

**MESURES A METTRE EN PLACE  
PAR LES SOIGNANTS POUR  
AMELIORER  
LA RETENTION DANS LE SOIN  
DES PATIENTS MIGRANTS**

**Docteur Denis MECHALI**

**SMIT (Service des Maladies Infectieuses & Tropicales)**

**CH SAINT-DENIS (93)**

# PLAN D'EXPOSE

- Définitions et objectifs
- Modalités de prise en charge au long cours, en évitant ruptures de suivi, d'observance des traitements, et la « perte de vue » de patients atteints par le « VIH/SIDA », migrants et précaires.
- VIH/SIDA en 2008
- Maladie chronique grave non mortelle
- Moyennant prise en charge
  - Aussi précoce que possible
  - Et de durée indéfinie  
(type de modèle : Diabète insulino- dépendant)
- 3 CAS CLINIQUES ET COMMENTAIRES :

Méthodes utilisées, mesures prises

## CAS N°01

- Me M., 35 ans, congolaise.
- 2003 : SIDA très grave (tuberculose-méningite).
- Réanimation, puis retour en salle.
- Amélioration partielle
- Reste dépressive, cachectique.
- Envoi en convalescence : idem.
- « Clefs » de la sortie, puis du suivi prolongé :
  - Lien Associatif (IKAMBERE) : Repas africains conviviaux efficaces
  - Lien : Médecin/Psychologue/Sœur patiente (avec accord et en présence de la Patiente)
  - Conflit de couple verbalisé. Divorce ultérieur
  - Logement en appartement thérapeutique
  - Trouve un emploi, un logement autonome

En 2008, va très bien ; Consultations trimestrielles

## CAS CLINIQUE N°2

- Me D, 38 ans, originaire du Cap Vert.
- 2005 : vit seule avec sa fille (13 ans)
- Troubles de mémoire : encéphalite VIH avec cercle vicieux.  
Traitement non pris : aggravation des fonctions supérieures ...  
troubles de la marche... Dettes financières..

- « Clefs » :

- Prise en charge de l'enfant
- Intervention Aide Sociale à l'enfance
- Mobilisation d'une cousine
- Réunion de concertation : Patiente/Parente/ASE/AS/ Médecins/Psychologues
- Cousine personne-ressource +++
  - Prend Me D. et sa fille chez elle (appartement rendu/dettes apurées)
  - Donne les traitements
  - Stimule

2008 : Retour transitoire au Cap-Vert : Succès. CV indétectable,  
s'améliore...

## CAS N°3 (début)

- « Les 2 Juliette »....
- 2003 : VIH découvert en Côte d'Ivoire
- 28 ans, une fille de 3 ans
- Diagnostic révélé : rejet familial au pays...
- Vient en France, sans sa fille
- 2006 : CD4 = 30, candidose oesophagienne
- Hospitalisation, traitement efficace
- CD4 : 300 – CV < 40 copies
- Puis, « perdue de vue » : 1 an

## ...Suite : « Les 2 Juliette »

- Déc. 2007 : cachexie, oesophagite à CMV, 10 CD4
- Reprise efficace (« chance » ! car gravissime, bien sur..)
- Fév. 2008 : vue avec médecin/IDE-psy/ sœur (avec accord de la patiente)
- Retour Côte d'Ivoire réussi « Revoir sa fille, son rayon de soleil »....
- Octobre. 2008 : Revient en forme, mais fragile, car «2 Juliette en elle», m'explique t elle.....
  - « Celle qui veut vivre, prend ses traitements » ...
  - « Celle qui ne supporte ni l'idée de cette maladie, ni les traitements »

# METHODES UTILISEES – MESURES PRISES

- La maladie est parfois gravissime, foudroyante.
- Plus souvent, prise en charge de longue durée
- Stratégies par paliers, avec objectifs adaptés au cas particulier, et à la période de soin.
- Il faut analyser toutes les problématiques : médicales – sociales – de représentation de la maladie (honte, secret)
- Organiser une prise en charge :
  - ➡ En équipe
  - ➡ Et concertée ( le plus dur !!!)
- Tenant compte des problèmes institutionnels et financiers :  
Action sans rentabilité T2A.
- BASE INTANGIBLE : Construire une relation de confiance avec le patient : « Apprivoiser, comme le petit Prince et le renard »

## UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE

# EQUIPE DE SOIN

- « Classique » et personnalisée
- Classique :médecins, IDE, AS, psychologue, pharmacien..
- Personnalisée :  
MG ? Disponible ? Investi par le patient ? OK pour suivi conjoint ?  
Autres intervenants de ville : Ex, « PSY », AS de secteur..
- Professionnels « juxtaposés », ou échanges et liens, autour du cas, capables de « Faire équipe » ?
- Dépend de volonté, disponibilité, méthode(s)...

- **Entourage familial**
  - Existant ?
  - Problèmes secret partagé ?
  - Le problème éthique du secret au conjoint : « Booste » les soignants pour résoudre le problème, négociations, actions, voire « bousculade », « Passage à l'acte maîtrisé » Ex « c'est aussi le père ou la mère de votre enfant »....
  - **Equipe élargie – Travail sur la concertation**
  - La LOI : recours parfois disponible et efficace. Si enfants, problème des « enfants en danger »...
  - Démarches sociales efficaces : AME... APS ...
- « Booste » la relation de confiance, puis le suivi continue efficace.

## CONCLUSION

- Travail possible et efficace , évaluable, par exemple, via des études « socio » classiques sur les « perdus de vue ».
- Travail souvent « sous-estimé » dans l'extrême compétence nécessaire +++ pour organiser du réseau concerté (Des personnes « à courte vue » me voient comme un « gentil docteur », contresens évident !).
- Travail souvent non financé, ou sous-financé en période :
  - restrictions budgétaires
  - survalorisation des actes techniques et du « bio-médical »