E7,

au mieux une connaissance : « ici était une personne, un jeune homme, je connaissais son père » E4 « je connaissais une personne, pas plus [...], pas un ami, juste une connaissance » E6,

ou **un ami** « seulement je n'avais personne sauf cet ami qui était en France chez qui je suis arrivé » E5, chez qui dormir « je suis arrivé chez mon meilleur ami qui habitait ici » E5.

À leur arrivée, la plupart étaient sans logement : « on était dans la rue » E1 « une semaine, j'ai dormi dehors [...], 1 semaine - 10 jours, j'étais à la rue comme ça » E3 « il y a un moment, j'étais dans la rue ici en France, je n'avais pas de logement » E5.

Pour ce patient, l'hôpital fut son premier toit : « on a été à hôpital parce qu'on avait rien pour dormir [...], on est parti directement dans la cafeteria de l'hôpital, assis sur des chaises pour dormir » E1.

Ce sont donc **des débuts compliqués en France** : « on est arrivé en France et pendant 10 mois je ne savais pas quoi faire : je sortais, je pleurais, je rentrais » E7, **sans repère** : « quand on quitte notre pays, quand on arrive ici, ou n'importe où dans un pays étranger, on ne sait pas comment démarrer notre vie, c'est déjà un grand problème et un grand choc » E7, **avec des difficultés par rapport à leur droit au séjour** : « maintenant, on peut venir ici sans visa, il y a 6 ans, c'était vraiment un grand problème pour venir ici » E4 « quand je suis arrivé ici en France, il y avait aussi des problèmes. Problèmes ça veut dire difficile, pas de papiers, pas de travail » E8.

Là encore, deux patients n'ont pas voulu s'exprimer sur le sujet : « on parle d'hépatite C, pas de ça » E4 « par rapport à cette question, j'ai parlé à Passerelles, à l'OFPPA, au recours, j'ai répondu partout. Une autre question s'il vous plaît » E8.

3.4.4. VHC

3.4.4.1. Caractéristiques du virus

	génotype	fibrose	autres sérologies
E1	1b	F2	contact VHB (ac Hbs/Hbc+ ; ag Hbs-)
E2	1b réinfection génotype 3	F0-F1	négatives
E3	2a/2c	F0-F1	contact VHB (ac Hbs/Hbc+ ; ag Hbs-)
E4	1b	F0-F1	contact VHB (ac Hbs/Hbc+ ; ag Hbs-)
E5	2a/2c réinfection génotype 1b	F2	contact VHB (ac Hbs/Hbc+ ; ag Hbs-)
E6	1b	F3 + cirrhose mixte A5	négatives
E7	1b	F0-F1	négatives
E8	3a	F1-F2	contact VHB (ac Hbs/Hbc+ ; ag Hbs-)

Le **génotype** le plus représenté est le génotype **1b** retrouvé chez 6 patients (75 %), suivi du génotype **2a/2c** pour 2 patients et enfin le génotype **3a** pour 2 patients également.

Le degré de **fibrose** est **faible à modéré**, inférieur ou égal à F2, hormis pour un patient qui présentait une fibrose F3 associée à une cirrhose d'origine mixte (virale et alcoolique) classée A5.

À noter que 5 patients ont des anticorps anti-Hbs/Hbc positifs sans antigènes Hbs correspondant à **un contact par le virus de l'hépatite B avec une guérison spontanée**. 2 patients ont été réinfectés. On retrouve en effet un génotype différent de la première infection. Ces deux constats sont à mettre en lien avec le principal mode de contamination : l'usage de drogues injectables.

3.4.4.2. Modes de transmission

Beaucoup ont attrapé l'hépatite C par **usage de drogues injectables en Géorgie** : « un grand ami à moi, c'est un bon gars, il m'a dit : « allez pique » » E1 « j'ai pris un peu d'héroïne » E2 « quand j'étais toxicomane, j'utilisais de l'héroïne, c'est peut-être pour ça que j'ai cette maladie l'hépatite C » E5 « peut-être parce que j'ai pris de la drogue, je pense » E6 « *est-ce que vous savez comment vous avez attrapé l'hépatite C ?* à peu près [...]. Je n'aime pas parler par rapport à l'injection » E8,

par des **conduites à risques** notamment l'échange de seringues : « on ne faisait pas attention, nous on faisait avec une aiguille, c'est pour quatre personnes » E1,

sans toutefois **avoir connaissance des risques** de contamination par le VHC : « je n'ai jamais pensé à l'hépatite pour ça » E1 « quand j'ai commencé à me droguer [...], je ne savais pas [les risques] avant » E6.

Aucun déclare consommer aujourd'hui, plusieurs sont sous traitement substitutif : « il y a 5 ans seulement que je suis sous Méthadone, les médecins disent que j'ai fait beaucoup de progrès par rapport à la drogue [...]. J'ai commencé à 150 mg de Méthadone et aujourd'hui je suis descendu à 80 » E5 « je prends mon médicament, mon traitement 0.4 mg [...], Subutex » E8.

Un patient a probablement été **infecté dans les suites d'une opération en Géorgie** pendant un conflit armé : « je ne sais pas comment je l'ai attrapé, mais je pense que c'était à l'hôpital parce que pendant la guerre j'ai été opéré quelques fois, mais je ne suis pas sûr. Parce que là-bas, il n'y avait pas de contrôles, c'était pendant la guerre [...]. J'ai été blessé beaucoup de fois pendant la guerre, je m'étais cousu tout de suite, pas de choses stérilisés » E4.

La voie de transmission du VHC reste **indéterminée** pour une patiente (E7).

Beaucoup m'évoquent les **contaminations nosocomiales** de l'époque en **Géorgie** par manque de contrôles et de stérilisation du matériel médical : « c'est difficile [...] de trouver un dentiste, parce que les instruments ne sont pas bien stérilisés. Beaucoup de gens, même les femmes, ont attrapé l'hépatite par rapport au dentiste [...]. On doit chercher vraiment un bon dentiste [...].

Il y a des voisins en Géorgie, la femme était enceinte, elle est partie accoucher son bébé. En fait, elle ne pouvait pas accoucher comme ça, ils lui ont fait une injection dans le dos [une péridurale], après elle a attrapé l'hépatite par rapport à ça » E1 « c'est difficile de bien tout stériliser [...]. C'était un problème en Géorgie [...], quand les personnes sont infectées par l'hôpital [...], par le dentiste aussi. Ici les règles sont plus strictes que là-bas » E2.

3.4.4.3. Traitements et effets secondaires

L'ensemble des patients interrogés ont donc été suivi dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon, par le Docteur Matthieu Schnee et à moindre mesure par le Docteur Carelle Koudougou.

Plusieurs patients, arrivés en France dans les années 2010, n'étaient **pas d'emblée éligibles à un traitement** selon les recommandations en vigueur à ce moment-là, leur fibrose étant inférieure à F2. La conduite à tenir fut alors une **surveillance simple** : « 2 ans ou 3 ans on est resté comme ça » E1 « le docteur [hépatologue] a expliqué que j'avais l'hépatite C [...], il expliquait comme ça, cette maladie est endormie et ce n'était pas obligé pour moi maintenant de prendre les médicaments [...]. Le docteur [hépatologue] a répondu : « si j'étais à votre place, je ne prendrais pas ce médicament parce que ce n'est pas trop une urgence maintenant mais plus tard peut être si un nouveau médicament arrive » E3.

Au cours de cette surveillance, **un patient a été perdu de vue**. Ce dernier l'explique par le fait qu'il n'ait pas reçu de convocation de la part de l'hôpital : « après, le docteur a dit que tous les ans je viendrai pour contrôler. En fait, ça fait trois ans que je n'ai pas de réponse du docteur, il n'a pas donné de rendez-vous pour contrôler [...]. Il m'avait dit que tous les ans, chaque fois, il me donnerait un rendez-vous. Je ne sais pas après ça » E3.

Avec l'arrivée des **antiviraux à action directe** en 2014 et les nouvelles recommandations qui ont suivi, les patients ont pu accéder à un **traitement** (résumé dans le tableau ci-après).

L'**observance** aura été globalement **très bonne** sauf pour un patient.

Très peu d'effets secondaires ont été signalés : « aucun souci avec le médicament » E1 « stress, fatigue, mais ce n'est pas sûr que ce soit à cause de ce médicament » E4 « *est-ce que vous avez eu des effets secondaires avec ces médicaments ?* Non, rien du tout » E6 « absolument rien, la même chose » E8,

hormis **quelques difficultés psychologiques** chez des patients avec déjà un terrain dépressif sous-jacent : « j'étais soigné la première fois pour l'hépatite C avec médicament Interferon qui était très dur pour moi et psychologiquement je n'étais pas bien [...]. Je voulais même arrêter parce que psychologiquement je trouvais que ça n'allait pas bien » E5 « quand j'ai commencé ça allait mais le dernier mois je trouvais que je n'étais pas bien, et après j'ai compris que c'était peut-être avec ce médicament mais j'ai fini quand même mon traitement [...]. Mais sinon aucune réaction [...], les médicaments que j'avais à cette période pour l'hépatite C, ça se passait normalement, je n'ai pas trouvé trop de différence quand je prenais les médicaments » E7.

Tous les patients ont bien répondu au traitement.

2 patients ont connu une **réinfection** par des génotypes différents de la première infection. On peut donc supposer que, dans l'intervalle, ces patients aient eu des conduites à risques notamment par consommation de drogues injectables.

L'ensemble des patients ont eu une **réponse virologique soutenue** au traitement et sont aujourd'hui **guéris de leur hépatite C** : « le docteur a dit après 6 mois : c'est guéri » E1.

La plupart des patients ne parlant pas français, les consultations au sein du service d'hépatogastro-entérologie se sont déroulées **avec l'aide d'une interprète** afin de garantir une bonne information et une meilleure compréhension : « ils ont envoyé une traductrice, une dame, elle traduisait russe » E1.

	génotype	traitement	réponse	réinfection	second traitement	réponse
E1	1b	surveillance initiale (2013-2015) SOFOSBUVIR + SIMEPREVIR (2015)	guérison			
E2	1b	VIRAFERON + REBETOL (en 2011 à Strasbourg)	guérison	génotype 3 fibrose F0-F1	EPCLUSA (SOFOSBUVIR + DACLATASVIR) (2017)	guérison
E3	2a/2c	surveillance initiale (2012-...) puis perdu de vue				
E4	1b	surveillance initiale (2012-2017) puis ZEPATIER (ELBASVIR + GRAZOPREVIR) (2017)	guérison			
E5	2a/2c	PEGASYL + REBETOL (2013)	guérison malgré une observance complexe	génotype 1b fibrose F3	VIEKIRAX + EXVIERA (2016)	guérison
E6	1b	HARVONI + RIBAVIRINE (2015)	guérison			
E7	1b	surveillance initiale (2015-2017) puis ZEPATIER (2017)	guérison			
E8	3a	surveillance initiale (2015-2017) puis EPCLUSA (2017)	guérison			

3.4.4.4. Parcours de soins

La majorité des patients (75 %) n'avaient pas connaissance de leur hépatite C à leur arrivée en France : « en Géorgie, le docteur n'a pas dit que j'avais aussi l'hépatite C [...]. C'était vraiment une surprise » E1 « en Géorgie, je ne connaissais pas ça. Après ici avec la prise de sang, j'ai compris que j'avais l'hépatite C » E3 « je ne savais pas vraiment que c'était l'hépatite C » E4.

Certains avaient un doute sans pour autant en avoir fait le diagnostic : « en prison c'était impossible [de faire le diagnostic] mais je pensais quand même que j'avais l'hépatite C parce qu'autour de moi tout le monde était malade de l'hépatite C » E5 « avant, je savais que j'avais l'hépatite C, je n'ai pas fait le diagnostic » E8.

2 patients étaient au courant de leur statut en Géorgie : « *qui a fait le diagnostic ? La clinique, en Géorgie* » E2 « ça fait longtemps que j'ai cette maladie, depuis l'année 2000 [...]. [Le diagnostic] en Géorgie, à Tbilissi, à l'hôpital, en infectiologie » E6.

Mais **aucun n'avait suivi de traitement dans leur pays**, la santé leur paraissant secondaire à cette période : « le docteur m'a dit qu'on pouvait guérir de cette maladie avec l'Interféron, il a dit qu'on pouvait faire venir cet interféron de Russie : j'ai dit non [...]. Je ne voulais pas me faire soigner [...] Pourquoi j'ai décidé de mourir comme ça ? Je ne sais pas, avant j'étais comme ça » E6 « avant ça ne m'intéressait pas ma santé » E8.

Peu d'entre eux avaient de connaissances sur ce virus : « moi je ne connaissais pas trop non plus ce qu'était l'hépatite [...]. C'est une maladie... de sang, c'est chiant ça on sait » E1 « je ne me rendais pas compte de ça mais maintenant, je comprends bien que c'était vraiment dangereux [...], c'est horrible » E4 « *qu'est-ce que vous connaissez de cette maladie ?* Pas beaucoup de choses, c'est dangereux cette maladie » E8.

La plupart ont donc appris le diagnostic de leur hépatite C en France :

- beaucoup au cours d'un **bilan de santé** réalisé par la maison d'accueil de jour (MAJ) :
« tous les étrangers étaient à la MAJ. Tous les matins, nous étions là et chaque étranger

faisait des choses pour sa santé, pour se soigner, et chacun faisait des prises de sang et radio des poumons [...]. L'infirmière qui a fait des analyses, des prises de sang, dans la maison d'accueil de jour, là-bas on a vu que j'avais l'hépatite C » E4 « quelqu'un m'a dit qu'il fallait aller à la MAJ, une infirmière est venue, elle a fait une radio des poumons, des analyses. Sur ces analyses, ils ont vu le virus » E6

- par une **analyse de sang prescrite par leur médecin traitant** : « je trouvais que j'étais trop souvent fatiguée, je ne me sentais pas très bien et j'ai demandé à mon médecin traitant de faire une prise de sang qui m'a annoncé que j'avais l'hépatite C » E7 « je crois que c'est le docteur [traitant], si je me souviens bien » E8
- **à la suite d'une initiative personnelle** : « déjà je pensais que j'avais une maladie, pas l'hépatite C, après la prison il y a beaucoup de maladies, la tuberculose, en plus j'avais dans la tête que j'avais le sida, c'est pour ça que je suis allé anonymement pour faire une prise de sang où ils ont trouvé que j'avais seulement l'hépatite C » E5
- **au service d'accueil des urgences** : « il m'a emmené à l'hôpital, il m'a dit comme ça allez directement là-bas [...], si tu tombes malade, il faut aller à l'hôpital, c'est tout, on ne connaissait pas un mot en français quand on est arrivé, même bonjour on ne connaissait pas » E1

L'accès à leur médecin généraliste s'est souvent fait secondairement :

- orientés par la CIMADE, une association de solidarité active avec les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile : « c'est une association la CIMADE [...], il a donné l'adresse du docteur [traitant] » E1 « peut-être avec la CIMADE » E3
- ou la MAJ : « à la MAJ, l'infirmière qui était là-bas, elle dit qu'il y a un médecin qui prend des étrangers » E4 « ou c'est la famille qui conseillait le docteur [traitant] ou Passerelles, je ne me souviens pas exactement » E5

D'autres ont été **conseillés par le bouche à oreilles** : « j'ai demandé à plusieurs personnes de Géorgie, une personne géorgienne m'a parlé du docteur [traitant] » E2.

Ils ont été **adressé au spécialiste**, dans le service d'hépto-gastro-entérologie du CHD, par l'intermédiaire :

- de leur médecin traitant : « le docteur m'a envoyé à l'hôpital pour contrôler et... Je ne suis pas sûr... Oui, peut être ça a été le docteur [traitant] » E2 « après le docteur [traitant] a donné un courrier chez le médecin docteur [hépatologue], et j'ai commencé à soigner avec le docteur [hépatologue] » E5 « après il [médecin traitant] m'a demandé de voir le docteur [hépatologue] » E7
- ou directement par la MAJ : « l'infirmière de la MAJ m'a envoyé à l'hôpital » E6

3.4.4.5. Ressenti des soins reçus en France

Un seul patient évoque une mauvaise expérience personnelle avec un médecin généraliste exerçant dans un village proche de La Roche sur Yon : « grand problème par rapport à mon fils, c'est la faute du médecin, il a trop attendu pour mon fils, finalement il a été hospitalisé à Nantes [...]. Toute la faute c'est au généraliste » E3, mais il ne généralise pas son cas et reconnaît la qualité de la médecine en France : « c'est très bons docteurs, très bon médical [...], je n'ai pas eu de chance [...]. Quand même la France, les médecins, la médecine, c'est la première place pour moi oui » E3.

L'ensemble des patients sont très satisfaits et ont une certaine gratitude vis-à-vis des soins reçus : « merci beaucoup la France » E1 « toujours dire merci [...]. Je suis très content » E2 « je suis très satisfait, très content du docteur parce que c'est grâce à elle que je suis sorti de ma maladie en général, que je ne me drogue pas aujourd'hui » E5 « ils ont donné le médicament pour soigner mon hépatite, un grand merci » E6.

À travers leurs discours, ils évoquent :

- **une information médicale claire** : « le médecin a bien expliqué » E1
- **un bon contact médical** : « notre médecin, elle est professionnelle et aussi une petite femme très agréable » E4 « très important : le contact avec les médecins. Ici, les médecins sont très humains, très attentionnés, ils écoutent, c'est très important pour moi. Je suis très content » E5 « je veux dire merci aussi au docteur [hépatologue] qui est une personne aussi formidable, je n'ai jamais vu ça, être humain à ce niveau-là » E7
- **des médecins compétents** : « on est vraiment très bien soigné, ce sont de bons docteurs en France, ils donnent de vrais résultats [...]. En France, tout le monde sait son travail » E1 « chaque spécialiste fait son travail à 100 % [...]. J'avais un docteur, le docteur [hépatologue], top super. Il est très sûr de lui-même, il sait ce qu'il fait, c'est un vrai docteur, avec grande expérience professionnelle. Il ne parle pas trop, tac tac tac ça sera comme ça » E4 « ils sont très bien les médecins français, ce sont de bons médecins en France. Les médecins sont très bien ici, ils soignent bien » E6 « le médecin c'est le professionnel, c'est son métier... Bon professionnel [...], ça veut dire qu'il connaît bien son métier » E8
- **une bonne organisation de l'hôpital** : « quand j'étais hospitalisé, j'ai vu le personnel qui travaillait autour de moi, le système de travail c'est comme une montre suisse [...]. Chez nous, on n'a pas ça » E4

Leur prise en charge médicale est perçue comme une aide leur permettant d'envisager une seconde vie : « la France avec les docteurs [...] m'a aidé [...] pour recommencer de vivre, pour la santé, le moral, pour tout » E2 « on progresse en médecine, il y a 10 ans avant, je serais mort de ça [l'hépatite C] » E4.

Certains louent le système de santé français en comparaison à celui en Géorgie : « en Géorgie, si on tombe malade, les docteurs ils ne donnent pas des résultats, des fois le docteur il trompe, il dit pas la vérité » E1 « c'est absolument différent les médecins, la médecine en France et en Géorgie. Déjà techniquement, c'est ici meilleurs médicaments, tout ce qui touche le

médecin c'est ici meilleur » E5 « ici en France, c'est génial [...] les médecins ici, ça n'a rien à voir par rapport à chez nous » E7,

avec un accès aux soins sans discrimination financière : « même si, en Géorgie, quelqu'un [le médecin] est professionnel, si tu n'as pas d'argent tu peux mourir » E5 « aujourd'hui, en France, on peut guérir de l'hépatite C [...] mais en Géorgie non [...]. Pour soigner cette maladie, il faut être très riche parce ça coûte très cher [...], c'est 100% de corruption chez nous » E7.

3.4.5. Situation à La Roche sur Yon

	titre de séjour	accompagnants	logement	travail	ressources financières	couverture santé
E1	étranger malade	femme	appartement	sans emploi	AAH (800€)	CMU
E2	réfugié politique	femme et enfants	appartement	menuisier par intérim	emploi	assurance maladie sans mutuelle
E3	réfugié politique	femme et enfant	Emmaüs	à Emmaüs puis à Apysa	SMIC (1100€)	CMU
E4	étranger malade	femme	appartement	sans emploi	allocation chômage (810€)	CMU
E5	étranger malade	mère (1 fille en Géorgie)	HLM	sans emploi	AAH (900€)	CMU
E6	étranger malade	seul (célibataire sans enfant)	hébergement d'urgence (115)	sans emploi	dons de son père ou amis	CMU
E7	réfugié politique	enfants et gendre	appartement	CDD en garderie dans le primaire et surveillante dans un lycée	emploi + RSA	CMU
E8	réfugié politique	femme et enfants	maison	CDI 3x8 aux œufs Geslin	emploi	mutuelle + ACS

Je rappelle que les patients interrogés dans cette étude résident **en France depuis 7.9 ans en moyenne**.

La plupart sont **accompagnés de leur femme et/ou de leur(s) enfant(s)**. Un patient est accompagné uniquement de sa mère. Un patient est célibataire, sans enfant.

La majorité loge aujourd'hui dans un **habitat stable** : maison, appartement ou HLM. Un patient est logé dans un hébergement d'urgence, un autre par l'association Emmaüs.

Souvent accueillis initialement dans des logements sociaux : « au début, j'étais chez mon ami, après j'étais logé pour les gens malades, dans un appartement social, après j'étais hébergé au foyer pendant presque 2 ans et puis un petit studio de l'association Passerelles et maintenant je suis logé en HLM chez moi » E5,

beaucoup éprouvent des **difficultés à trouver un logement**, parfois en raison de barrages administratifs : « chercher un logement, c'est trop difficile en France [...]. Maintenant les 2 personnes qui cherchent le logement, c'est obligé 2 cartes de séjour » E3,

contrastant avec leur ancienne situation en Géorgie : « c'est difficile d'être hébergé ici. C'est ça le problème, psychologiquement c'est difficile. Là-bas je ne vivais pas comme ça sans domicile, maintenant ici c'est difficile d'être hébergé » E6.

Peu d'entre eux travaillent, souvent par petits contrats renouvelables : « je travaille par intérim, je n'ai pas de contrat » E2.

Pourtant, une grande partie a fait au minimum des études secondaires en Géorgie suivies de formations professionnelles mais **ils n'exercent pas leur métier en France** : « deuxième profession ici : je suis menuisier » E2,

leur recherche d'emploi étant souvent barrée par leur **manque de maîtrise de la langue française** : « besoin de la langue, besoin de connaître des personnes [...]. On a essayé de trouver du travail, en fait c'est par rapport à la langue aussi que c'est difficile, pour parler pour comprendre » E1 « pour le moment, avec mon français, le théâtre c'est impossible [...]. Je

voudrais retourner à ma première profession parce que c'est ça ma profession, j'aime ça » E2
« très important pour moi, c'est la langue. Si j'avais la langue bonne, j'aurais plus de chance à trouver mon travail qui correspond à mon intérêt » E4 « je ne cherche pas de travail parce que déjà je ne parle pas du tout français » E5,

leur **formation** étant aussi **mal reconnue en France** : « en France, quand tu viens parler avec un chef d'entreprise, il y a toujours quelqu'un qui te regarde. C'est pas sérieux, [...] vous êtes étranger, c'est pas possible, quel apprentissage vous avez fait ? » E4.

Certains ne manquent pourtant pas de motivation : « j'ai vraiment envie de travailler par rapport à mon métier [...]. J'aimerais bien chercher un petit boulot, un petit travail pour bouger un peu, je suis très motivé » E1.

La difficulté première de leur intégration aujourd'hui est sans aucun doute la barrière de la langue : « ah difficile [le français], je comprends, par contre c'est difficile de parler [...]. Jamais je n'avais écouté de français » E1 « si j'étais venu 20 ans plus tôt, ça aurait été bien [...], par rapport à la langue, plus simple pour apprendre » E4 « je ne peux pas dire que je parle bien parce que des fois je fais des erreurs. Je comprends un peu mieux que je parle » E8.

Souvent **arrivés en France sans en connaître un mot** : « on ne connaissait pas un mot en français quand on est arrivé, même bonjour on ne connaissait pas » E1, ils ont **appris sur le tas** : « je n'ai jamais appris à l'école [le français], avec les contacts, les personnes parce que je travaillais » E3 « *comment vous avez fait pour apprendre le français ?* Rien, juste au contact » E8.

Au final, une seule patiente parle un français maîtrisé ayant bénéficié de cours : « pour valider mon diplôme, il fallait absolument maîtriser la langue française [...]. J'ai fait seulement au début des cours de français pendant 8 mois » E7.

Beaucoup ont **une volonté de s'intégrer** : « je cherche des démarches pour me réaliser ici, m'intégrer au maximum » E4 « j'ai fait bénévolement à la maison de retraite, c'était pour approcher la mentalité française, c'était très important pour moi parce que pour bien m'adapter [...], je voulais approcher, savoir comment les gens pensent, comment les gens voient la vie,

parce que c'est très différent entre ici et chez nous en Géorgie » E7 « je fais chaque fois plus pour régulariser ma situation et aujourd'hui aussi chaque jour ma situation se stabilise, se régularise un peu plus, par rapport à la santé, par rapport au social aussi » E8.

Aujourd'hui, **ils sont insérés socialement à La Roche sur Yon** : « je suis connu dans la rue, beaucoup de monde me disent bonjour » E4 « je connais maintenant les gens, plusieurs personnes, la ville je connaissais mieux aussi [...]. Comme je bouge, je connais beaucoup de personnes, tout le monde est gentil » E6 « ici en France, j'ai des amis, je suis bien, je travaille, les gens avec qui je suis ont beaucoup de respect envers moi » E7 « pour l'instant je travaille ici, j'ai ma famille ici, mes 2 enfants sont à l'école, il y a plein de choses pour occuper les enfants, il y a des orthophonistes etc. » E8,

et sont **attachés à cette ville** : « aujourd'hui, si quelqu'un me propose de quitter La Roche sur Yon pour n'importe quelle ville, je ne suis pas d'accord pour quitter [...]. Depuis 5-6 ans, autour de Nantes, il y a notre famille, il y a un grand groupe de personnes : des assistantes sociales, des collègues de travail, aussi mon médecin. Je ne voudrais pas les perdre, pour nous c'est très important » E4,

jusqu'à se sentir comme chez eux : « quand j'entre à La Roche sur Yon, je trouve que je rentre chez moi » E5 « c'est presque pareil la vie, les gens vivent ici presque pareil qu'en Géorgie dans mon village » E6,

avec une certaine **fierté** pour cette patiente : « on a gagné, on est ensemble, on a un statut, on a tout. J'ai 5 petits-enfants qui sont nés ici en France [...]. Je suis riche ici parce que si je suis arrivée à vivre toute seule avec mes filles ici en France, c'est une fierté. Je n'ai pas d'argent mais j'ai cette richesse d'avoir réussi en France » E7.

4 patients sont **réfugiés politiques** et ont un titre de séjour de 10 ans. Les autres ont le statut d'**étranger malade** en rapport avec leur hépatite C mais aussi pour certains pour des raisons psychologiques ou en rapport avec le diabète pour un patient.

Parmi ces derniers, 3 sont **en attente de régularisation**. En effet, leur hépatite C étant maintenant guérie, leur titre de séjour tarde à être renouvelé : « ma situation n'est pas régularisée

jusqu'à maintenant, je n'ai pas de titre de séjour pour toujours [...]. Maintenant, je n'ai rien, pas de titre de séjour, entre deux renouvellements mais la préfecture m'a prévenu que ce serait une réponse négative [...] parce que j'ai fini mon traitement pour l'hépatite C, avant j'avais le titre d'étranger malade » E4 « en ce moment, j'ai un récépissé, j'attends un autre titre de séjour. J'ai demandé un titre de séjour pour ma maladie. J'ai réussi bien sûr, il y a 4 ans, maintenant pour le renouvellement, j'attends toujours » E5 « j'ai un récépissé de carte de séjour, j'attends le titre de séjour. J'ai fait une demande d'asile au CADA, je vais aller à Paris pour un recours » E6.

3.4.6. Profil psychologique

L'ensemble des patients interrogés souffre d'un **état de stress post-traumatique** : « des fois j'ai trop stressé [...]. Oui, je suis stressé » E1 « je suis trop stressé » E3 « notre vie, tous les jours stress, c'est pour tout le monde, nous nous sommes adaptés par rapport au stress » E4 « oui, je suis tout le temps stressé, la vie c'est très stressant, en tout cas pour moi et pour nous étrangers » E5 « tout le temps [du stress], n'importe quand. J'étais responsable de mes enfants quand je suis arrivé et ce n'était pas facile [...], j'étais tout le temps stressé [...]. Le stress est toujours présent » E7 « les gens qui me connaissent, les médecins ou autres « agences », disent aussi que j'ai du stress... en visuel aussi on peut voir » E8,

avec un **syndrome dépressif** pour la plupart : « je suis très fatigué, démoralisé avec ça » E2 « j'étais trop démoralisé par rapport au stress » E3 « les médecins disent que j'ai un problème psychologique et psychiatrique aussi [...], que je ne suis pas bien, c'est pour ça que je prends des médicaments pour être bien » E5 « parallèlement je prenais les médicaments antidépresseurs, j'étais très déprimée à cette période c'était pas facile, j'étais pas bien [...]. La grande maladie que j'ai c'est la dépression [...] je prends toujours des médicaments » E7 « je suis dépressif [...], je ne suis pas bien encore » E8,

entraînant des **hospitalisations en psychiatrie** : « psychologiquement aussi j'étais malade [...]. J'ai été hospitalisé en Géorgie dans un hôpital psychiatrique [...]. Je suis dépressif [...], pour ça j'ai été hospitalisé à Mazurelle (établissement public de santé mentale de Vendée) » E6 « j'ai été hospitalisée pendant 2 semaines » E7.

Une patiente m'évoque ses **idées suicidaires** : « j'avais des pensées noires, je ne voulais rien, j'ai arrêté le travail, j'ai tout arrêté » E7,

ou sa **tentative de suicide** pour cet autre patient : « quelques fois, je pense que mourir c'est mieux que d'être tout le temps stressé comme ça [...]. J'ai commencé encore à prendre beaucoup de médicaments et j'ai fait une tentative de suicide » E5.

La majorité ont un **sommeil perturbé** en lien avec ce syndrome anxieux : « souvent je n'arrive pas à dormir [...], toujours des problèmes de sommeil la nuit [...]. Je pense beaucoup, toute ma vie je pense à tous les problèmes, je suis inquiet pour tout le monde » E1 « je prenais beaucoup de médicaments pour dormir, des tranquillisants mais j'en prenais beaucoup, 20 – 30 – 40 encore plus quelques fois [...]. Je ne dors presque pas si je ne prends pas médicaments [...]. Je ne dors jamais dans le lit, je ne dors jamais avec un pyjama [...], je suis tellement habitué de dormir habillé que je n'arrive pas à dormir dans le lit, sur le canapé habillé c'est comme ça, et jamais la porte fermée » E5 « je dors mal avec des médicaments. Si je dors 4h, c'est très bien [...]. Je ne peux pas dire que je fais des cauchemars, ce qui m'arrive, [...] ça s'appelle la paralysie du sommeil » E7 « *est-ce que vous dormez bien ?* Non » E8.

Toutefois avec la **volonté de s'en sortir** : « je suis optimiste, demain sera mieux » E4 « j'ai toujours trouvé les ressources pour continuer, pour me battre » E7.

3.4.7. Plaintes somatiques

Plusieurs patients se plaignent de **douleurs** : « j'ai mal ici, il y a quelque chose aux intestins ou à la vésicule [...] j'ai mal tous les jours » E8,

souvent **mal expliquées, sans étiologie précise** : « ce sont des crises, ça fait très mal. J'ai mal à la tête, j'ai toujours mal, c'est tout le temps comme ça. J'ai été au centre antidouleur à Nantes [...]. Ce n'est pas encore possible de dire exactement : c'est une migraine ? [...] C'est en étude encore » E2,

et **mal soulagées par les antidouleurs classiques** : « depuis 7 mois 8 mois, j'ai arrêté le Tramadol. Finalement avec ou sans ce médicament, c'est quand même pareil le mal » E3.

3.4.8. Perception de l'avenir

Beaucoup ont du mal à se projeter : « pour le futur je ne sais pas [...]. Je ne sais pas comment je vais faire, tout de suite je n'ai pas de réponse pour le futur » E3 « je ne vois pas de projet. Si je sors de mon problème psychologique et psychiatrique, peut être ça ira dans la tête. Après peut-être je pourrais savoir l'avenir mais en ce moment j'ai beaucoup de choses qui tournent dans la tête » E5 « pour l'instant je ne sais pas, je n'ai pas réfléchi par rapport à ça » E8.

Ils gardent espoir : « j'imagine que ça va s'arranger » E6,

avec l'idée de **continuer à se soigner** : « j'ai vraiment envie de garder ma santé, il faut bien se soigner [...], je veux encore vivre » E1,

de s'installer et s'intégrer encore plus en France : « j'aimerais progresser ici, moi grandir ici, je pense comme ça » E1 « je travaille pour mieux parler mon français [...]. Je ne dors pas, je travaille pour progresser, pour bien apprendre » E2.

Aucun n'envisage à court terme un retour en Géorgie : « pour vivre là-bas non, pour aller en vacances oui » E1 « *est-ce que vous pensez un jour retourner en Géorgie ?* Non, ce n'est pas possible » E6 « mes parents me manquent tellement, seulement si je vois mes parents, c'est tout [...] mais pour vivre non [...]. Aujourd'hui je suis absolument contre tout ce qu'il se passe en ce moment en Géorgie » E7,

et notamment les réfugiés politiques pour qui **le pays n'est pas encore sûr** : « en Géorgie, vivre là-bas ce n'est pas possible pour le moment parce que ce n'est pas fini » E2 « pour l'instant non parce qu'il y a un problème. Aujourd'hui, rien n'a changé pour moi » E8.

Peu en ont de la nostalgie : « avant, les premiers 4-5 ans oui trop [de nostalgie], maintenant pas trop » E3 « je ne dirais pas que j'ai la nostalgie de mon pays, pas du tout » E7,

marqués par des **souvenirs traumatisants** : « la Géorgie pour moi c'est la prison et pour moi c'est quelque chose de malheureux, c'est associé à quelque chose de trop mal et la prison, en tout cas en ce moment je pense comme ça [...]. Je ne me souviens de rien de bien en Géorgie » E5 « je ne veux pas retourner là-bas, d'avoir toujours du souci, je suis fatigué » E6 « ce que j'ai vécu c'est trop grave, c'est tellement blessant que jusqu'à aujourd'hui je n'oublie pas et je n'oublierai pas [...]. Ce n'était tellement pas facile pour moi que je n'ai pas de bon souvenir [...]. Aujourd'hui, je n'aime pas du tout la Géorgie » E7.

3.4.9. Attachement à la France

Ces géorgiens sont **attachés à la France** : « je n'oublierai jamais la France » E1,

considéré comme **le pays qui les a aidé** : « la France [...], pas juste les docteurs, m'a aidé » E1 « il y a beaucoup de monde qui nous ont aidé et aujourd'hui aussi » E4,

redonné espoir : « vous m'avez aidé, c'était le temps où je pensais que tout était fini, ici j'ai trouvé l'espoir » E1,

mais aussi la **liberté** pour ce patient : « le plus important que j'ai quand même, je suis libre, en plus je peux soigner et pour quelqu'un qui est torturé psychologiquement, c'est déjà bien pour moi » E5.

Ils ont **une reconnaissance envers les français** : « il y a beaucoup de plus [en France]. Nous sommes là depuis 6 ans, tout ce que nous avons là, l'école, le boulot, les traitements, c'est grâce aux personnes françaises. C'est normal d'avoir le désir de vivre dans cette ambiance, pour aujourd'hui c'est comme ça » E4,

jusqu'à mettre la France sur un pied d'égalité avec la Géorgie pour ce patient : « beaucoup de monde me dit : « je voudrais mourir dans mon pays d'origine ». Pour moi, quand je vais mourir, je n'aurais pas de différence où je vais mourir » E4.

4. DISCUSSION

4.1. DE LA MÉTHODE

4.1.1. Forces

La principale force de ce travail tient part de son originalité :

- d'une part, en raison du choix de la méthode qualitative, permettant de faire émerger des données peu explorées,
- d'autre part du fait de la population étudiée. Bien que ce soit un sujet d'actualité, peu de travaux de recherche s'attachent à donner la parole aux patients migrants. La plupart des articles ou thèses se concentrent sur le vécu ou ressenti des professionnels de santé. La particularité de notre étude est qu'elle s'est faite en médecine générale et s'intéresse aux migrants à distance de leur arrivée en France en recueillant leur point de vue.

L'interprétariat a permis de s'assurer d'une bonne compréhension des enquêtés et d'une meilleure retranscription des entretiens pour permettre une analyse la plus précise possible.

Le recours à une triangulation pour l'analyse des résultats optimise la validité interne de l'étude.

4.1.2. Faiblesses

Il s'agissait pour ma part d'une première expérience de recherche qualitative pouvant expliquer certains biais dans la réalisation des entretiens tels qu'une difficulté de relance, des questions parfois trop directives.

L'interprétariat informel des entretiens est une force mais aussi un biais dans cette étude avec une perte d'information par la traduction parfois approximative de l'interprète qui n'était pas professionnel. Il y a aussi peut-être certaines choses que les patients n'ont pas voulu que l'interprète sache même quand ce dernier était un proche.

Il existe probablement un biais d'interprétation et d'analyse car c'est la première fois que je réalisais un codage qui s'est sûrement avéré trop minutieux et parfois paraphrasé. Malgré un enregistrement de bonne qualité, la transcription des entretiens n'était pas aisée. Il a parfois été difficile de faire ressortir des étiquettes à partir de phrases mal construites grammaticalement.

4.2. DES RÉSULTATS

L'objectif principal de ce travail était de répondre à la question suivante : qui sont ces migrants géorgiens infectés par le VHC aujourd'hui installés en France et plus particulièrement, dans le cadre de notre étude, à La Roche sur Yon.

4.2.1. Une population masculine

Les patients de l'étude sont dans la grande majorité des hommes (88 %), avec une moyenne d'âge de 45 ans. On retrouve cette tendance dans divers travaux. Parmi la centaine d'exilés géorgiens ayant été accueillis au centre de santé du Comede entre 2008 et 2017, la prévalence du VHC s'élevait à 37.0 % (nettement supérieure au taux global de 1.75 %) : tous étaient des hommes (35).

4.2.2. Des usagers de drogues injectables

Beaucoup (63 %) ont été usagers de drogues par voie intraveineuse en Géorgie. C'est d'ailleurs le premier mode de contamination par le VHC parmi cette population. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec les études récemment menées en Géorgie qui mettent en évidence une séroprévalence de l'hépatite C de 92 % chez les usagers de drogues. Plusieurs patients de l'étude rapportent ne pas avoir eu connaissance des risques de contamination, partageant largement le matériel d'injection. En effet, après la chute de l'URSS, il existe en Géorgie une grande répression des usagers de drogues qui se cachent par peur du harcèlement policier, et consomment seul à leur domicile formant une population marginalisée et éloignée des services sanitaires et sociaux faisant obstacle à la réduction des risques. Ce contexte, limitant l'accès

aux soins et à la prévention, a permis au VHC de se diffuser massivement au sein de la population géorgienne usagère de drogues par voie intraveineuse.

Il existe peu de données en France sur l'usage de drogues et la migration. Les statistiques raciales ou ethniques sont d'ailleurs interdites en France, mais il y a aussi, comme le souligne l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (36), des réticences à produire des statistiques sur l'usage de drogues chez les migrants, de peur de stigmatiser une population déjà vulnérable.

Les plus importants mouvements migratoires de ces dernières années concernent les usagers de drogues issus d'Europe centrale et de l'Est. Les structures spécialisées en addictologie comme les CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) font remonter au début des années 2000 l'arrivée des premiers patients russes, géorgiens ou provenant d'autres pays de l'Europe de l'Est. Le Bus Méthadone à Paris, centre d'accueil créé par Médecins du Monde, aide les usagers de drogues qui désirent accéder à un programme de substitution. Entre 1998 et 2006, 10 % des usagers inscrits au Bus sont des ressortissants des pays de l'Est dont la moitié d'entre eux étaient géorgiens. Ils sont en général plus jeunes, plus souvent mariés, ont débuté l'usage de drogues dans leur pays d'origine, consomment en France des opiacés et pratiquent beaucoup l'injection. La plupart déclaraient venir en France pour avoir un avenir meilleur, beaucoup sur des objectifs économiques mais un certain nombre aussi car ils se sentaient en insécurité en Géorgie. Enfin, 15 % venaient en France afin d'être traités pour leur hépatite C (37).

La thèse d'Anne-Laure Graber (38) s'intéresse aux migrants en situation de précarité atteints d'hépatite chronique C (38). Elle constate également que les géorgiens se différencient des autres populations par des taux plus élevés d'usagers de drogues injectables (89 % vs 53 % parmi les autres populations), et de dépendance aux opiacés (60 % vs 16 %).

La position géographique de la Géorgie en fait un lieu de passage des drogues en direction aussi bien du marché russe que de celui de l'espace de Schengen. Opiacés produits en Asie centrale, opiacés et drogues de synthèse produits en Azerbaïdjan. Considérée comme le trouble-fête de l'URSS, la Géorgie fut la cible d'une politique expérimentale de libéralisation de l'usage des opiacés médicaux. Dans les années 1960, ils pouvaient être prescrits et les médecins ne s'en sont pas privés. Des milliers de Géorgiens, plutôt de l'intelligentsia, sont devenus dépendants

aux opiacés, lesquels étaient redevenus illégaux, par décision administrative en 1968. Mais les traditions restent : un travail réalisé auprès de patients géorgiens d' « Espoir Goutte d'Or » a permis de montrer l'importance des opiacés médicaux en Géorgie. Le Subutex est apparu en 2003, consommé par l'élite car il n'était pas détecté par les contrôles urinaires, le plus souvent par voie intraveineuse. En 2004, 29 % des patients admis dans les cliniques de désintoxication géorgiennes étaient dépendant au Subutex, alors qu'en 2007, le nombre de ces patients atteignait 44 % (39). Le Subutex provenait essentiellement de France par un trafic surtout entre 2006 et 2008. Le comprimé de 8 mg se négociait entre 120 et 240 dollars à Tbilissi. Le Subutex aurait ensuite progressivement diminué pour quasiment disparaître en 2010. Il est intéressant ici de noter que ce lien, via la venue illégale du Subutex de France, réapparaît ensuite dans les mouvements de migrations des usagers de drogues.

4.2.3. Une migration contrainte

La première motivation évoquée à l'origine de l'émigration par les patients interrogés est politique. La moitié d'entre eux sont en effet réfugiés politiques en rapport avec les différents conflits qui ont suivi l'indépendance du pays en 1991 ou les guerres séparatistes, notamment avec l'Abkhazie. Parmi eux, deux n'ont pas souhaité évoquer les raisons de leur départ témoignant une souffrance encore présente. Ils n'ont pas eu d'autre choix que de fuir leur pays et demande une aide à la France, avec l'espoir d'une vie meilleure.

Malgré une enfance souvent heureuse, leur vécu en Géorgie est traumatique, marqué par des violences, la mort et l'insécurité, les obligeant à l'exil. Profondément attachés à leur Géorgie natale, aucun pourtant ne déclare avoir la nostalgie du pays marquant une blessure encore ouverte.

Ils sont arrivés directement en France, par hasard à La Roche sur Yon, sans connaissance sur place pour la plupart. Le départ est perçu comme un déchirement avec un sentiment de perte plusieurs fois rapporté. Ils ont quitté une situation familiale et professionnelle. L'arrivée est difficile, ils se rendent compte qu'ils n'ont rien et sont dans la rue, traduisant un déclassement social.

L'étude menée entre 2010 et 2013 sur 110 patients de l'équipe mobile psychiatrie et précarité dans un centre médical dédié aux migrants à Rennes, rapporte également que le principal motif de départ est politique. 18 % des patients questionnés étaient géorgiens. Pour eux, les raisons sociales en lien avec des conflits majeurs avec l'entourage sont la deuxième raison de leur émigration, les problèmes de mariages mixtes (religieux ou ethniques) sont une des causes les plus évoquées ; viennent ensuite les raisons économiques et médicales. Leurs souffrances évoquées sont très axées sur le racisme inter-ethnique et inter-religieux et les discriminations qui en découlent ainsi que sur les violences et abus de pouvoir policiers et politiques.

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) s'est intéressée aux motivations à la migration des patients d'Europe de l'Est (40) : des traumatismes familiaux sont aussi évoqués mais aussi des persécutions dans le pays d'origine, souvent du fait de démêlées avec la justice locale. L'OFDT note également la justification sanitaire, en particulier la tentative d'accéder à une prise en charge du VHC ou un traitement de substitution. La prise en charge du VHC est évoquée par 15 % des russophones (37).

Dans notre étude, deux patients évoquent en effet une meilleure offre de soins en France et notamment vis à vis du VHC, ainsi que des difficultés pour se faire soigner en Géorgie en raison des coûts des traitements. Cependant, cette demande de soins n'est pas ici la raison première de leur immigration mais est plutôt vécu comme un bénéfice secondaire.

4.2.4. Une importante souffrance psychologique

On note une grande souffrance psychologique parmi les géorgiens de notre étude. Beaucoup présentent encore aujourd'hui un syndrome anxio-dépressif pouvant parfois aller jusqu'à des idées suicidaires ou tentatives de suicide pour certains. Ces patients en situation de migration contrainte ont largement été exposés à des phénomènes de violence et confrontés à des événements traumatisants fragilisant leur santé psychologique.

La santé mentale des migrants est mal connue des professionnels de santé alors que les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente rencontrée dans ces populations. Chez les exilés récemment arrivés en France, les psycho-traumatismes résultants en premier lieu, c'est le cas dans notre enquête, des causes ayant provoqué leur départ (violences, tortures,

guerre, emprisonnement), ainsi que des conséquences immédiates de l'exil (perte des proches, des repères, du statut social). Mais, les troubles psychiques graves, incluant les psycho-traumatismes, sont également très liés aux conditions sociales et administratives que ces personnes rencontrent lors des premiers mois ou années dans le pays d'accueil.

Une prévalence plus élevée de syndromes dépressifs ou troubles anxieux est décrite chez les sujets migrants que dans la population générale du pays d'accueil, traduisant une situation de vulnérabilité associée à la migration (41). Le type de migration joue également un rôle. Les réfugiés politiques présenteraient plus de troubles dépressifs et anxieux que les migrants économiques (42), ce qui peut se comprendre facilement aux regards des pressions et violences souvent subis dans le pays d'origine.

Il existe très peu d'études épidémiologiques à l'échelle nationale sur les personnes exilées souffrant de troubles psychiques. Ce type d'étude suppose une bonne identification des troubles en question. Mais il n'est pas évident, en consultation de routine, d'aborder la question de la souffrance psychique. De plus, la demande d'une prise en charge en santé mentale est peu exprimée par les migrants. Souvent masquée par des troubles somatiques, difficile à exprimer par les patients, elle est rarement le motif de consultation. La souffrance psychique est alors probablement plus sous-estimée encore que parmi les autres publics.

L'étude publiée par le Comede en septembre 2017 montre sans doute l'état des lieux actuel le plus représentatif. Sur les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé dans son centre de soins entre 2007 et 2016, la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élevait à 16,6 %, les femmes étant les plus touchées (23,5% versus 13,8% chez les hommes). Ces troubles sont principalement constitués de syndromes psycho-traumatiques (60 %), de symptômes dépressifs (22 %), de traumatismes complexes (8 %) et de troubles anxieux (8 %). Le psycho-traumatisme, appelé « état de stress post-traumatique » selon la classification internationale des maladies (CIM) ou « névrose traumatique » en psychanalyse, désigne l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques pouvant se développer chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire que du risque suicidaire.

Les géorgiens ne sont pas épargnés. Selon cette même étude, la prévalence des troubles psychiques graves chez les exilés géorgiens est particulièrement élevé avec un taux de 36.0 % (versus 16.6 % toutes nationalités confondues), en seconde position derrière la Guinée Conakry (36.6 %). En comparaison, selon une étude française sur la santé mentale en population générale (43), la prévalence de troubles psycho-traumatiques au sens large est nettement plus faible de l'ordre de 5 %.

De plus, la vulnérabilité sociale conduit à aggraver l'état psychique des personnes exilées. En effet, les traumatismes complexes, les idées suicidaires, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que les troubles dépressifs sont plus nombreux chez les personnes en situation de détresse sociale. On note une vulnérabilité sociale significativement plus élevée parmi les patients en souffrance psychique notamment sur le plan de l'isolement relationnel et de la précarité du statut administratif. La méta-analyse *Mental Health in Immigrants Versus Native Population* va dans ce sens et montre que la migration a un effet significatif sur le développement de troubles psychiques, mais que cela est dépendant des conditions de migration et des conditions de vie dans le pays d'accueil. Le risque de développer des troubles psychiques est déterminé en grande partie par l'exposition à des événements traumatisants mais aussi à la vulnérabilité de cette population (44).

Ces résultats conduisent à recommander une meilleure prise en compte des questions de santé mentale des exilés et de leur accompagnement social dans les actions de prévention et de soins. Il est nécessaire d'intégrer les besoins spécifiques de ces personnes tout au long du parcours de soins, depuis le bilan de santé librement consenti jusqu'à une prise en charge pluridisciplinaire. Reste le problème du dépistage de ces troubles psychologiques peu exprimés de manière directe par ces patients. Le Comede utilise la combinaison de huit critères de vulnérabilité sociale (45):

- alimentation : lors des derniers jours, avez-vous pu manger à votre faim ? Vous êtes-vous privé d'un repas pour des raisons financières ?
- langue : pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour demander son chemin, comprendre les résultats d'un bilan, effectuer une demande de droits
- hébergement précaire : y a -t-il des problèmes avec l'hébergement ?
- isolement relationnel : n'avoir personne sur qui compter, avec qui partager mes émotions

- difficultés de déplacement, pour des raisons physiques (handicap) ou psychosociales (peur, coût du trajet etc.)
- protection maladie : absence de dispense d'avance des frais (ni CMU-C ni AME en cours),
- séjour : pas de droit au séjour
- ressources financières : inférieures au plafond de la CMU-C

Les personnes qui remplissent au moins 5 critères de précarité sur les 8 sont considérées en situation de grande vulnérabilité et bénéficient d'un accueil et d'un suivi prioritaires. Parmi les patients suivis en psychothérapie au Comede, 24 % ont présenté des idées suicidaires, plus fréquentes chez les personnes en situation de grande vulnérabilité (34 % versus 19 %, $p = 0,009$). Partant de ce principe que les exilés en situation de vulnérabilité sociale sont plus exposés à des troubles psychiques graves, l'utilisation de ce questionnaire et notamment par les médecins généralistes pourrait permettre de mieux repérer les personnes à risque de souffrances psychiques en lien avec leur contexte de grande précarité/vulnérabilité même dans le cas où la demande n'est pas formulée.

Mais de nombreux professionnels, ne sont pas enclin à prendre en charge ce public au prétexte qu'ils n'ont pas été formés à la prise en charge des troubles psychiques complexes et en particulier des syndromes psycho-traumatiques. C'est ainsi que de nombreuses demandes de soins sont orientées vers les centres de soins spécialisés. Si les formations initiales dispensent en effet peu d'enseignements sur le sujet, l'offre de formation continue est large en France. Les centres de soins spécialisés dans la prise en charge des personnes exilées ont d'ailleurs développé une offre de formation destinée aux professionnels de tous les secteurs (du sanitaire au social, du public au libéral) pour transmettre leur pratique. Le psycho-traumatisme nécessite une approche pluridisciplinaire basée sur des soins médicaux et psychologiques. En raison notamment d'une logique productiviste croissante dans le système de santé français, la prise en charge se limite pourtant trop souvent à une prescription de médicaments sans proposition d'accompagnement psychothérapeutique. Pour des personnes souffrant de traumatismes psychiques, accueillir leur parole et reconnaître leur souffrance est déjà un acte thérapeutique. L'approche psychologique doit ainsi être privilégiée aux traitements psychotropes, même si ceux-ci sont parfois nécessaires, temporairement et à dose minimale, pour calmer les crises d'angoisse et favoriser l'émergence de la parole.

4.2.5. Le sentiment d'une intégration réussie malgré une vulnérabilité sociale

Les géorgiens interrogés déclarent résider en France depuis 7.8 ans en moyenne. La plupart sont accompagnés de leur famille, conjoint et/ou enfants. Ils sont arrivés directement en France, à La Roche sur Yon, souvent par hasard et sans contact.

Au moment des entretiens, la majorité vivaient dans un logement stable. Un seul patient logeait dans un hébergement d'urgence, un autre dans un logement associatif (Emmaüs).

La moitié est sans emploi, ce qui contraste avec un niveau d'études plutôt élevé en Géorgie et traduit un déclassement social. Ils ont tous fait au minimum des études secondaires. Parmi eux, cinq ont étudié à l'université. L'enquête Coquelicot, réalisée à Paris fin 2013, constate également que les usagers de drogues russophones, la majorité étant géorgiens (57.2 %), ont un niveau d'études plutôt élevé (43 % avaient suivi des études supérieures versus 27.6 % des usagers de drogues francophones, $p=0,08$).

Ils ont peu de ressources financières. Certains font des petits boulots, souvent pénibles, payés au SMIC, les autres perçoivent des allocations (chômage, AAH). Beaucoup bénéficient de la CMU-C, ce qui justifie des ressources inférieures à 1120 € mensuel pour un couple. Un seul patient était couvert par une mutuelle.

Pourtant, quand ils évoquent leur situation à La Roche sur Yon, ce qui en ressort est un sentiment d'intégration réussie, une liberté retrouvée ou encore de la fierté d'avoir réussi en France. Ils ne se voient pas vivre ailleurs et aucun pense aujourd'hui retourner en Géorgie marquant leur attachement pour la France mais aussi la crainte d'être à nouveau victime pour les réfugiés politiques, leurs situations n'étant pas encore aujourd'hui réglées dans leur pays natal.

4.2.6. La barrière de la langue

La plupart des géorgiens de l'étude comprennent le français mais ont de grandes difficultés pour s'y exprimer. Une seule patiente maîtrise la langue française, c'est d'ailleurs l'unique femme de notre étude. Elle a pu bénéficier de cours de français pendant quelques mois. Deux

patients se débrouillent en français leur permettant d'avoir une discussion simple. Les autres comptent sur leurs épouses qui parlent nettement mieux le français. Ils sont pourtant arrivés ensemble en France depuis maintenant en moyenne 7 à 8 ans. Ce contraste entre hommes et femmes vis à vis de leur apprentissage du français est surprenant.

Cette barrière linguistique est évidemment un frein dans leur intégration, notamment en ce qui concerne le travail comme le signale plusieurs patients. Ils se disent cependant motivés pour apprendre et progresser. Mais c'est aussi un obstacle pour l'accès et la qualité des soins. Une thèse réalisée aux urgences de l'hôpital Bichat et interrogeant 189 patients migrants montre en effet que le problème de la langue est une contrainte en consultation de médecine générale pour 15 % d'entre eux.

Il existe des moyens de communication utilisés en pratique courante pour lever cette barrière linguistique :

- la communication non verbale,
- les pictogrammes (ex : MediPicto, élaboré par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, disponible sur internet gratuitement) ou les dessins,
- les sites de traduction en ligne dont certains sont spécialisés dans les soins (ex : Traducmed),
- le recours à une langue tierce parlée par le professionnel de santé et le patient,
- la traduction informelle par l'entourage du patient ou par un professionnel de santé à proximité parlant la langue du patient,
- l'interprétariat professionnel physique ou téléphonique,

La difficulté chez ces patients géorgiens réside dans le fait qu'ils ne parlent souvent que géorgien ou russe. Le travail d'Anne-Laure Graber cité plus haut (38), montre également que les géorgiens sont proportionnellement plus nombreux à ne pas parler français (94 % vs 53 %). Ce même constat est fait en 2009 par l'association « Espoir Goutte d'Or » et son CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) qui voit consulter une nouvelle population russophone originaire de l'Europe de l'Est venant pour la moitié de Géorgie dont très peu parlent français ou anglais rendant la communication difficile et limitant la compréhension de leur parcours de vie (46).

Les patients interrogés, suivis en hépato-gastro-entérologie au CHD de La Roche sur Yon dans le cadre de leur hépatite C, ont pu bénéficier de l'aide d'une interprète. En effet, la plupart des consultations se déroulaient avec la présence d'une aide-soignante du service traduisant en russe. Cet interprétariat informel a été bénéfique et bien accueilli par les patients. Un autre disait aussi apprécier le fait que son médecin traitant comprenne le russe et que la secrétaire du cabinet médical parle russe.

Une étude qualitative réalisée à Nantes s'est intéressée au ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales (47). Ces derniers soulignaient la difficulté d'apprendre la langue française. Ils rapportaient l'emploi de l'anglais avec le soignant, de l'ordinateur ou du téléphone portable comme outils de traduction ainsi que l'importance de la communication non verbale. La principale difficulté ressentie était l'impossibilité d'exprimer ses symptômes, source d'erreurs médicales et de multiplication des examens complémentaires. Certains patients ont ressenti une gêne due à la présence d'un interprète informel ou professionnel pouvant limiter la relation de confiance avec le médecin. L'inquiétude concernant la fidélité de la traduction a été soulignée. D'autres ont exprimé un sentiment de honte, d'isolement et de souffrance morale associé à la méconnaissance du français. Le manque de formation des professionnels de santé français en anglais a aussi été souligné.

L'étude « Rendre la parole pour mieux soigner » faite à Toulouse, évalue quant à elle la pratique des médecins généralistes face à un patient non francophone (48). 69 % déclarent avoir eu recours à un interprète informel avec dans 81 % des cas un mineur, alors que seulement 11 % ont eu recours à un interprète professionnel. En l'absence d'interprète, les moyens de communication utilisés étaient les gestes et regards, l'emploi de l'anglais, les dessins et schémas ou bien internet avec Google traduction pour la majorité. Malgré un avis favorable, les principaux freins des médecins généralistes à l'utilisation d'interprète professionnel sont la méconnaissance des structures proposant ces services, la difficulté de mise en place et le coût engendré par ces services. De ce fait, les médecins se tournent plus volontiers vers un interprétariat informel.

Pourtant, les erreurs médicales sont plus importantes par l'intermédiaire d'un interprète informel qu'avec un interprète professionnel, avec des répercussions potentielles sur la santé (omission de la question sur les allergies médicamenteuses, des antécédents, des posologies et de la durée des traitements) (49). Et puis, les patients ayant bénéficié d'un interprétariat

téléphonique ou d'une consultation avec un professionnel bilingue sont généralement plus satisfait comparé à ceux ayant eu des interprètes informels (50).

Par ailleurs, il est possible que pour certaines consultations la traduction informelle suffise, mais pour d'autres plus complexes évoquant notamment le psycho-traumatisme ou les violences vécues par ces populations, un interprétariat professionnel est préférable. C'est ce que les patients semblent souhaiter également. Dans l'étude réalisée par la DGS (Direction Générale de la Santé) (51), seulement 13.3 % des patients allophones déclaraient connaître l'interprétariat professionnel. Une fois informés de cette possibilité, la moitié environ auraient préféré l'intervention d'un interprète professionnel lors de leur consultation. De plus, il a été observé que les professionnels de santé qui avaient reçu une formation pour l'utilisation des services d'interprétariat y faisaient appel plus souvent et étaient davantage satisfaits par les résultats (52).

En Octobre 2017, la Haute Autorité de Santé a publié un référentiel de bonnes pratiques sur l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé et considère que « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (53). Elle reconnaît néanmoins le recours difficile à un interprétariat professionnel en médecine de ville mais insiste sur la nécessité de sensibiliser et de former les médecins à l'accueil et à la prise en charge de patients allophones.

En 2007, l'URMLA (Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace), en partenariat avec l'association Migrations Santé Alsace, propose aux médecins libéraux de bénéficier des services d'interprètes professionnels lors de leurs consultations avec des patients migrants. La facturation de la prestation est remise à l'URMLA, qui bénéficie pour cela d'une subvention de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Depuis, les demandes d'interprétariat médical en médecine générale en Alsace explosent. Dans ce cas, les différentes études démontrent que l'interprétariat apporte une aide aux patients pour expliquer leur demande et mieux communiquer. Ils se sentent également plus reconnus. Une majorité des médecins et patients souhaitait un interprète professionnel pour la prochaine consultation.

Dans le même esprit, l'interprétariat professionnel a été mis à disposition des médecins généralistes dans les Pays de la Loire, au cours d'une expérimentation co-financée par l'URML et l'ARS depuis 2017. Après adhésion, les médecins pouvaient contacter différentes associations d'interprètes : ISM interprétariat (interprétariat téléphonique), ASAMLA ou APTIRA (interprétariat physique dans les agglomérations nantaises et angevines). Les médecins furent satisfaits de l'interprétariat professionnel avec une plus large utilisation de l'interprétariat téléphonique. Le géorgien était la deuxième langue utilisée derrière le russe, traduisant une réelle demande des généralistes pour cette population. L'interprétariat professionnel en consultation de médecine générale ambulatoire permettait une meilleure communication et une meilleure compréhension pour une démarche centrée sur le patient. La relation médecin-patient a pu être améliorée. Petit bémol, le médecin a jugé trop long le temps pour obtenir l'interprète en ligne dans un quart des cas (54). L'évaluation de la satisfaction des patients serait intéressante pour appuyer l'intérêt de cet outil en consultation ambulatoire.

Ces résultats renforcent l'ambition de faire pérenniser le financement de l'interprétariat professionnel par l'ARS. La diffusion de l'interprétariat professionnel et la meilleure connaissance de cet outil par les médecins généralistes pourrait permettre qu'il devienne pratique courante pour améliorer l'accès aux soins des patients allophones.

4.2.7. Une hépatite C méconnue, un parcours de soins hospitalier vers la guérison

La plupart des patients (75 %) méconnaissaient leur statut sérologique en Géorgie. Ceci est en accord avec les résultats du rapport d'activité et d'observation du Comede, montrant que seules 15 % des personnes atteintes d'hépatite C ont été diagnostiquées dans leur pays d'origine.

Le diagnostic de leur hépatite C a donc été réalisé après leur arrivée en France lors d'un bilan de santé, réalisé pour la majorité par l'association Passerelles à La Roche sur Yon, centre d'accueil pour demandeurs d'asile. Pour un patient, la sérologie VHC s'est avérée positive lors d'un bilan effectué de manière fortuite au service d'accueil des urgences du CHD.

Le médecin généraliste n'intervient dans le diagnostic que dans un seul cas, par une sérologie prescrite dans le cadre d'un bilan d'asthénie.

La totalité des patients ont été suivis par le service d'hépto-gastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon. Nombreux ont été adressés directement par l'association Passerelles. Le médecin généraliste ne participe là encore que secondairement.

Ces géorgiens ont pu largement bénéficier du meilleur traitement du VHC à savoir les antiviraux à action directe, notamment grâce au changement des recommandations fin 2017 qui privilégient un traitement universel de l'ensemble des patients. Aucun effet secondaire notable n'est rapporté au traitement. L'observance fut globalement très bonne hormis pour un patient.

L'ensemble des patients de l'étude ont eu une réponse virologique soutenue au traitement et sont donc aujourd'hui guéris de leur hépatite C.

Les patients interrogés louent le système médical français et notamment la gratuité des soins. Ils rapportent avoir été soignés par des médecins compétents, à l'écoute et humains.

4.2.8. Un avenir incertain pour les étrangers malades

Quatre des huit patients interrogés ont un titre de séjour pour raisons de santé. Aujourd'hui guéris de leur hépatite C, trois d'entre eux sont en attente de régularisation, leur titre « étranger malade » n'ayant pas été renouvelé.

Depuis la loi du 11 mai 1998, « l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (55) est éligible de plein droit à une carte de séjour. A ce jour, la Belgique est le seul pays à s'être doté d'un dispositif ressemblant à celui existant en France.

La question de la prise en charge des étrangers malades a pris une tournure polémique ces dernières années, en pleine crise de migrants. On voit apparaître une stigmatisation de l'étranger malade, qui viendrait, profiter du système de santé français. Or selon l'étude « Parcours » menée entre 2012 et 2013, 49 % des migrants originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en Île-de-France se sont contaminées au VIH après leur arrivée en France (56). D'après le rapport

d'activité et d'observation du Comede, une grande part des maladies graves ne sont pas diagnostiquées dans le pays d'origine. Selon ce même rapport, seules 15 % des personnes atteintes d'hépatite C ont été diagnostiquées dans leur pays d'origine, 8 % pour l'hépatite B et 20 % des personnes atteintes du VIH (57). Enfin, une enquête récemment publiée par Médecins du Monde montre que seuls 2.3 % des consultants des centres de soins gratuits en situation irrégulière avançaient des raisons de santé comme motivation principale quand la migration répondait à la misère pour 47.2 % d'entre eux, mais également à des persécutions pour tous ordres de motifs (religieux, politiques ou du fait de l'orientation sexuelle) ou à l'obligation de fuir du fait de conflits armés (58). Ces quelques données illustrent donc que la motivation migratoire n'est a priori pas la perspective de soins, ce qui permet de largement relativiser le phénomène « d'immigration sanitaire ».

L'accès au titre de séjour « étranger malade » devient pourtant de plus en plus restrictif. La suspicion envers les personnes gravement malades prime sur le droit à la santé et la protection contre l'expulsion, en avançant notamment la lutte contre les fraudes. Depuis 2016 et le vote de la loi du 7 mars relative au droit des étrangers en France (59), c'est à l'OFII, agence sous tutelle du ministère de l'intérieur, qu'il revient de délivrer les certificats médicaux permettant d'obtenir des titres de séjour pour raisons médicales. Ceux-ci ne sont donc plus émis par les médecins des Agences Régionales de Santé (ARS), mais par ceux de l'OFII. L'étranger malade fait établir un certificat médical par un médecin traitant ou un praticien hospitalier. Ce certificat est ensuite transmis à un collège de médecins de l'OFII, qui statue alors sur la demande de soins. Conséquence de cette nouvelle procédure, la chute drastique en matière d'avis favorables passant d'environ 77 % sous l'ARS à un peu plus de 50 % avec l'OFII (32). En termes de chiffres, 6 850 titres de séjour avaient été accordés pour raisons de santé en 2016 contre seulement 4 227 en 2017 alors que le nombre de demandes enregistrées n'a sensiblement pas changé (32) (60). Cette forte baisse vient confirmer les craintes qu'avec l'OFII, la suspicion envers les personnes gravement malades l'emporte sur le droit à la santé et la protection contre l'expulsion.

Pour lutter contre cette fraude, les médecins de l'OFII peuvent « convoquer le demandeur pour l'examiner et faire procéder aux examens estimés nécessaires » (61). En 2017, près d'une personne sur deux a ainsi été convoquée pour une visite médicale de contrôle, une pratique inédite. Or, l'OFII n'a recensé que 120 fraudes, soit 0.43 % du nombre des demandes, confirmant le phénomène mineur de ces fraudes (32).

De plus, la régularisation pour soins peut s'avérer éphémère comme c'est le cas pour certains géorgiens de notre étude décrits ci-dessus. Le titre de séjour « étranger malade » est soumis à un renouvellement annuel. Étant assujettie à la maladie et au défaut de soins dans le pays d'origine, plusieurs éléments peuvent impliquer une perte du droit au séjour. Tout d'abord, la guérison s'il ne s'agit pas de maladies chroniques ou incurables. L'amélioration de l'accès aux soins dans le pays d'origine est également un facteur pouvant entraîner la perte du droit au séjour, notamment par le développement de « programme-test » rendant des médicaments soudainement disponibles pour un certain temps dans certains pays. C'est le cas du programme lancé par le gouvernement géorgien, avec l'aide du laboratoire pharmaceutique Gilead, concernant l'hépatite C. La Géorgie étant un pays où la prévalence de l'hépatite C est très élevée, le gouvernement géorgien a développé un dispositif d'accès aux traitements pour un nombre limité de personnes. C'est sur la base de ce programme que l'OFII se fonde pour considérer que les Géorgiens vivant avec une hépatite C peuvent avoir accès aux soins dans leur pays d'origine. Ce type de « programme-test » n'est pas sans conséquence pour les Géorgiens présents en France : selon le rapport de l'Observatoire malades étrangers de AIDES (62) ainsi que les données de La Cimade en rétention (63), la moitié des situations de placements en rétention et d'éloignements de malades étrangers concernent les ressortissants de Géorgie (22 en tout, dont 19 vivant avec une hépatite C).

5. CONCLUSION

L'hépatite C est un problème de santé publique en Géorgie. Les dernières estimations de 2016 rendent compte d'une prévalence de 7.7 % parmi la population générale avec 5.4 % d'infection chronique.

Ces chiffres sont à mettre en lien avec l'usage massif de drogues injectables dans le pays. Après la chute de l'Union soviétique en 1991, dans un contexte de difficultés économiques, de grande criminalité et de corruption, l'usage de drogues s'est en effet largement développé, touchant jusqu'à 4.19 % de la population âgée entre 15 et 64 ans. Au milieu des années 2000, la politique répressive du pays conduit à former une population marginalisée et éloignée des services sanitaires et sociaux faisant obstacle à la réduction des risques. Ce contexte a permis au VHC de se diffuser rapidement au sein de cette population usagère de drogues injectables. Une récente étude met ainsi en évidence une séroprévalence de l'hépatite C de 92 % parmi les usagers de drogues dans le pays.

Parallèlement, le début des années 2000 coïncide avec l'arrivée en France des premiers toxicomanes originaires de Géorgie. La plupart déclarent venir en France à la recherche d'un avenir meilleur, beaucoup sur des objectifs économiques mais un certain nombre aussi car ils se sentaient en insécurité en Géorgie. Enfin, 15 % venaient en France en espérant un traitement pour leur hépatite C.

L'objectif de ce travail était d'établir le profil de ces géorgiens maintenant installés en France et de s'intéresser à leur parcours de soins vis à vis du VHC. Cette étude qualitative a consisté en une série de huit entretiens semi-directifs réalisés auprès de géorgiens suivis pour leur hépatite C dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHD de La Roche sur Yon. L'analyse phénoménologique interprétative des entretiens a permis d'explorer l'expérience de ces patients, le sens qu'ils donnent à leurs événements de vie et les mécanismes psychologiques sous-jacents.

Parmi la population interrogée, on constate une grande majorité d'hommes dont beaucoup étaient usagers de drogues injectables en Géorgie. Ils y ont un vécu traumatique marqué par la mort, la violence, l'insécurité souvent en rapport avec les conflits qui ont suivi l'indépendance du pays en 1991. Ils n'ont pas choisi de venir en France mais ont été contraint de fuir dans

l'espoir d'une vie meilleure. La moitié d'entre eux sont ainsi réfugiés politiques, les autres ont un titre de séjour en tant qu'« étranger malade ». La plupart ignorent pourtant leur infection par le VHC à leur arrivée en France. Le diagnostic est souvent fait au cours d'un bilan de dépistage réalisé dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile. Ils ont pu bénéficier du meilleur traitement à savoir les antiviraux à action directe ; ils sont aujourd'hui guéris de leur hépatite C et reconnaissant des soins reçus en France. Installés à La Roche sur Yon depuis 7 à 8 ans en moyenne, ils ont le sentiment d'une intégration réussie malgré une certaine vulnérabilité sociale. Cependant, la barrière de la langue est pour eux un obstacle en matière de santé mais aussi pour la recherche d'un emploi. Malgré un attachement réel pour leur pays d'origine, ces géorgiens y ont peu de nostalgie et aucun n'a le projet d'y retourner à court terme. Les « étrangers malades » ont pourtant un avenir incertain en France depuis 2016 et le durcissement de l'obtention des titres de séjour pour raisons médicales. En effet, leur hépatite C étant guérie, leurs titres de séjour n'ont pas été renouvelés et seront possiblement amenés à quitter le territoire français malgré les risques que pourrait comporter pour eux un retour en Géorgie.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science*. 21 avr 1989;244(4902):359-62.
2. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(3):161-76.
3. Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015 [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
4. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol* [Internet]. nov 2014 [cité 12 août 2019];61(1):S58-68. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827814004814>
5. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol* [Internet]. 1 nov 2014 [cité 14 mars 2019];61(1):S58-68. Disponible sur: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(14\)00481-4/abstract](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(14)00481-4/abstract)
6. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. EDP Sciences; 2014.
7. Ahmed SNS. Manifestations hépatiques et extrahépatiques liées au VHC. *Hépatogastro Oncol Dig* [Internet]. 1 oct 2012 [cité 4 déc 2018];19(8):649-60. Disponible sur: [http://www.jle.com/fr/revues/hpg/e-docs/manifestations_hepatiques_et_extrahepatiques_liees_au_vhc_293356/article.phtml?tab=](http://www.jle.com/fr/revues/hpg/e-docs/manifestations_hepatiques_et_extrahepatiques_liees_au_vhc_293356/article.phtml?tab=texte)texte
8. Lee M-H, Yang H-I, Lu S-N, Jen C-L, You S-L, Wang L-Y, et al. Chronic Hepatitis C Virus Infection Increases Mortality From Hepatic and Extrahepatic Diseases: A Community-Based Long-Term Prospective Study. *J Infect Dis* [Internet]. 15 août 2012 [cité 15 août 2018];206(4):469-77. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jid/article/206/4/469/865007>
9. Younossi ZM, Birerdinc A, Henry L. Hepatitis C infection: A multi-faceted systemic disease with clinical, patient reported and economic consequences. *J Hepatol*. 2016;65(1 Suppl):S109-19.
10. Brouard C, Strat YL, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J. The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing

- Recommendations in 2014. PLOS ONE [Internet]. 11 mai 2015 [cité 4 déc 2018];10(5):e0126920. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126920>
11. HAS. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD). Élargissement du périmètre de remboursement [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf
 12. Khan AJ, Luby SP, Fikree F, Karim A, Obaid S, Dellawala S, et al. Unsafe injections and the transmission of hepatitis B and C in a periurban community in Pakistan. *Bull World Health Organ*. 2000;78(8):956-63.
 13. Mohsen A, Bernier A, LeFouler L, Delarocque-Astagneau E, El-Daly M, El-Kafrawy S, et al. Hepatitis C virus acquisition among Egyptians: analysis of a 10-year surveillance of acute hepatitis C. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2015 [cité 14 mars 2019];20(1):89-97. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tmi.12410>
 14. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* [Internet]. déc 2017 [cité 3 avr 2019];5(12):e1192-207. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X17303753>
 15. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. 2017 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
 16. Pioche C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. :6.
 17. Septfonds A, Gautier A, Brouard C, Bernillon P, Nicolau J, Larsen C. Prévalence, morbidité et mortalité associées aux hépatites B et C chroniques dans la population hospitalisée en France, 2004-2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(12):202-9. [cité 21 janv 2019]; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/12/2014_12_1.html
 18. Sharvadze L, Nelson KE, Imnadze P, Karchava M, Tsertsvadze T. Prevalence of HCV and genotypes distribution in general population of Georgia. *Georgian Med News*. déc 2008;(165):71-7.
 19. Gvinjilia L, Nasrullah M, Sergeenko D, Tsertsvadze T, Kamkamidze G, Butsashvili M, et al. National Progress Toward Hepatitis C Elimination - Georgia, 2015-2016. *MMWR Morb*

- Mortal Wkly Rep [Internet]. 21 oct 2016 [cité 12 août 2019];65(41):1132-5. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6541a2.htm>
20. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 15 nov 2008;372(9651):1733-45.
 21. Grebely J, Dore GJ, Morin S, Rockstroh JK, Klein MB. Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 - What will it take to get there? *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2017 [cité 3 avr 2019];20(1):22146. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.7448/IAS.20.1.22146>
 22. Bouscaillou J, Champagnat J, Luhmann N, Avril E, Inaridze I, Miollany V, et al. Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: an urgent need for prevention and treatment. *Int J Drug Policy*. sept 2014;25(5):871-8.
 23. HIV risk and prevention behaviors among People Who Inject Drugs in seven cities of Georgia, 2017 [Internet]. Curatio International Foundation. 2018 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <http://curatiofoundation.org/bss-2017/>
 24. Luhmann N, Champagnat J, Golovin S, Maistat L, Agustian E, Inaridze I, et al. Access to hepatitis C treatment for people who inject drugs in low and middle income settings: Evidence from 5 countries in Eastern Europe and Asia. *Int J Drug Policy* [Internet]. 1 nov 2015 [cité 2 avr 2019];26(11):1081-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395915002509>
 25. Tsertsvadze T, Sharvadze L, Chkhartishvili N, Dzigua L, Karchava M, Gatsrelia L, et al. The natural history of recent hepatitis C virus infection among blood donors and injection drug users in the country of Georgia. *Virol J* [Internet]. 3 févr 2016 [cité 2 avr 2019];13(1):22. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12985-016-0478-6>
 26. Mitruka K, Tsertsvadze T, Butsashvili M, Gamkrelidze A, Sabelashvili P, Adamia E, et al. Launch of a Nationwide Hepatitis C Elimination Program--Georgia, April 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 24 juill 2015;64(28):753-7.
 27. Kikvidze T, Luhmann N, Avril E, Butsashvili M, Labartkava K, Etienne A, et al. Harm reduction-based and peer-supported hepatitis C treatment for people who inject drugs in Georgia. *Int J Drug Policy* [Internet]. févr 2018 [cité 3 avr 2019];52:16-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395917303432>
 28. Tsertsvadze T, Gamkrelidze A, Chkhartishvili N, Gvinjilia L, Abutidze A, Sharvadze L, et al. Hepatitis C Care Cascade in the Country of Georgia After 3 years of Starting National

Hepatitis C Elimination Programme. The International Liver Congress. 2018. [cité 12 août 2019]; Disponible sur: http://www.natap.org/2018/EASL/EASL_78.htm

29. Legifrance. Décision du 16 décembre 2013 modifiant la liste des pays d'origine sûrs [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2013/12/16/INTV1331463S/jo/texte>

30. European Commission: Georgia Meets Visa-Liberalization Requirements But [Internet]. Georgia Today on the Web. [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://georgiatoday.ge/news/13816/European-Commission%3A-Georgia-Meets-Visa-Liberalization-Requirements-But>

31. Publication du rapport d'activité 2017 | OFPRA [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/publication-du-rapport-d-activite-6>

32. OFII. Procédure d'admission au séjour pour soins. Rapport au parlement [Internet]. 2017 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

33. Jauffret-Roustide M, Serebroshkaya D, Chollet A, Barin F, Pillonel J, Sommen C, et al. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. Enquête ANRS-Coquelicot, 2011-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(14-15):285-90.

34. Avril E, Miollany V. Médecins du Monde en Géorgie : un programme de réduction des risques et de plaidoyer. Swaps. 2015;(75):8-12 [Internet]. Disponible sur: <https://vih.org/20180622/medecins-du-monde-en-georgie-un-programme-de-reduction-des-risques-et-de-plaidoyer/>

35. Comede. La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>

36. EMCDDA. Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities in EMCDDA Scientific Report. Lisbonne : EMCDDA, 2002.

37. Avril E, Elias K. Aider les usagers de drogue originaires des pays de l'Est. SWAPS. 2006;(42):12-4.

38. Graber A-L. État des lieux de la prise en charge de l'hépatite C chronique chez les patients migrants en situation de précarité au centre hospitalier de Chambéry. :45.

39. Parfitt T. Designer drug Subutex takes its toll in Tbilisi. The Lancet [Internet]. juill 2006 [cité 16 août 2019];368(9532):273-4. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673606690569>

40. Costes J-M. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2010.
41. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2004 [cité 12 août 2019];109(4):243-58. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
42. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. juill 2009;69(2):246-57.
43. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale* [Internet]. déc 2008 [cité 11 juin 2019];34(6):577-83. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700608000080>
44. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. févr 2017;31(1):111-21.
45. Comede. Rapport d'activité 2016 [Internet]. [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/08/Rapport-Comede-2017-0-Activit%C3%A9-2016-au-22-ao%C3%BBt.pdf>
46. Espoir Goutte d'Or (EGO). Rapport d'activité 2009 [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: https://gouttedor-et-vous.org/IMG/pdf/FRSSB_T_EGO_030.pdf
47. Gallon A-C, Le Quéré F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2017.
48. Chaaban S. « Rendre la parole pour mieux soigner ». Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/>
49. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. janv 2003;111(1):6-14.

50. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev MCRR*. juin 2005;62(3):255-99.
51. Schwarzing M. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
52. Bischoff A. Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions. 1 janv 2006;
53. HAS. Interprétariat dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf
54. Soumana Ali M, Ducroz M, Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018 [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2018.
55. Legifrance. Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile [Internet]. 98-349. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000191302&categorieLien=id>
56. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? : estimation dans l'étude ANRS-Parcours. 1 janv 2015;
57. Comede. La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2017 [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf>
58. Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries. Report on the social and medical data gathered in 2013 in eight European countries, Turkey and Canada. :119.
59. Legifrance. Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France [Internet]. 2016-274. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164264&categorieLien=id>
60. Ministère de l'Intérieur - Direction Générale des Étrangers en France. L'essentiel de l'immigration - chiffres clés. Les titres de séjour. 2019.
61. Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article R313-

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038188866&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20190301>

62. AIDES. Rapport de l'observatoire malades étrangers. Droit au séjour pour soins. 2015

[Internet].

Disponible

sur:

https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/RAPPORT%20EMA_AIDES%202015.pdf

63. Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE). Personnes étrangères malades placées en rétention et/ou expulsées de février 2013 à mars 2015. [Internet]. [cité 30 mai 2019].

Disponible sur: https://www.odse.eu.org/IMG/pdf/Re_cap_Sante_-Re_tention_siteODSE.pdf

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

Caractéristiques sociodémographiques

Pouvez-vous vous présenter ?

(Questions de relance)

- Quel âge avez-vous ?
- Êtes-vous marié/en couple ? Avez-vous des enfants ?
- Avez-vous fait des études ? Diplôme(s) obtenu(s) ?
- Depuis combien de temps êtes-vous en France ?
- Est-ce que vous comprenez/parlez le français ?

Géorgie et parcours migratoire

Parlez-moi de votre vie en Géorgie ?

(Questions de relance)

- Quelle était votre situation ? Quel était votre métier ?
- Quelles sont les raisons de votre départ ?
- Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis la Géorgie jusqu'à la LRSY ? Durée ? Conditions ?
- Dans quel but (objectif) êtes-vous venu à LRSY ?

VHC et parcours de soins

Parlez-moi maintenant de votre maladie : l'hépatite C

(Questions de relance)

- Comment avez-vous attrapé ce virus ?
- Avez-vous déjà consommé de la drogue (IV) ? Avez-vous déjà fait de la prison ?
- Êtes-vous séropositif au VIH (virus du sida) ?
- Saviez-vous que vous étiez malade avant d'arriver en France ?
 - o Si oui, êtes-vous arrivé en France dans le but de vous faire soigner ?
- Qui a fait le diagnostic de l'hépatite C ? Comment vous êtes-vous fait soigner ? Comment avez-vous eu accès aux soins (aux médicaments) ? Comment êtes-vous arrivé (qui vous a adressé) à l'hôpital ?
- Les traitements ont-ils été efficaces ? Combien de médicaments avez-vous pris et quels étaient leurs noms ? Pendant combien de temps avez-vous pris ces médicaments ? Avez-vous eu des ES ?
- Que pensez-vous des soins que vous avez reçu en France ? Auriez-vous pu avoir les mêmes médicaments (vous faire soigner) en Géorgie ?

Conditions de vie

Pouvez-vous me parler de votre vie à LRSY ?

(Questions de relance)

- Où habitez vous ? Êtes-vous seul/accompagné ?
- Avez-vous un travail ?
- Quelles sont vos sources de revenus ?
- Avez-vous un titre de séjour ?
- Quelle est votre assurance maladie ?

Humeur

Comment est votre moral ?

(Questions de relance)

- Vous sentez-vous triste ? fatigué ?
- Avez-vous de la difficulté à dormir ?
- Avez-vous bon appétit ?
- Avez-vous du stress ? Êtes-vous inquiet concernant l'avenir ?

Avenir

Comment voyez-vous l'avenir ?

(Questions de relance)

- Pensez-vous retourner un jour en Géorgie ?
- Avez-vous la nostalgie (le mal) du pays ?

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : **PROFIL ET PARCOURS DE SOINS DES MIGRANTS GÉORGIENS INFECTÉS PAR LE VHC : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE PATIENTS INSTALLÉS À LA ROCHE SUR YON**

RÉSUMÉ

Introduction : L'hépatite C est un problème de santé publique en Géorgie. Les dernières estimations de 2016 rendent compte d'une prévalence de 7.7 % parmi la population générale avec 5.4 % d'infection chronique. L'autre problématique du pays est celle de la toxicomanie. Après la chute de l'URSS en 1991, l'usage de drogues s'est en effet rapidement développé, touchant jusqu'à 4.19 % de la population âgée entre 15 et 64 ans. Au milieu des années 2000, la politique répressive du pays conduit à marginaliser ces usagers de drogues permettant au VHC de se diffuser massivement. Parallèlement, le début des années 2000 coïncide avec l'arrivée en France des premiers toxicomanes originaires de Géorgie.

Méthode : L'objectif de ce travail était d'établir le profil de ces géorgiens maintenant installés en France et de s'intéresser à leur parcours de soins vis à vis du VHC. Cette étude qualitative a consisté en une série de huit entretiens semi-directifs. L'analyse phénoménologique interprétative des entretiens a permis d'explorer l'expérience de ces patients, le sens qu'ils donnent à leurs événements de vie et les mécanismes psychologiques sous-jacents.

Résultats : Notre étude met en évidence une grande majorité d'hommes dont beaucoup étaient usagers de drogues injectables en Géorgie. Ils y ont un vécu traumatique marqué par la mort, la violence et l'insécurité. La moitié d'entre eux sont réfugiés politiques, les autres ont un titre de séjour « étranger malade ». La plupart ignorent pourtant leur infection par le VHC à leur arrivée en France. Le diagnostic est souvent fait au cours d'un bilan de dépistage. Ils ont pu bénéficier du meilleur traitement à savoir les antiviraux à action directe ; ils sont aujourd'hui guéris de leur hépatite C et reconnaissant des soins reçus en France. La barrière de la langue est pour eux le principal obstacle dans l'accès aux soins mais aussi pour leur intégration.

Conclusion : Les géorgiens de notre étude n'ont pas choisi de venir en France dans l'idée de se faire soigner de leur hépatite C mais ont plutôt été contraint de fuir leur pays dans l'espoir d'un avenir meilleur. Les « étrangers malades » ont pourtant un avenir incertain en France depuis 2016 et le durcissement de l'obtention des titres de séjour pour raisons médicales. En effet, leur hépatite C étant guérie, leurs titres de séjour n'ont pas été renouvelés et ils seront possiblement amenés à quitter le territoire français malgré les risques que pourrait comporter pour eux un retour en Géorgie.

MOTS-CLES

VHC, hépatite C chronique, migrants, Géorgie, usagers de drogues, parcours de soins, vécu