



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre à 18 heures

au Pôle Recherche

Par Mathieu ABT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Résumé

Contexte : Parmi les inégalités sociales que subissent les migrants, les difficultés d'accès aux soins sont importantes. Les médecins généralistes en sont les premiers témoins, et peuvent jouer un rôle majeur pour améliorer la prise en charge et l'orientation de ces patients.

Objectif : Cette étude a pour but d'objectiver les besoins et attentes des patients migrants, et d'évaluer dans quelle mesure les dispositifs de soins primaires y répondent de façon appropriée.

Méthode : Étude quantitative par questionnaire soumis aux patients consultant un médecin généraliste à la PASS de Calais ou à la clinique mobile de Médecins du Monde, avec recueil des résultats de consultation et comparaison aux données de l'étude Ecogen.

Résultats : 307 patients ont été inclus, ayant un profil relativement représentatif de cette population. Les difficultés sociales, notamment dans l'accès aux soins, sont fortes. Les patients accordent une place importante à leur santé. Le renoncement aux soins est fréquent. Les pathologies aiguës et en rapport avec les conditions de vie sont fortement représentées, alors que les besoins de prise en charge généraliste sont importants, et que les attentes des patients sont souvent multiples et complexes. Les résultats de consultation n'ont pas toujours été en rapport avec les attentes des patients, notamment dans les domaines de la prévention et de la prise en charge psychologique. Les traitements médicamenteux sont surreprésentés.

Conclusion : Les discordances importantes entre les attentes des patients et les résultats de consultation témoignent des difficultés persistantes dans la prise en charge en soins primaires des patients migrants, du fait de situations de grande précarité, des faiblesses du système de soins, et d'une pratique des soignants insuffisamment adaptée aux besoins et aux attentes des patients. La logique humanitaire est prépondérante, alors qu'il existe un fort besoin de prise en charge globale.

SOMMAIRE

Sigles et acronymes	12
1 Introduction	13
1.1 Choix du sujet	13
1.1.1 Actualité	13
1.1.2 Compétence du médecin généraliste, et aspects éthiques	13
1.1.3 Expérience personnelle.....	14
1.1.4 La recherche sur la santé des migrants	15
1.2 Les migrations internationales	15
1.2.1 Les migrants dans le monde	15
1.2.2 Les migrants en France et dans le Nord-Pas-de-Calais.....	16
1.3 Terminologie	16
1.4 Statut administratif.....	18
1.4.1 Étrangers en situation irrégulière	18
1.4.2 Étrangers en situation régulière.....	18
1.5 Les migrants en transit dans le Nord-Pas-de-Calais	19
1.5.1 Historique	19
1.5.2 Effectif de la population concernée	20
1.5.3 Approche géographique.....	21
1.5.4 Conditions de vie.....	22
1.6 Problématiques de santé des personnes migrantes.....	23
1.7 Dispositifs de soins existants	25
1.7.1 La PASS.....	25
1.7.2 Les urgences.....	25
1.7.3 Les structures de prise en charge secondaire : le centre hospitalier et les lits halte-soins santé.....	25
1.7.4 La médecine de ville	26

1.7.5	Les associations	26
1.7.6	Les réseaux informels	26
1.8	Droits sociaux.....	27
1.8.1	L'aide médicale d'État.....	27
1.8.2	La couverture maladie universelle	28
1.8.3	La prise en charge dans le cadre des « soins urgents »	28
1.8.4	La prise en charge des mineurs	28
1.8.5	Couverture sociale dans l'échantillon étudié	29
2 Recherches bibliographiques		30
3 Objectifs de la thèse.....		31
3.1.1	Objectif principal.....	31
3.1.2	Objectifs secondaires	31
3.1.3	Hypothèses	31
4 Matériel et méthode		33
4.1	Méthodologie de traduction.....	33
4.2	Élaboration du questionnaire.....	34
4.3	Résultats de consultation	35
4.4	Lieux et conditions de réalisation de l'étude	36
4.5	Échantillon étudié.....	37
4.5.1	Critères d'inclusion	37
4.5.2	Critères de non inclusion	37
4.5.3	Critères d'exclusion	37
4.6	Analyse.....	38
5 Résultats		39
5.1	Effectif de l'échantillon	39
5.2	Profil de la population	39
5.2.1	Age	39

5.2.2	Sexe	40
5.2.3	Nationalités et langues parlées	41
5.3	Situation sociale et parcours migratoire	43
5.4	Conditions de vie.....	44
5.5	Parcours de soins	45
5.6	Attentes vis-à-vis du recours au médecin généraliste	47
5.7	Principales préoccupations des patients	48
5.8	Résultats de consultation	49
5.8.1	Nombre de résultats par consultation	49
5.8.2	Distribution des résultats en fonction des chapitres, et comparaison aux données de l'étude Ecogen	49
5.8.3	Résultats de consultations les plus fréquents	52
5.8.4	Consultations donnant lieu à des prescriptions médicamenteuses.....	53
5.9	Sous-groupes de patients.....	54
5.9.1	Patients ayant un résultat de consultation « Gale »	54
5.9.2	Selon le sexe.....	54
5.9.3	Patients ayant exprimé une attente de prise en charge d'un problème psychologique	56
6	Discussion.....	62
6-1	Biais.....	62
6-1-1	Liés à l'échantillon.....	62
6-1-2	Liés à la méthode.....	63
6-2	Résultats obtenus	64
6-2-1	Profil de l'échantillon	64
6-2-2	Sous-groupe des patients ayant exprimé une attente de réponse à un problème psychologique	64
6-2-3	Le renoncement aux soins.....	66
6-3	Représentations des soignants et des institutions.....	67
6-4	Déterminants de l'accès aux soins et de l'état de santé.....	68
6-4-1	Barrière de la langue.....	69
6-4-2	Fossé interculturel.....	70
6-4-3	Le manque de connaissance du système de soins	70

6-4-4	Rôle des régulations sociales envers les personnes migrantes.....	71
6-4-5	Déterminants intrinsèques au monde clandestin	72
6-4-6	Parcours de soins	72
6-4-7	Couverture sociale.....	73
6-4-8	Conséquences sur l'état de santé	74
6-5	Offre de soins primaires pour les patients migrants en Europe et en France.....	75
6-6	Comment améliorer la prise en charge en soins primaires ?	76
6-7	Perspectives de recherche.....	78
7 Conclusion		80
8 Bibliographie		82
9 Annexes		86

Sigles et acronymes utilisés

AME	Aide Médicale d'État
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CESEDA	Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et Demandeurs d'Asile
CISP-2	Classification Internationale des Soins Primaires – 2 ^{ème} version
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMU-c	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSS	Code de la Sécurité Sociale
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
RC	Résultat(s) de consultation
UE	Union Européenne
UNHCR ou HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1 Introduction

1-1 Choix du sujet

1-1-1 Actualité

La prise en charge médicale des personnes migrantes en France est un sujet d'actualité, en particulier dans la région Nord-Pas-de-Calais. D'abord, parce que le problème de l'accès aux soins des personnes précaires, dans un contexte de crise économique, prend de l'ampleur dans notre pays. Ensuite, parce que le nombre de migrants, en situation régulière ou non, ne cesse de croître en Europe depuis plusieurs années, et la région Nord-Pas-de-Calais, de par sa situation géographique, est particulièrement concernée.

Depuis une vingtaine d'années, la situation des migrants en transit dans la région, et plus particulièrement dans la ville de Calais, fait également l'objet d'un débat, notamment en raison de la situation sanitaire dans laquelle cette population se trouve. Malgré une mobilisation de nombreux acteurs autour de cette question, l'accès aux soins primaires des migrants y semble encore très insuffisant.

Enfin, les dispositifs favorisant l'accès aux soins de ces personnes sont régulièrement remis en cause dans le débat public, en particulier l'Aide Médicale d'État (AME).

1-1-2 Compétence du médecin généraliste, et aspects éthiques

La prise en charge médicale des personnes migrantes, et les problématiques qu'elle soulève, relèvent particulièrement de la médecine générale.

La définition européenne de la médecine générale, élaborée en 2002 par la Wonca (1), décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste, par la définition des caractéristiques de la discipline :

- universalité
- égalité dans l'accès aux soins
- approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiale et communautaire
- communication appropriée
- promotion et éducation pour la santé
- responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté

- prise en charge des problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Chacune de ces caractéristiques requiert une démarche particulière de la part du médecin généraliste lorsqu'il a à prendre en charge un patient migrant.

Le référentiel « Métier et compétences du médecin généraliste », élaboré par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), décrit la situation « Patient migrant s'exprimant mal en français » comme une situation mettant en jeu des compétences essentielles du médecin généraliste (2). La consultation de médecine générale pour un patient migrant est en effet une situation où la globalité de la prise en charge est particulièrement importante, tant les dimensions sociales et psychologiques sont déterminantes dans leur état de santé, leur parcours de soins ou encore dans la mise en œuvre du traitement.

Par ailleurs, des éléments fondamentaux de l'éthique médicale sont en jeu lors de la consultation d'un patient migrant en médecine générale, comme le respect du patient et l'égalité de traitement, ou la question de la communication et du consentement. L'éthique impose également d'évaluer par la recherche l'accessibilité effective et la pertinence des interventions médicales (cf. point 6 des principes éthiques applicables à la recherche médicale, tels que définis par l'Association Médicale Mondiale (3)).

Ainsi, tout en devant rester universaliste, la prise en charge médicale des personnes migrantes doit mettre en œuvre des compétences spécifiques, et pourtant, cette thématique n'est que peu, voire pas abordée lors du cursus médical, que ce soit dans le second cycle, commun à tous les étudiants, ou lors de la spécialisation en médecine générale.

1-1-3 Expérience personnelle

J'ai eu maintes fois dans mon parcours personnel l'occasion de rencontrer des personnes migrantes, à Calais ou ailleurs, et le plus souvent en situation de soins, et ce, dans différents contextes. J'ai rencontré des patients hospitalisés, ou se présentant aux urgences alors que j'étais interne au Centre Hospitalier de Calais, des personnes venant consulter à la PASS au cours de mon stage ambulatoire puis au cours de ma propre pratique professionnelle, parfois des patients se présentant à mon cabinet lors de remplacements en médecine libérale effectués à Calais, des patients vus dans le cadre de consultations données par l'association Médecins du Monde, et enfin des

personnes s'adressant directement à moi en dehors de tout contexte de soin institutionnel. Dans tous ces contextes, j'ai pu me rendre compte à quel point il y avait un certain nombre de particularités chez ces patients qui rendaient difficile l'exercice de la médecine tel qu'on le conçoit dans un cadre plus habituel. Beaucoup des soignants que j'ai rencontré ont exprimé leurs propres difficultés, voire pour certains leur sentiment d'échec face à la situation de ces personnes, tant notre système de soins et notre vision traditionnelle de la médecine peuvent parfois sembler inadaptés. Il m'a ainsi semblé important de mieux cerner cette population, ses attentes et ses représentations vis-à-vis de notre système de soins et de l'offre de soins de premier recours dont ils disposent sur le territoire, ceci afin d'apporter des éléments de réflexion tant sur la prise en charge que propose un clinicien en situation de soins, que sur les dispositifs de soins primaires existants et leurs évolutions potentielles. Enfin, j'ai souhaité, à travers ce travail, interroger mes propres représentations de soignant.

1-1-4 La recherche sur la santé des migrants

Historiquement, les recherches sur la santé des migrants étaient longtemps centrées sur les maladies infectieuses (infection à VIH, tuberculose), le paradigme ancien étant selon Didier Fassin celui d'une protection des populations d'accueil contre une possible contagion étrangère (4). Un modèle plus neutre, adoptant un point de vue de santé publique, s'est progressivement imposé ensuite.

La recherche sur les migrants dans le domaine de la santé, comme toute production scientifique, est fortement tributaire du contexte social et historique dans lequel elle s'effectue (5) : il existe une différence d'approche entre un pays comme la France, où la recherche est focalisée sur l'histoire récente et la situation sociale actuelle des immigrés, et les pays anglo-saxons, où l'on privilégie la notion de « groupe ethnique » avec des caractéristiques culturelles variant selon le pays d'origine (6).

1-2 Les migrations internationales

1-2-1 Les migrants dans le monde

L'Organisation des Nations Unies recensait en 2013 environ 232 millions de migrants internationaux, soit 3,2% de la population mondiale, dont environ 60% dans les pays développés (7). Parmi les migrants internationaux, 15,3 millions étaient des

réfugiés (7%), dont 86% avaient trouvé refuge dans un pays en développement (8), et 1,2 millions étaient en procédure de demande d'asile.

1-2-2 Les migrants en France et dans le Nord-Pas-de-Calais

Le nombre de migrants internationaux en France est estimé en 2013 à 7,5 millions par l'ONU (7). La France a été en 2013 la quatrième destination des nouveaux demandeurs d'asile (demandes initiales, déposées dans le cadre des procédures de première instance) avec 60 200 nouvelles demandes enregistrées en 2013 (chiffre en augmentation de 9% par rapport à 2012, soit le chiffre le plus élevé depuis 1989) (8). L'UNHCR recensait ainsi 232 487 réfugiés et 51 732 demandeurs d'asile (cas des personnes en attente).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, du fait de la géographie et de la présence sur le territoire de la région de la frontière extérieure de l'espace Schengen, se concentre une population de migrants internationaux soit en transit vers le Royaume-Uni, soit dans la construction d'un parcours alternatif après un échec dans la poursuite du parcours migratoire initialement envisagé. Certaines personnes arrivent avec un projet de demande d'asile. Cette population ne fait pas, de par sa condition de clandestinité, l'objet d'un recensement, mais les estimations des spécialistes et des autorités font état d'une augmentation significative et durable du nombre de personnes migrantes dans la région depuis quelques années (la préfecture du Pas-de-Calais estime par exemple à 3 000 le nombre de migrants présents à Calais au moment de l'étude, contre 600 un an plus tôt).

1-3 Terminologie

Les termes de migrant, immigrant, réfugié, exilé, clandestin, sont utilisés dans le débat public et scientifique. D'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre, ces termes renvoient à l'histoire et au contexte socio-politique de ces migrations. La terminologie utilisée dans la littérature est elle-même ambiguë.

Le terme de « migrant », communément utilisé pour désigner les personnes d'origine étrangère en transit dans la région Nord-Pas-de-Calais, et plus particulièrement dans le Calais, désigne en fait des réalités différentes, qu'il convient de distinguer. S'il n'existe aucune définition juridique internationale pour ce terme, il est usuellement utilisé pour désigner les personnes ayant volontairement fait le choix

de s'inscrire dans un parcours migratoire, par opposition aux termes de réfugié ou d'exilé. Dans le Calaisis, les personnes ont majoritairement quitté leur pays par la contrainte, fuyant des conflits ou des persécutions d'ordre politique, religieuse, ou liées à l'orientation sexuelle, parfois dans une logique collective (populations kurdes, pashtounes), ou encore dans un parcours lié à l'existence d'une diaspora (syriens). Le terme « exilé », bien que plus approprié à la situation des migrants dans le Nord-Pas-de-Calais, est moins employé que le terme « migrant », et peut avoir une connotation moins neutre.

Le terme « immigré » favorise le point de vue du pays d'accueil, alors que le terme « émigré » favorise celui du pays de départ. Le terme « migrant » prend en compte l'ensemble du processus migratoire (9).

Le terme de « réfugié » renvoie à une approche juridique, et est défini par la convention de Genève du 28 juillet 1951 et par le CESEDA en droit français. Il désigne les personnes ayant obtenu des autorités françaises ou européennes un statut de protection après examen de leur demande d'asile.

Les termes de « clandestin » ou de « sans-papiers » renvoient à l'irrégularité du séjour sur le territoire, et sont peu utilisés dans la littérature du fait de leur connotation péjorative. Dans le contexte de la présente étude, il ne saurait désigner les personnes ayant un titre de séjour sur le territoire français (personnes entrées légalement sur le territoire, demandeurs d'asile, réfugiés).

Nous utiliserons ici le terme de « migrant », parce qu'il est le terme le plus utilisé à la fois par les acteurs de terrain, par la population de la région, et enfin par les migrants eux-mêmes. C'est également le terme le plus employé dans la littérature scientifique, faisant l'objet d'un relatif consensus. Enfin, il s'agit d'un terme suffisamment générique pour désigner l'ensemble de la population concernée par la présente étude.

Le « passage » est un terme fréquemment utilisé par les chercheurs qui travaillent sur les questions en rapport avec les migrations clandestines, qui renvoie à des réalités différentes. Dans cette étude, nous avons choisi d'utiliser ce terme pour désigner une forme de stabilisation dans le parcours de vie des personnes, soit par la sortie de la clandestinité et l'engagement dans des démarches de régularisation (par exemple par la demande d'un titre de séjour), soit par l'insertion progressive dans un environnement social stable (comme par exemple l'accès à une activité professionnelle). Il s'agit donc de la sortie d'une situation « d'entre-deux »,

caractéristique du voyage clandestin, et caractérisée par une grande précarité au sens large, entre le départ du pays d'origine et l'installation dans le pays d'accueil (dans une étude réalisée en 2002 au centre de la Croix Rouge de Sangatte, Smaïn Laacher disait des personnes qui y étaient accueillies qu'elles étaient « à la frontière de l'être et du non-être social »).

1-4 Statut administratif

Dans la littérature consacrée à l'accès aux soins et aux parcours des patients migrants, cette donnée est peu étudiée. Elle semble néanmoins avoir son importance (10).

1-4-1 Étrangers en situation irrégulière

Les étrangers en situation irrégulière le sont suite à différents types de parcours : personnes entrées illégalement sur le territoire, personnes entrées légalement mais se maintenant sur le territoire à l'expiration de leur visa ou titre de séjour, personnes à qui l'on a refusé un titre de séjour ou son renouvellement, personnes déboutées du droit d'asile.

1-4-2 Étrangers en situation régulière

Les étrangers en situation régulière sont entrés légalement sur le territoire français grâce à un visa ou un titre de séjour, ou bien ont obtenu un titre (asile politique, titre de séjour pour soins) après être entrés illégalement sur le territoire. Dans cette dernière catégorie, plusieurs types de titre de séjour, plus ou moins précaires, peuvent être rencontrés : carte de résident, carte temporaire de séjour (d'une durée d'un à 3 ans), récépissé de demande de titre de séjour, ou de son renouvellement, autorisation provisoire de séjour (d'une durée d'1 à quelques mois), convocation ou rendez-vous en sous-préfecture.

La diversité des parcours et des situations des personnes rencontrées, et la complexité des textes caractérisant la régularité ou non du séjour (selon qu'il s'agisse de régularité au sens administratif, ou pour les acteurs du champ social) rendent difficile la sélection des individus en fonction de ce critère.

Les patients rencontrés au cours de l'étude présentent des caractéristiques communes, qu'elles soient en situation irrégulière ou non. Les personnes qui ne souhaitent pas demander l'asile en France souhaitent pour la plupart déposer une

demande au Royaume-Uni, ou dans un autre pays de l'Union Européenne : on peut donc les considérer comme des demandeurs d'asile potentiels, au même titre que les personnes ayant déposé une demande en France.

Nous faisons le choix dans cette étude d'inclure les étrangers en situation irrégulière, les demandeurs d'asile, les personnes déboutées du droit d'asile et les personnes ayant obtenu le statut de réfugié, et nous chercherons à déterminer le statut de ces patients sur le plan administratif selon les critères étudiés (les soignants qui prennent en charge des personnes migrantes évoquent le rôle du statut administratif des patients dans leur prise en charge et dans leur parcours de soins (11)).

1-5 Les migrants en transit dans le Nord-Pas-de-Calais

La terminologie manquant elle-même de précision et d'objectivité, nous définirons la population faisant l'objet de la présente étude par des critères historiques, géographiques, et sociaux.

1-5-1 Historique

La présence régulière de migrants en nombre significatif dans le Calais date des années 1990. En 1994, Amnesty International attire l'attention sur la situation de migrants polonais qui cherchent à rejoindre le Royaume-Uni. En 1997, une quarantaine de roms d'origine tchèque se voient refuser l'entrée sur le territoire britannique, et s'installent à Calais. A partir d'octobre 1998, la guerre civile en Yougoslavie contraint de nombreux kosovars à fuir le conflit, et à tenter de rejoindre le Royaume-Uni pour y déposer une demande d'asile politique. Le centre de la Croix Rouge de Sangatte, mis en place pour accueillir les populations transitant par Calais, a été fermé en décembre 2002, ce qui a entraîné la dispersion des populations en transit le long du littoral et des grands axes de communication du nord de la France et de la Belgique (12). D'autre part, depuis les années 1990, les points de traversée vers le Royaume-Uni ont fait l'objet d'une augmentation des mesures sécuritaires et des contrôles, ce qui a rendu progressivement le passage de plus en plus difficile, et a contraint les personnes qui tentent le passage à une prise de risque de plus en plus importante. Dans le même temps, les lieux d'habitation se sont précarisés et dispersés géographiquement.

Les motivations des migrants à quitter leurs pays sont le fruit de logiques individuelles et collectives. Parmi elles, l'aspiration à une « citoyenneté mondialisée », c'est-à-dire à « un droit à la liberté (de migrer, de s'exprimer, de se réaliser), un droit d'avoir des droits (de travailler, d'avoir une protection sociale, d'obtenir des papiers) » (13), semble être un trait de plus en plus commun aux divers profils migratoires. Pour la majorité des personnes rencontrées, les facteurs d'expulsion semblent prépondérants face aux facteurs d'attraction dans la décision de migrer.

Les raisons du choix du Royaume-Uni comme destination sont multiples :

- les liens historiques entre le Royaume-Uni et certains pays de départ
- la présence au Royaume-Uni de communautés issues de ces pays
- la maîtrise de l'anglais par les individus
- l'organisation du marché du travail britannique, avec un secteur informel très développé, qui permet aux étrangers en situation irrégulière un accès beaucoup plus facile à un emploi (généralement non déclaré)
- les conditions offertes aux demandeurs d'asile pendant le temps de l'examen de leur dossier (proposition d'hébergement, allocation d'attente, délai d'examen du dossier plus rapide), bien meilleures au Royaume-Uni qu'en France, bien que ces conditions soient de moins en moins favorables.

Dans l'enquête de Smaïn Laacher, effectuée au centre de la Croix Rouge de Sangatte en 2001, les migrants sont souvent anglophones, diplômés, et ont des perspectives de travail au Royaume-Uni (14).

1-5-2 Effectif de la population concernée

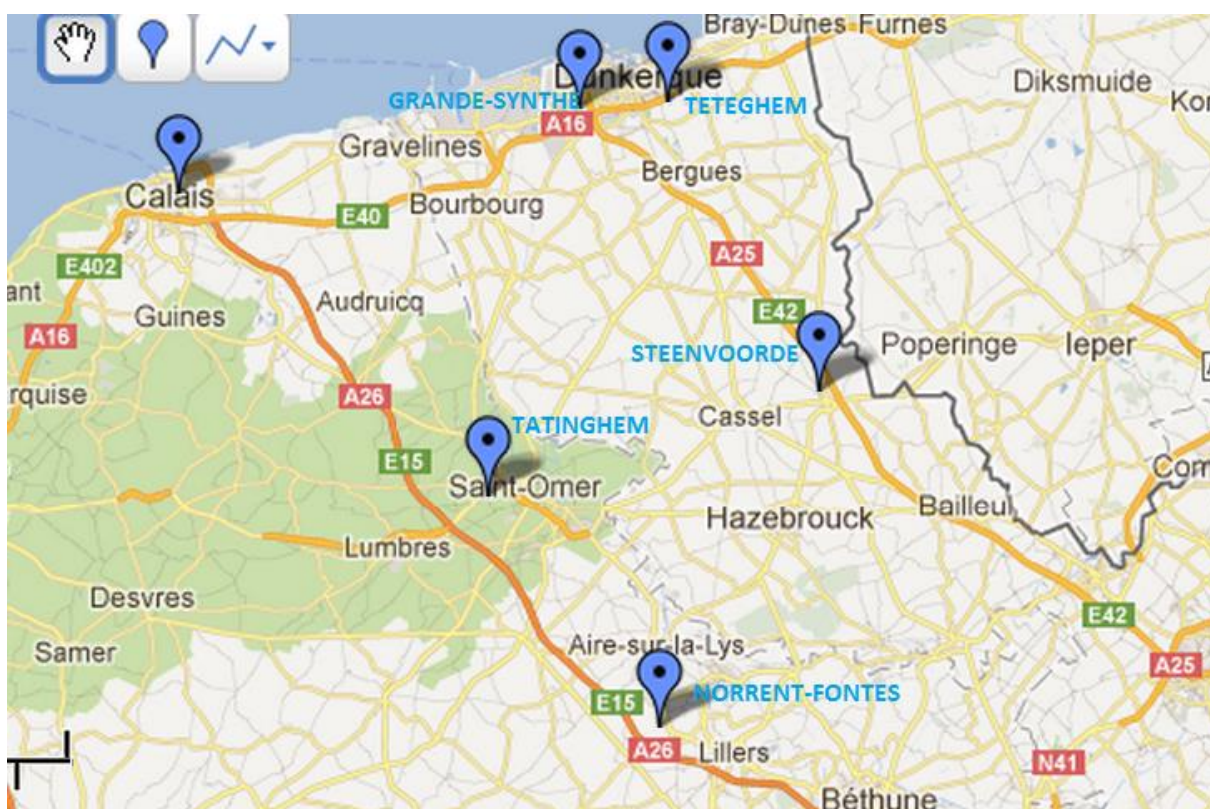
Clandestine par nature, la population étudiée est difficile à recenser. Les personnes concernées ne se font pas connaître des autorités administratives. Qui plus est, leur situation administrative peut évoluer rapidement, notamment pour les personnes en demande d'asile qui peuvent passer plusieurs fois d'un statut de séjour régulier à un statut irrégulier.

Au moment de l'étude, la population de migrants dans le Calais et les camps du littoral est estimée à 3 500 personnes par les acteurs associatifs (plus de 3000 personnes à Calais dans les chiffres donnés par la préfecture du Pas-de-Calais en mai 2015). Les associations donnaient les chiffres suivants pour les autres lieux de vie de

la région Nord-Pas-de-Calais : environ 60 personnes à Tétéghem, 100 personnes à Grande-Synthe, 30 personnes à Tatinghem. Ces chiffres évoluent constamment, au rythme du passage et de l'arrivée des personnes migrantes. Il existe d'autres camps ou « jungles » dans la région Nord-Pas-de-Calais (notamment à Norrent-Fontes, Steenvorde).

1-5-3 Approche géographique

Les principaux lieux de vie des personnes migrantes présentes dans le Nord-Pas-de-Calais sont répartis le long des axes routiers menant vers les ports d'embarquement à bord des ferrys, et vers le tunnel sous la Manche.



A Calais, les migrants sont regroupés depuis le printemps 2015 sur une zone située en périphérie de la ville, à distance de l'hôpital et de la PASS, suite à l'expulsion, décidée par les autorités, des différents lieux de vie répartis dans la ville. Hormis une

centaine de femmes qui peuvent bénéficier d'un hébergement sur place, la totalité des personnes vit dans des abris de fortune répartis dans une décharge désaffectée.

Les camps de Tétéghem, Grande-Synthe et Tatinghem sont tous les trois situés en périphérie des agglomérations de Dunkerque et de Saint-Omer, ce qui est là aussi à l'origine d'un isolement géographique, en particulier des structures de soins.

Il existe de la part des autorités publiques une volonté manifeste « d'invisibiliser » les migrants (15), comme en témoignent les expulsions de leurs lieux de vie organisées régulièrement. Cette question s'avère déterminante pour l'inclusion de ces patients dans la société, et en particulier dans les circuits de soins : pour Olivier Thomas, « l'appropriation de l'espace est un enjeu majeur pour que s'instaure un rapport social entre les migrants, les acteurs mobilisés autour d'eux, et la société » (16). Les lieux de vie des patients rencontrés lors de la présente étude sont à chaque fois en marge de la ville, ajoutant un obstacle géographique aux obstacles sociaux qui rendent difficile l'inclusion sociale de ces personnes, et leur bonne insertion dans un parcours de soins. Les lieux de vie sont généralement très précaires, notamment lorsqu'ils sont sous la menace d'une expulsion. L'éloignement physique des structures de soins entraîne parfois un renoncement aux soins, certains besoins primaires étant prioritaires.

D'autre part, il faut noter que dans le secteur géographique étudié, les indicateurs montrent un niveau de précarité plus élevé que dans l'ensemble de la population française, à la fois sur le plan économique (taux de chômage dans le bassin d'emploi de Calais le plus élevé de France jusqu'en 2013, revenu moyen très inférieur à la moyenne nationale) et sur le plan sanitaire (taux de surmortalité prématurée élevé) (17).

1-5-4 Conditions de vie

La prise en compte des conditions de vie est essentielle à ce travail, le lien entre santé et précarité matérielle ayant été démontré dans plusieurs études. Les conditions de vie, matérielles et psychologiques, peuvent aggraver une pathologie, ou en rendre l'accès aux soins ou encore la guérison plus difficiles.

Aujourd'hui, les migrants présents sur le territoire du Calais ne bénéficient d'aucun hébergement en dehors d'un centre réservé aux femmes et enfants, pourvu d'une centaine de places (au moment de l'étude, ce dispositif était saturé, et de nombreuses femmes, certaines avec leurs enfants, vivaient dans le bidonville situé à proximité du centre d'hébergement), et dont le rôle se limite essentiellement à une mise à l'abri. Aucune autre structure d'hébergement n'est effectivement accessible aux migrants présents sur le territoire, qu'ils soient étrangers en situation irrégulière, ou demandeurs d'asile. En l'absence d'hébergement, les personnes vivent donc dans un bidonville en bordure de la ville, sous des tentes ou des abris de fortune. Un petit nombre d'entre eux bénéficie d'un hébergement d'urgence, ou bien est hébergé par un français.

L'accès aux moyens de survie, eau potable, nourriture, vêtements, hygiène, reste difficile pour nombre de migrants présents dans la région.

Au-delà de la violence du parcours migratoire lui-même, les situations de violence sont fréquentes lors de la vie quotidienne en France : les conflits avec les passeurs, les chauffeurs routiers, et les forces de l'ordre sont également à l'origine de violences physiques et psychologiques. Les conditions de vie particulièrement difficiles, vécues par les personnes comme une forme de violence, peuvent également entraîner des tensions entre communautés de migrants, voire entre migrants issus d'une même communauté.

1-6 Problématiques de santé des personnes migrantes

De manière générale, les pathologies que présentent les patients qui consultent dans les PASS sont comparables à celles rencontrées dans une consultation de médecine générale de ville (18), avec cependant des caractéristiques particulières en termes de sévérité et de cumul des pathologies.

Nous verrons qu'ici d'autres facteurs viennent s'ajouter à la seule précarité. Les problématiques de santé des personnes migrantes sont souvent liées à leurs conditions de vie (pathologies liées au manque d'accès à l'eau, à une alimentation insuffisante et peu équilibrée, au manque d'accès à l'hygiène, ou encore à l'absence d'hébergement), mais aussi en lien avec leur parcours migratoire : conséquences des

violences physiques et/ou psychologiques subies dans le pays d'origine, lors du parcours migratoire, ou bien après l'arrivée en Europe.

Nous verrons dans cette étude comment ces déterminants interviennent lors du parcours de soins, et dans quelle mesure les attentes des patients sont en rapport avec ces problématiques.

Si les motifs de consultation des patients précaires sont, comme nous l'avons vu, en partie comparables à ceux rencontrés en population générale, on peut aussi s'attendre à ce que certains types de pathologies soient surreprésentés :

- les pathologies infectieuses, au centre du « paradigme classique » de l'approche médicale des patients migrants, dont l'importance dans ces populations serait la conséquence d'une mauvaise hygiène de vie, d'un état général affaibli, d'une promiscuité importante, ou encore d'un déficit d'accès et de mise en pratique des mesures de prévention.
- les pathologies ostéo-articulaires et traumatiques, témoignant de la fréquence des accidents, et des violences subies lors du parcours migratoire.
- les maladies dermatologiques, conséquences d'un manque d'accès aux moyens d'hygiène élémentaire.
- les pathologies digestives, en lien avec un accès restreint à une alimentation saine et à l'eau potable, et aux installations sanitaires.
- les problèmes dentaires, là aussi liés aux conditions de vie, mais aussi au manque habituel d'accès aux soins dentaires.
- les problèmes relevant de la santé mentale, généralement peu mis en avant dans les études consacrées aux patients migrants, alors qu'il existe une véritable spécificité épidémiologique et clinique dans ces populations (19).
- les problématiques médico-sociales, pouvant être au cœur même de la demande du patient, mais ayant également des conséquences sur l'ensemble des problématiques de santé mises en avant par les patients.

1-7 Dispositifs de soins existants

1-7-1 La PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont été créées suite à la loi contre l'exclusion de 1998. Il s'agit de dispositifs devant permettre l'accès des personnes démunies aux soins primaires, mais également à une prise en charge sociale et une aide à l'orientation vers le système de droit commun.

Les PASS sont réparties sur le territoire au sein des hôpitaux publics, et des hôpitaux privés exerçant une mission de service public.

Les patients peuvent notamment y bénéficier de soins médicaux et infirmiers, d'une prise en charge sociale, et parfois de soins spécialisés (gynéco-obstétriques, dentaires, psychologiques).

1-7-2 Les urgences

Contrairement aux consultations réalisées à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, les consultations réalisées aux urgences ne font pas l'objet d'une évaluation systématique de la situation sociale des patients. Or, il est clair qu'il s'agit d'une donnée à prendre en compte dans le cadre d'une prise en charge globale des patients. Il existe des outils validés permettant cette évaluation, qui portent notamment sur le statut socio-économique des patients, et qui permettent d'identifier les patients concernés lors de consultations externes (20). Les patients migrants s'orientent fréquemment vers les services d'urgence de manière spontanée (10), car il s'agit d'un dispositif universel, connu de tous, et où l'accueil des patients se fait généralement de manière inconditionnelle.

1-7-3 Les structures de prise en charge secondaire : le centre hospitalier et les lits halte-soins-santé

Des patients peuvent être pris en charge dans les services hospitaliers, ou dans les lits halte-soins-santé (structure de soins de suite, destinée aux patients en situation de grande précarité compromettant la bonne mise en œuvre des soins). Les patients

pris en charge dans ces structures ne relèvent généralement pas d'une prise en charge de soins primaires.

1-7-4 La médecine de ville

Des dispositifs existent en France pour assurer l'accès des patients migrants à la médecine de ville : l'Aide Médicale d'Etat, pour les étrangers en situation irrégulière présents depuis au moins 3 mois sur le territoire français, et la Couverture Maladie Universelle, pour les personnes en demande d'asile ou ayant obtenu l'asile, sous condition de ressources. Cependant, l'accès effectif au système de droit commun reste difficile pour ces patients (21), du fait notamment de la méconnaissance de ces dispositifs par les patients concernés et par les soignants eux-mêmes, ou d'obstacles culturels et linguistiques. L'existence de structures de soins publiques, comme les PASS, ou associatives, et leur fréquentation par des personnes ayant potentiellement accès au système de droit commun, témoigne d'un manque d'efficacité de ces dispositifs pour de nombreux patients.

1-7-5 Les associations

Les associations qui interviennent auprès des populations de migrants dans le Nord-Pas-de-Calais répondent surtout à des situations d'urgence concernant les problématiques d'hébergement, d'accès à la nourriture, à l'eau, aux installations sanitaires et à l'hygiène. Elles accompagnent également les individus dans leurs démarches administratives concernant le droit de séjour, les droits sociaux, et souvent le parcours de soins. Sur les camps du Dunkerquois (Téteghem et Grande-Synthe) et de Tatinghem, l'association Médecins du Monde propose une consultation hebdomadaire avec un médecin généraliste, une infirmière, et un ou plusieurs médiateurs. Les patients peuvent bénéficier de la délivrance de leur traitement, et d'un accompagnement vers les structures spécialisées si besoin.

1-7-6 Les réseaux informels

Il existe enfin de nombreuses initiatives d'individus ou de réseaux informels, de riverains ou de militants associatifs, apportant aux patients une aide directe en matière

de soins, ou d'accompagnement vers les structures, avec un rôle important d'intermédiaire entre le patient et le système de soins.

1-8 Droits sociaux

La législation française sur l'accès aux soins des migrants, en situation régulière ou non, relève d'une approche humanitaire (21), en ce sens qu'elle est pensée comme un droit d'accès aux soins en urgence, y compris pour des personnes en situation de détresse. Il existe deux dispositifs de couverture sociale destinés aux populations précaires : l'aide médicale d'État, et la couverture maladie universelle. Enfin, pour les personnes non éligibles à ces couvertures sociales, il existe un dispositif d'accès aux soins hospitaliers appelé « soins urgents ».

1-8-1 L'Aide Médicale d'État

En France, les personnes étrangères en situation irrégulière ne peuvent être affiliées à la sécurité sociale (article L 115-6 du code la sécurité sociale).

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière, instauré par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, parallèlement à la création de la Couverture Maladie Universelle.

Toute personne résidant en France sans titre de séjour depuis plus de 3 mois, et dont les ressources sont inférieures à 720 euros par mois, y a droit. La personne doit apporter les preuves de sa résidence sur le territoire français depuis au moins 3 mois.

L'AME dite « humanitaire » est une prise en charge exceptionnelle, réservée aux personnes ne résidant pas en France. Elle est accordée sur décision du ministre chargé de l'action sociale.

L'AME prévoit une dispense totale d'avance de frais, et aucune part n'est laissée à la charge du patient. Elle ne confère pas le statut d'assuré social à la personne qui en bénéficie, et ne lui permet pas de disposer d'une carte Vitale (22).

Le panier de soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social, sauf pour six prestations : les cures thermales, la procréation médicalement assistée, les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible,

les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés, les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants, et les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (23).

En 2007, une étude réalisée sur les courts séjours hospitaliers réalisée dans les hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris retrouvait une durée moyenne de séjour majorée de 48% en moyenne pour l'indicateur « AME – soins urgents », et relevait des situations médicales plus complexes chez ces patients (24), témoignant d'un recours aux soins plus tardif, et lors de situations médicales plus complexes.

1-8-2 La Couverture Maladie Universelle

Selon la législation, les réfugiés bénéficient en France des mêmes droits sociaux que les nationaux. Les étrangers en situation régulière, demandeurs d'asile et réfugiés, sont donc éligibles à la couverture maladie universelle, sous conditions de ressources, et ce dès les premières démarches de demande d'asile.

La notion de régularité du séjour est différente selon le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), et selon les textes réglementant l'éligibilité à la Couverture Maladie Universelle (25).

La CMU confère donc le statut d'assuré social et permet de disposer d'une carte Vitale.

1-8-3 La prise en charge dans le cadre des « soins urgents »

Les soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître », appelés soins urgents, sont pris en charge pour les étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME (article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003). Ceci concerne pour l'essentiel les soins hospitaliers.

1-8-4 La prise en charge des mineurs

Les mineurs, non ayant-droits d'une personne majeure, sont exemptés de la durée minimale de séjour de 3 mois pour pouvoir bénéficier de l'AME. Les mineurs non accompagnés, ou mineurs isolés étrangers (MIE), doivent être placés sous la protection de l'aide sociale à l'enfance, et ont alors accès à la CMU et à la CMU complémentaire (et sont donc pris en charge à 100%).

1-8-5 Couverture sociale dans l'échantillon étudié

Malgré l'existence de ces dispositifs, les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français n'ont bien souvent aucun droit ouvert. Les raisons en sont connues : méconnaissance du système de soins français par les patients (et bien souvent méconnaissance des dispositifs par les praticiens eux-mêmes), barrière de la langue, difficultés dans la constitution du dossier (notamment pour fournir un justificatif de domicile : pour les personnes sans domicile, la domiciliation est souvent un problème), crainte de sortir de la clandestinité ou tout simplement de se déplacer avec des documents permettant l'identification.

2 Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques pour cette étude ont été faites en langues française et anglaise, principalement sur les bases de données Pubmed, EM Premium et Google Scholar, ainsi que sur des bases de données et des sites non médicaux, spécialisés notamment en sciences humaines, psychologie et géopolitique (bases de données CAIRN et Persée).

Les mots clés utilisés ont été :

- en français : accès aux soins, soins primaires, précaire, migrant.
- en anglais : (undocumented) migrant, primary care access.

3 Objectifs de la thèse

3-1 Objectif principal

L'objectif de ce travail de recherche est de tenter d'objectiver les besoins et les attentes de la population ciblée vis-à-vis du système de soins dans le domaine des soins primaires, et de savoir dans quelle mesure les réponses apportées par les médecins généralistes sont appropriées.

3-2 Objectifs secondaires

Nous chercherons à mettre en évidence des spécificités éventuelles dans les résultats de prise en charge médicale des patients, à partir d'une comparaison entre les résultats de consultation issus des consultations à la PASS de Calais et dans les consultations de Médecins du Monde d'une part, et les résultats de consultation de la population générale obtenus lors de l'étude Ecogen d'autre part.

Nous évaluerons, à travers l'analyse des données recueillies, le rôle des déterminants sociaux sur le parcours de soins, les attentes des patients, et certains aspects de la prise en charge par le médecin généraliste, et nous chercherons à mettre en évidence d'éventuelles discordances entre les résultats de consultation et les attentes exprimées par les patients avant la consultation.

A partir des résultats obtenus, nous chercherons à mettre en perspective les attentes des patients migrants en relation avec les politiques d'offre de soins destinées à ces populations et leur mise en œuvre effective. Nous chercherons à en déduire quels déterminants de l'accès aux soins doivent être mieux pris en compte par le praticien de soins primaires d'une part, et dans l'organisation du système de soins de premier recours d'autre part.

3-3 Hypothèses

Les expériences de terrain et la littérature nous permettent d'émettre des hypothèses que cette étude cherchera à vérifier :

- les difficultés d'orientation des patients dans le système de soins, et les renoncements aux soins qui en découlent.
- la surreprésentation de certaines pathologies chez les personnes migrantes, en rapport avec leur parcours et leurs conditions de vie.

- la sous-représentation de certaines pathologies dans les résultats de consultation, par exemple les troubles psychologiques. Si cette sous-représentation se vérifie, nous chercherons à déterminer si elle est liée à une différence de prévalence de ces troubles avec la population générale, ou au fait que la prise en charge médicale telle qu'elle est proposée n'est pas en capacité de répondre aux besoins des patients.
- le caractère déterminant des données sociales dans les attentes des patients, leur parcours de soins et les résultats de la prise en charge.

4 Matériels et méthodes

Nous avons fait le choix d'interroger les patients sur leurs parcours de soins, leurs attentes et préoccupations, et leurs déterminants sociaux, puis de recueillir dans un deuxième temps le ou les résultats de consultation auprès du médecin consulté.

Une approche de terrain, par la rencontre directe avec les patients interrogés, est apparue nécessaire pour obtenir l'adhésion de personnes en situation de rupture avec les institutions en général, en particulier dans un pays dont les cultures médicales, administratives et de la recherche leur sont pour la plupart peu ou pas familières.

Chaque patient a été rencontré avant la consultation, et des explications lui ont été fournies concernant les objectifs de l'étude, l'utilisation future des données, et le caractère anonyme et indépendant du recueil de données.

Un questionnaire a été remis à chaque patient répondant aux critères d'inclusion. Le patient devait répondre aux questions posées avant de rencontrer le médecin généraliste.

Une fois rempli par le patient, le questionnaire était complété avec le ou les résultats de consultation établis par le médecin consulté, sans que celui-ci ait eu connaissance des réponses fournies préalablement par le patient.

4-1 Méthodologie de traduction

Étant donné les nationalités attendues des patients interrogés, le questionnaire a été traduit en anglais, arabe littéral, et pachtoune.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la méthodologie de traduction des outils de recherche (26), des recommandations existent.

Dans le cadre de cette étude, les traductions initiales ont été effectuées par des traducteurs dont la langue maternelle était la langue de destination. Les traducteurs, déjà familiarisés avec le domaine de l'étude (médecin intervenant auprès des migrants du Pas-de-Calais pour la langue pachtoune, bénévole intervenant auprès des migrants de Calais pour la langue anglaise, traducteur professionnel spécialisé dans le domaine médical pour la langue arabe), ont été informés de l'objet et du contexte de l'étude.

Une rétro-traduction a été effectuée par trois autres traducteurs ayant les mêmes connaissances du sujet, et la version finale des questionnaires traduits a été obtenue par une synthèse entre les deux traductions.

4-2 Élaboration du questionnaire

En 2011, Alice Mathieu publiait une thèse dont l'objet était de faire émerger les attentes des migrants dans le Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'offre de soins primaires, à travers une étude qualitative basée sur une série d'entretiens réalisés à la PASS de Calais, et à la consultation de médecine générale de *Médecins Solidarité Lille*, consultation gratuite ouverte aux personnes sans couverture sociale, et régulièrement fréquentée par des migrants (27). Les attentes les plus fréquemment exprimées par les migrants étaient la possibilité d'obtenir une écoute, une prise en charge générale de leur état de santé, une réassurance par rapport à des inquiétudes spécifiques, et enfin un besoin de pouvoir « se poser », de bénéficier d'une pause dans une vie d'errance et de stress permanent.

Nous essaierons ici d'objectiver des besoins et attentes vis-à-vis de la consultation de soins primaires, par une mesure déclarative d'une part, et par une étude quantitative des motifs de consultation. Le choix d'une méthode d'enquête par questionnaire relève d'une démarche explicative (visant à déterminer des éléments objectifs) plutôt que compréhensive (qui rechercherait les raisons subjectives du choix des individus). Lorsque des liens statistiques seront trouvés, nous chercherons dans la discussion à évaluer le caractère déterminant, ou simplement associé, du facteur étudié.

Les données suivantes ont été recueillies :

- âge du patient
- sexe
- nationalité : une demande d'avis du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV a été effectuée. Aucune procédure de demande d'autorisations auprès du CPP et de l'ANSM n'a été requise dans la mesure où l'étude n'est pas interventionnelle.
- langue(s) pratiquée(s) : français et/ou anglais et/ou une autre langue.
- situation administrative : étranger en situation régulière sur le territoire français, demandeur d'asile, ou réfugié.
- projet du patient de s'établir en France ou non.
- ressources financières : existence ou non de revenus réguliers (salaires, pension, ou allocation temporaire d'attente pour les demandeurs d'asile).

- type d'hébergement : stable (personnel, en structure, ou hébergé par un tiers), squat, absence d'hébergement ou abri de fortune (campement, jungle).
- liens familiaux, isolement social : la personne vit elle ou non avec des proches ?
- mode de contact avec la structure : spontané, aidé par l'entourage (compatriote, aidant), par une association, ou patient approché par la structure.
- autres dispositifs de soins primaires connus par le patient : où irait le patient si la structure n'existait pas ? (urgences, structure associative, médecine de ville à ses frais, attente ouverture de droits).
- notion de renoncement aux soins et/ou refus de soins déjà opposé au patient : plusieurs études montrent que ces phénomènes sont en augmentation en France parmi la population précaire (28) (29).
- attentes du patient avant la consultation : réponse médicale, traitement médicamenteux, réponse à un problème psychologique, prise en charge générale (« check-up »), dépistage (maladies transmissibles, addictions, problèmes psychologiques), écoute, lieu de repos, retrouver sa dignité, réassurance, secret médical, explications sur un traitement ou une pathologie, démarche administrative (par exemple : demande d'un certificat).
- préoccupations principales : santé, forces de l'ordre, situation de la famille ou de l'entourage, sentiment d'insécurité, logement, liberté, situation administrative, travail/revenus.
- résultat(s) de consultation (codé selon la classification CISP-2).

4-3 Résultats de consultation

Les résultats de consultation ont été codés selon la CISP-2 (pour Classification Internationale des Soins Primaires – 2^{ème} version), version française de l'ICPC (International Classification of Primary Care) développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca).

Les résultats ont été comparés à la base de données de l'étude Ecogen, étude observationnelle multicentrique nationale qui décrivait notamment les motifs de consultation recueillis entre décembre 2011 et avril 2012 par 54 internes en stage de médecine générale.

La prescription ou l'administration d'un traitement médicamenteux a également été recueillie par la procédure -50 « Médication/ prescription/ injection ».

4-4 Lieux et conditions de réalisation de l'étude

Les lieux choisis pour effectuer le recueil de données, la PASS du Centre Hospitalier de Calais et les consultations de médecine générale proposées directement sur les lieux de vie par l'association Médecins du Monde, représentent deux des principaux dispositifs permettant l'accès à une consultation de médecine générale pour les personnes migrantes du territoire. On aurait pu également choisir d'interroger les patients se présentant au service des Urgences, mais il s'agit d'un dispositif de recours aux soins primaires qui n'a pas vocation à répondre aux besoins des patients en termes de prise en charge globale et au long cours.

La PASS de Calais existe depuis 2007. Aujourd'hui ce service est proposé aux patients sur le site du centre hospitalier, dans un bâtiment dédié, partagé notamment avec le CDAG de Calais. La PASS est ouverte du lundi au vendredi, de 13h30 à 17h30. Les patients qui s'y présentent peuvent bénéficier d'une consultation médicale avec un médecin généraliste (médecin vacataire, différent d'un jour à l'autre, et qui par ailleurs peut exercer soit dans un cabinet de ville, soit dans un service hospitalier), de soins par un infirmier, d'une consultation avec une assistante sociale, de la délivrance de médicaments, et de la réalisation des éventuels examens paracliniques. Les patients peuvent également y rencontrer un psychologue 2 demi-journées par mois (à leur demande, ou après orientation par un médecin ou par une association), et y bénéficier de soins dentaires (une matinée par semaine).

Depuis le mois de mars 2015, un infirmier du centre hospitalier de Calais est présent deux heures par jour près du principal lieu de vie des migrants du Calais, et oriente si besoin, via une navette, les patients vers la consultation médicale de la PASS.

Les consultations de la « clinique mobile » de la mission Migrants-Littoral Nord-Pas-de-Calais de l'association Médecins du Monde ont lieu une demi-journée par semaine sur chacun des camps de Tétéghem et de Grande-Synthe, dans le Dunkerquois, et de Tatinghem, près de Saint Omer. Les patients qui s'y présentent peuvent bénéficier d'une consultation avec un médecin généraliste et une infirmière, et les médicaments les plus courants peuvent leur être délivrés. Les patients sont conduits au centre hospitalier de Dunkerque ou de Saint-Omer si des examens complémentaires sont nécessaires. Les consultations ont lieu sur chaque site une demi-journée par semaine.

4-5 Échantillon étudié

4-5-1 Critères d'inclusion

Les patients inclus ont été, parmi l'ensemble des personnes se présentant à la structure les jours de recueil, uniquement ceux qui souhaitaient bénéficier d'une consultation médicale.

4-5-2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- les patients qui ne souhaitaient pas répondre au questionnaire.
- les patients qui ne maîtrisaient pas suffisamment l'une des langues proposées pour le questionnaire.
- les patients qui, bien que maîtrisant l'une des langues proposées, ne maîtrisaient pas suffisamment le langage écrit.
- les patients n'ayant pas, indépendamment de l'aspect linguistique, un niveau de compréhension suffisant des questions posées (en particulier les mineurs isolés, mais également des personnes ayant un niveau d'éducation faible).
- les patients qui s'adressaient à la consultation médicale de façon secondaire (adressés par un autre médecin).
- les patients qui s'adressaient à la structure pour une autre raison qu'une consultation médicale (soins infirmiers, délivrance de médicaments, consultation sociale).
- les patients ayant déjà été inclus dans l'étude lors d'une consultation antérieure.

4-5-3 Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les patients qui n'avaient pas complètement rempli le questionnaire.
- quelques patients qui avaient fourni des réponses particulièrement incohérentes, témoignant ainsi d'une mauvaise compréhension des questions posées, ou bien d'une volonté de la personne de ne pas répondre avec sincérité (par exemple lorsque des réponses directement vérifiables par l'investigateur étaient manifestement erronées, comme le sexe, les langues parlées, le mode d'hébergement ou le statut administratif).

- les patients pour lesquels le résultat de consultation n'a pas été recueilli, soit du fait du médecin consulté, soit lorsque le patient était parti avant la consultation.

4-6 Analyse

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse statistique, avec d'abord une démarche descriptive, puis en étudiant l'influence de certains déterminants (nationalité, langue pratiquée, statut administratif, attentes vis-à-vis de la consultation) en testant leur indépendance par le test du Chi-2, ou parfois le test exact de Fischer pour les sous-groupes d'effectif trop réduit. Certains résultats de la présente étude (âge des patients consultants, sex-ratio, nombre de résultats par consultation, fréquence des résultats de consultation, fréquence de la procédure -50 « *Médication/prescription/injection* ») ont fait l'objet de comparaisons avec les résultats obtenus en population générale dans l'étude Ecogen, en utilisant le test *t* de Student. Dans ce cas, la taille des échantillons était suffisamment importante ($n > 30$) pour ignorer le test de normalité.

Les données ont été analysées grâce aux logiciels Epidata pour l'encodage des données recueillies, Excel pour le traitement des données, et l'analyse statistique descriptive, et Rstudio pour l'analyse des associations entre variables.

5 Résultats

5-1 Effectif de l'échantillon

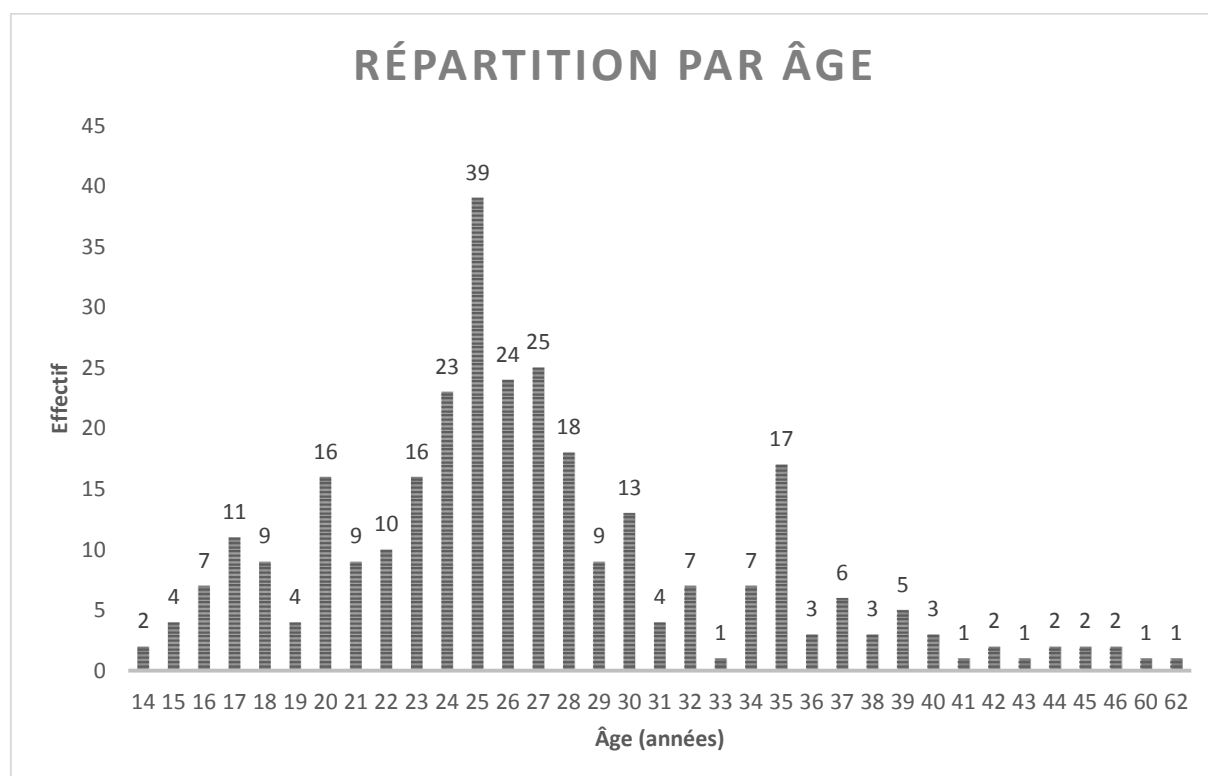
307 patients ont été inclus dans l'étude, sur 20 journées de consultation (soit 648 consultations médicales). Le taux d'inclusion a donc été relativement faible (47,38% des patients rencontrés). 289 patients n'ont pas été inclus (44,60%), et 52 ont été exclus (8,02%).

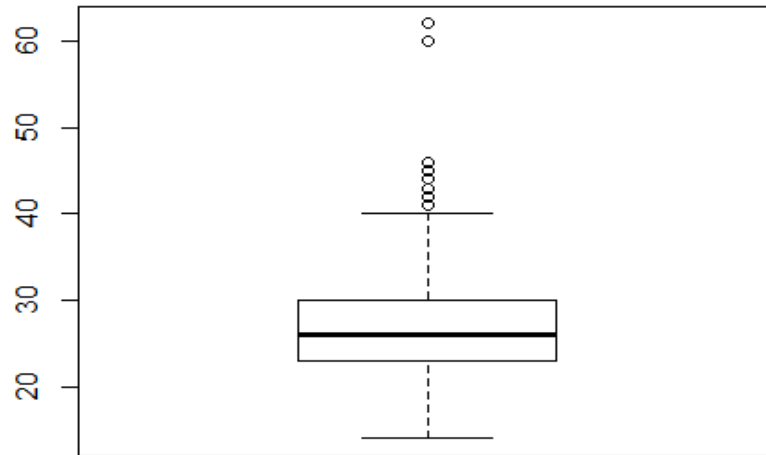
249 patients inclus ont été interrogés avant une consultation médicale à la PASS de Calais, 58 patients avant une consultation à la clinique mobile de Médecins du Monde.

5-2 Profil de la population

5-2-1 Âge

L'âge moyen des patients inclus est de 26,8 ans (patients entre 14 et 62 ans, avec un âge médian de 26 ans, et un écart-type de 7,07 années).

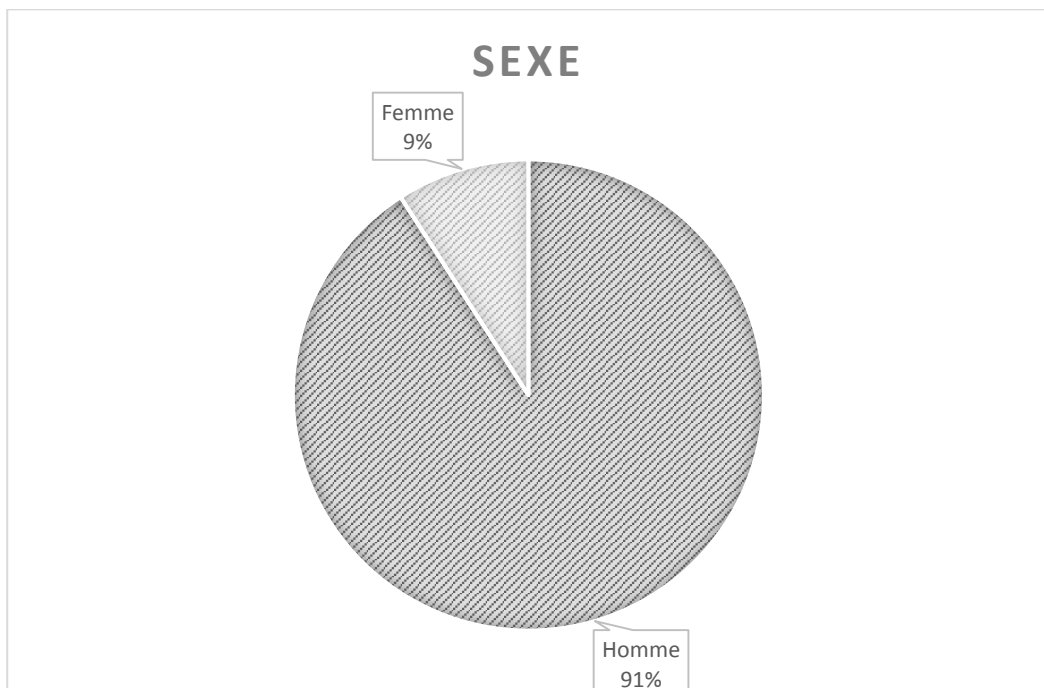




Le « diagramme en moustaches » ci-dessus permet de visualiser les premier et troisième quartiles, l'âge médian, et les âges extrêmes.

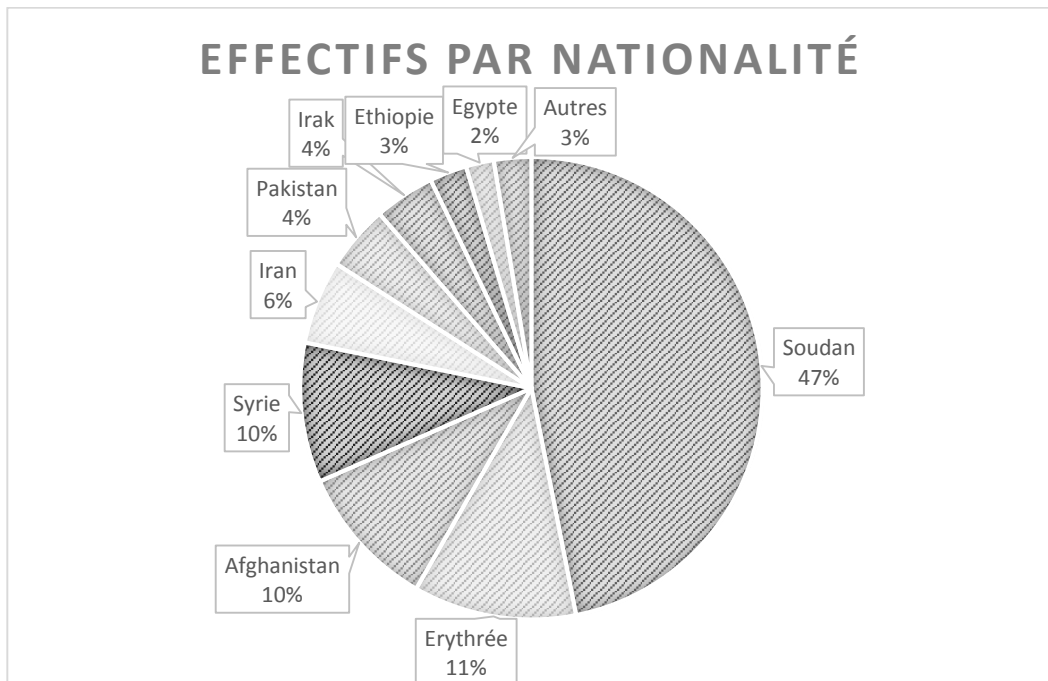
5-2-2 Sexe

28 femmes (9,12% de l'effectif de l'échantillon) ont été incluses, et 279 hommes (90,88%).

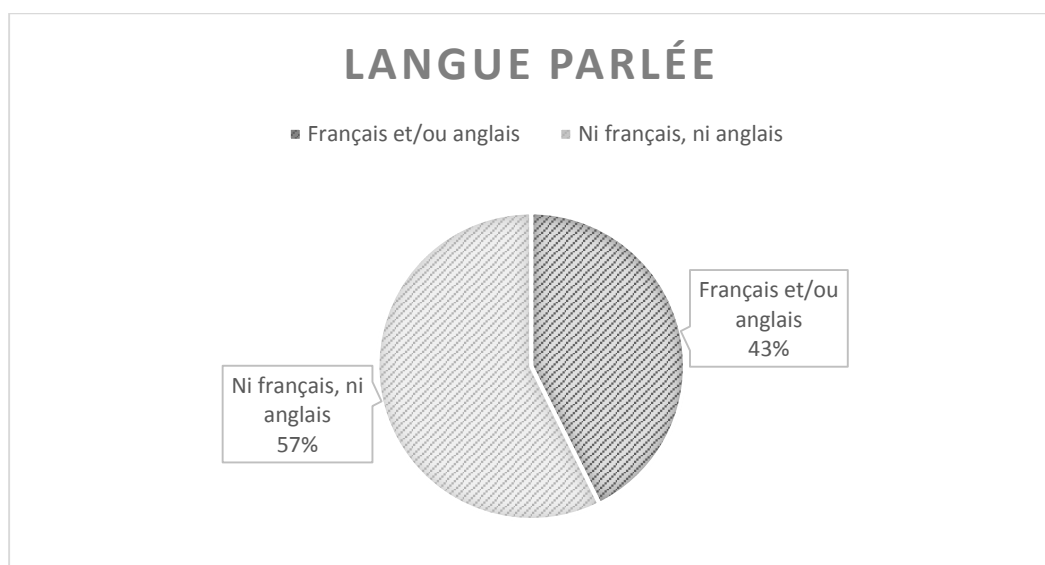


5-2-3 Nationalité et langues parlées

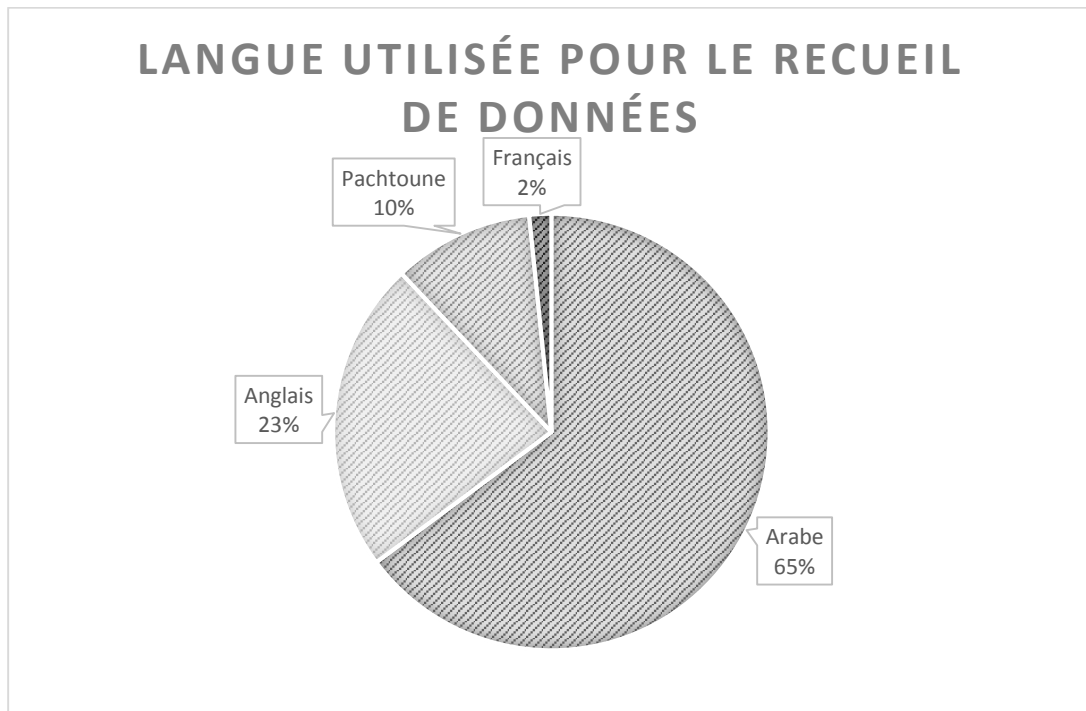
Les nationalités des patients inclus se répartissent de la façon suivante :



Aucun patient français n'a été rencontré au cours du recueil de données, et un seul était ressortissant de l'Union Européenne, originaire de République Slovaque. Parmi les patients interrogés, 131 parlaient le français et/ou l'anglais (42,67%), contre 176 (57,33%) ne parlant ni l'un, ni l'autre.



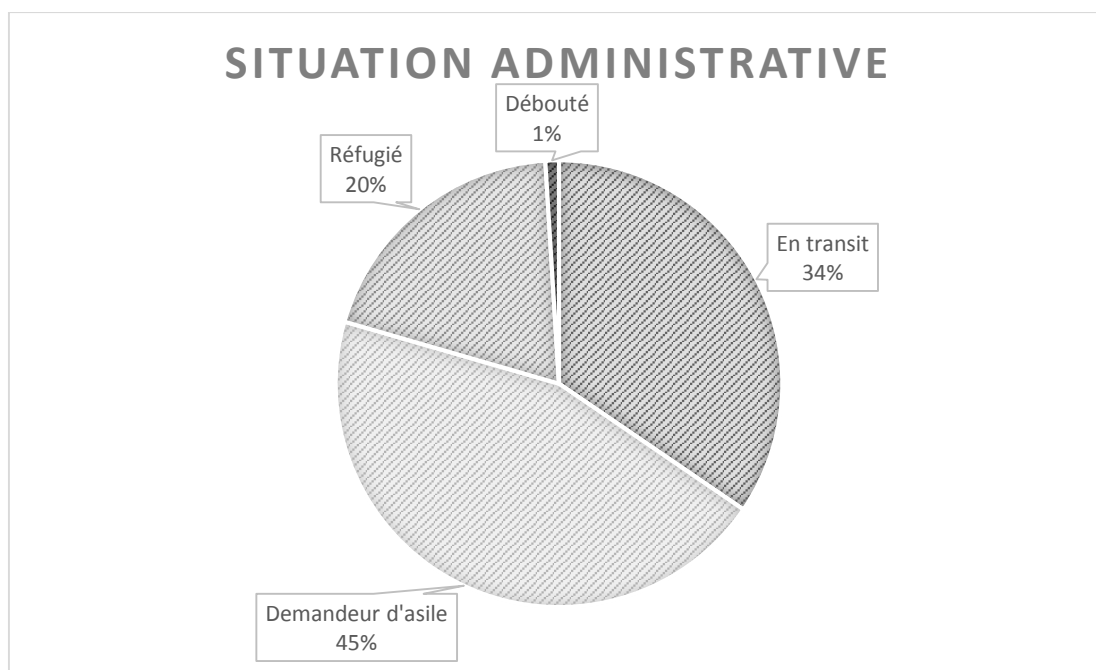
Les questionnaires ont été recueillis à 64,82% en langue arabe, 23,13% en anglais, 10,42% en pachtoune, et 1,63% en français.



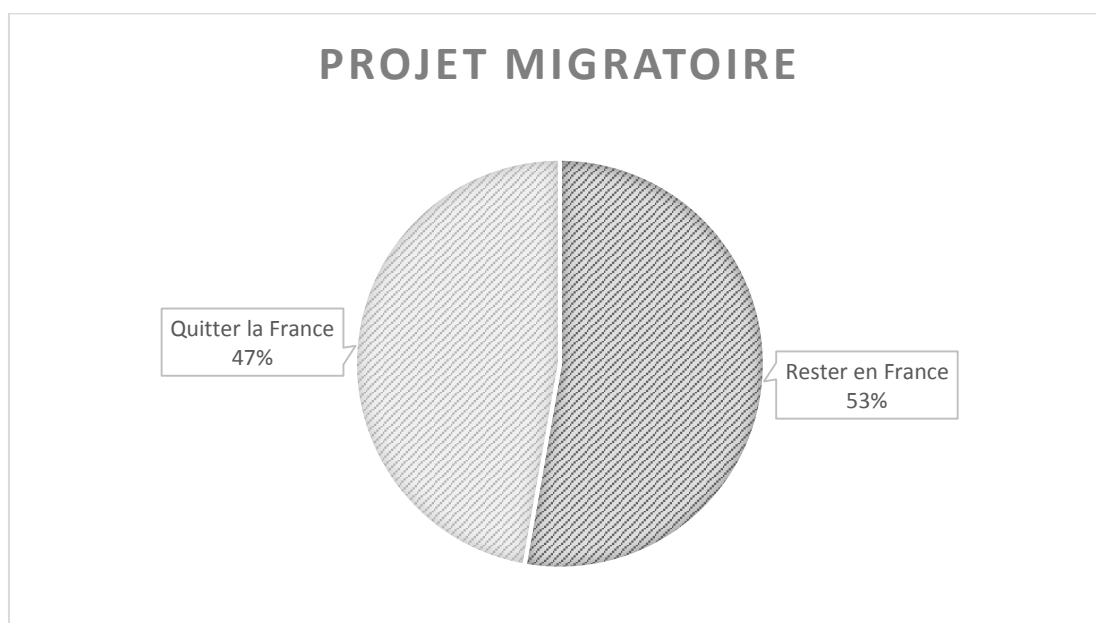
Bien qu'il n'existe pas de données statistiques exhaustives qui permettraient une comparaison avec l'ensemble des patients migrants consultant dans une structure de soins primaires, on peut estimer que le profil de la population étudiée est comparable à celui que l'on trouve dans d'autres consultations du même type : hommes jeunes, d'origine étrangère, sans couverture sociale malgré des droits potentiels pour un certain nombre d'entre eux (30) (31) (18).

5-3 Situation sociale et parcours migratoire

Au sein de l'échantillon, 106 personnes se déclaraient en transit (34%), 138 en cours de demande d'asile (45%), 60 bénéficiant du statut de réfugié (20%) et 3 déboutées après une demande d'asile (1%).

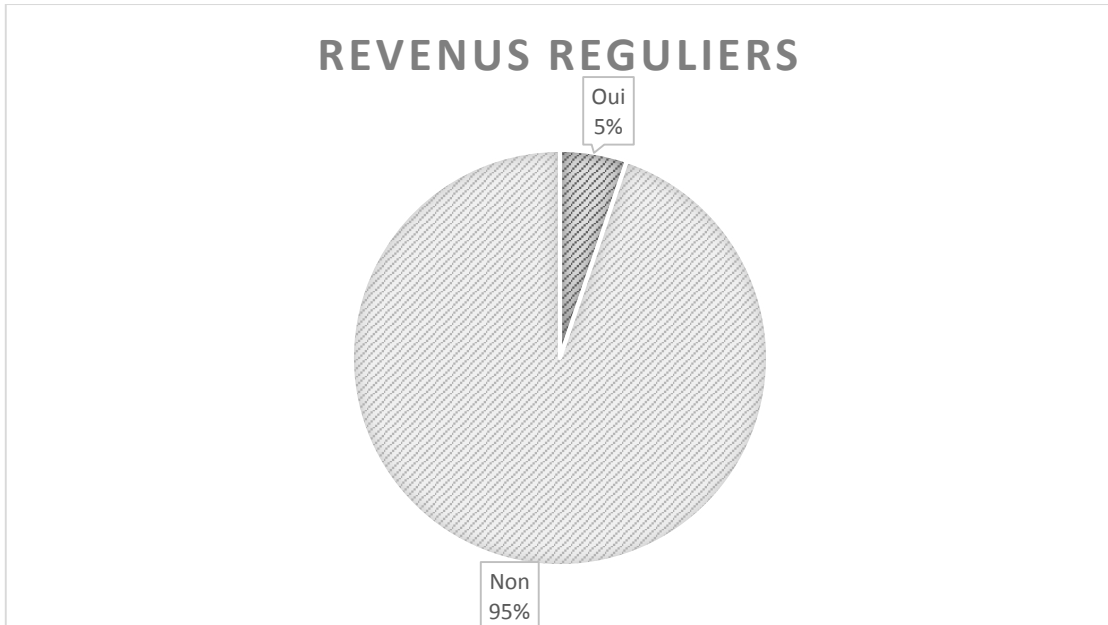


162 personnes avaient le projet de rester en France (52,77%) contre 145 qui avaient le projet inverse (47,23%).

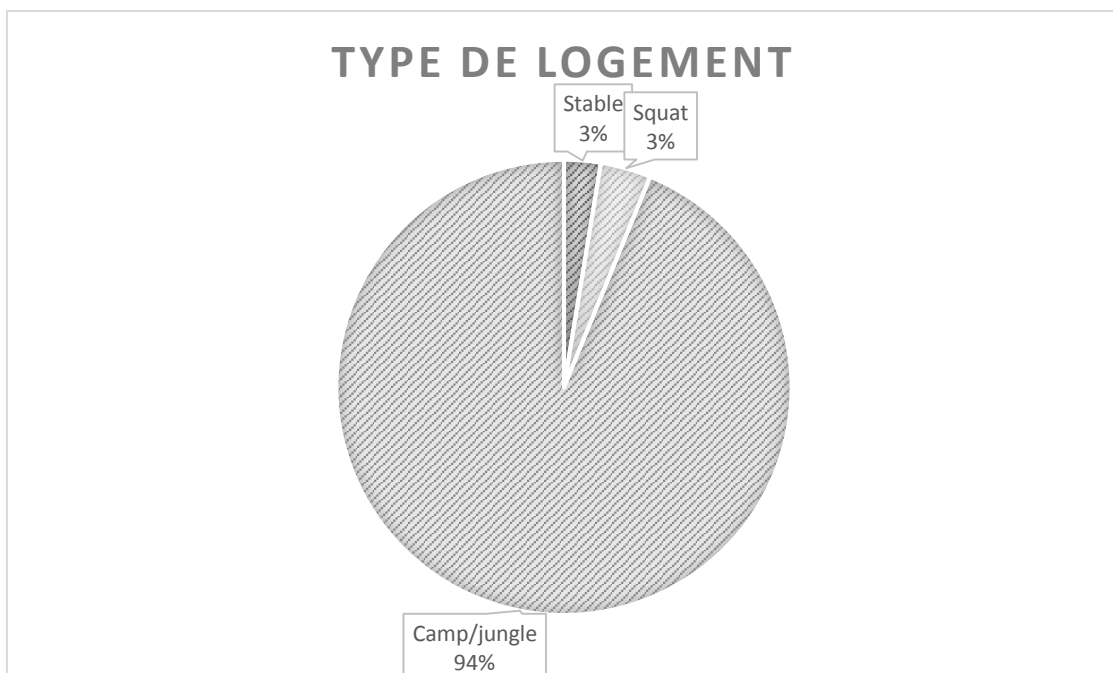


5-4 Conditions de vie

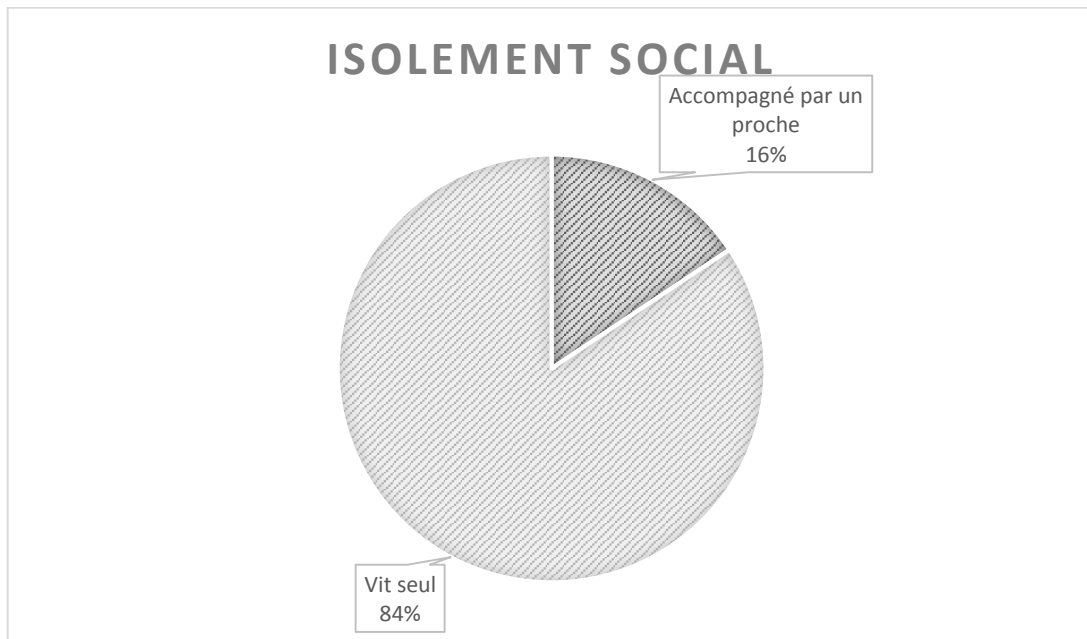
16 patients déclaraient avoir des revenus réguliers (5,21%) contre 291 dans le cas contraire (94,79%).



8 personnes bénéficiaient d'un hébergement stable (2,61%), 11 personnes vivaient dans un squat (3,58%), et 288 dans un camp ou une « jungle » (93,81%).

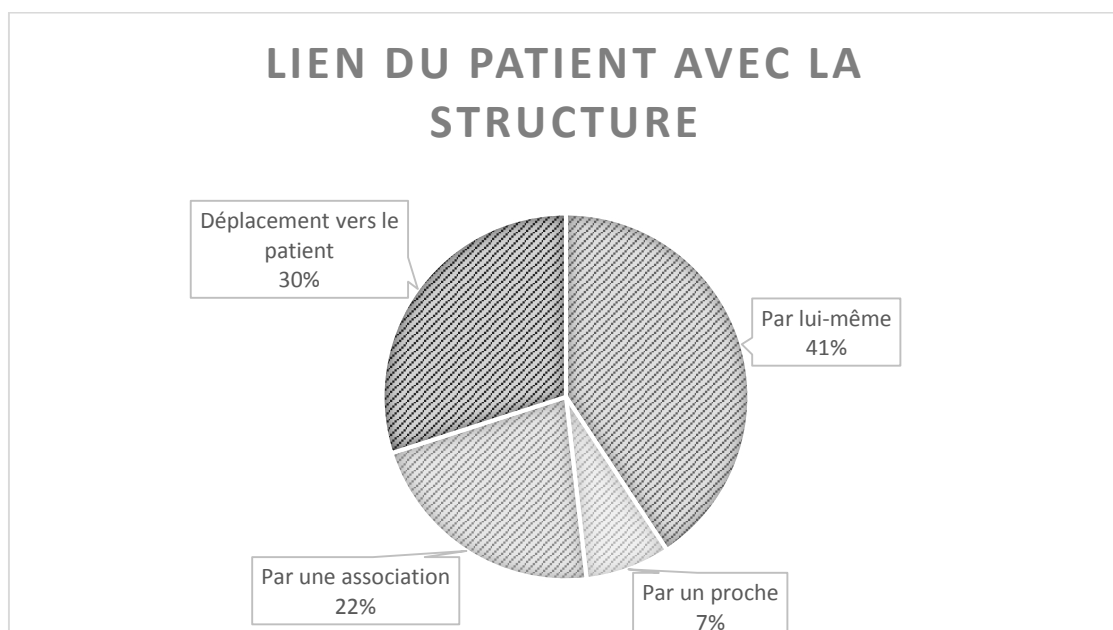


Enfin, 48 patients vivaient avec un proche, membre de sa famille ou ami (15,64%), alors que 259 vivaient seuls (84,36%).

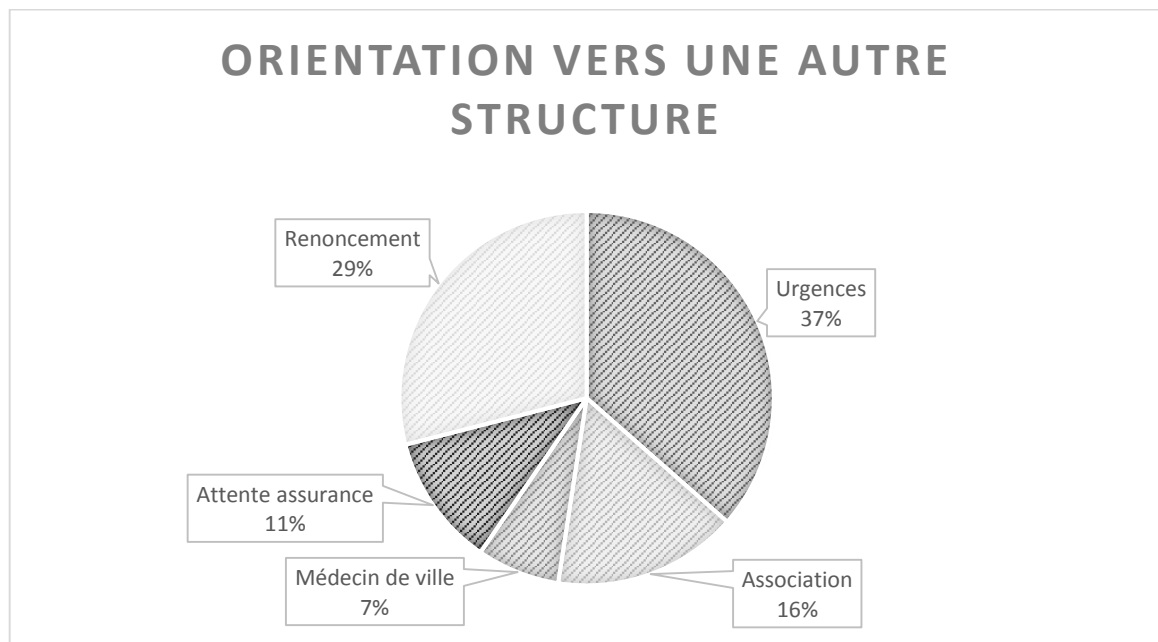


5-5 Parcours de soin

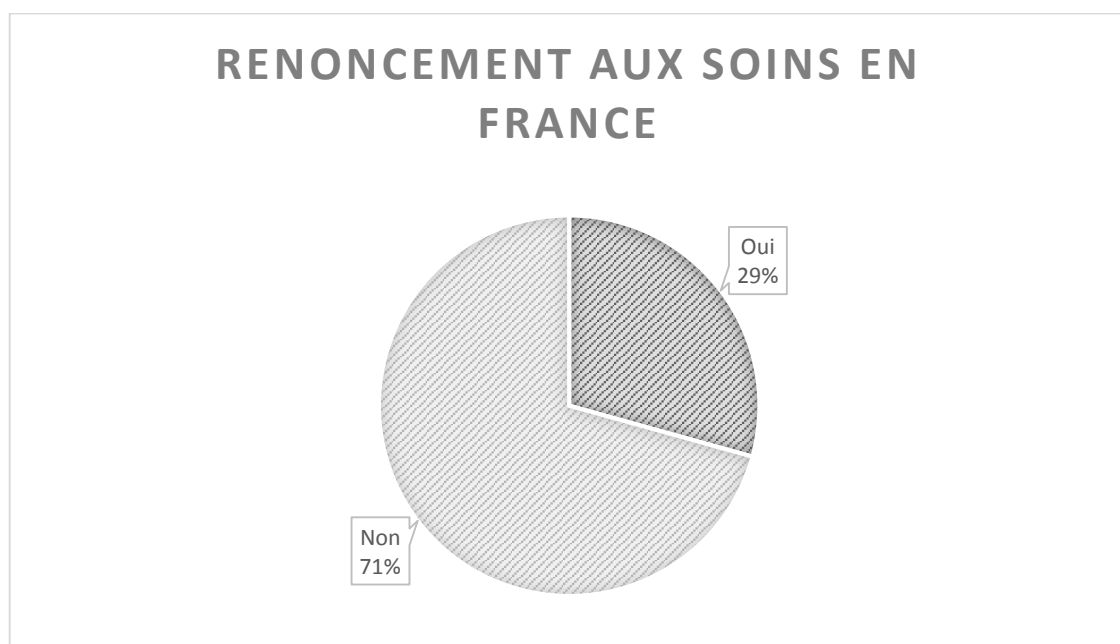
Parmi les patients interrogés, 125 se sont orientés par eux-mêmes vers la consultation (40,72%), 23 ont été orientés par un proche (7,49%), 67 par une association (21,82%), et pour 92 personnes c'est la structure de soins qui est allée vers elles (29,97%).



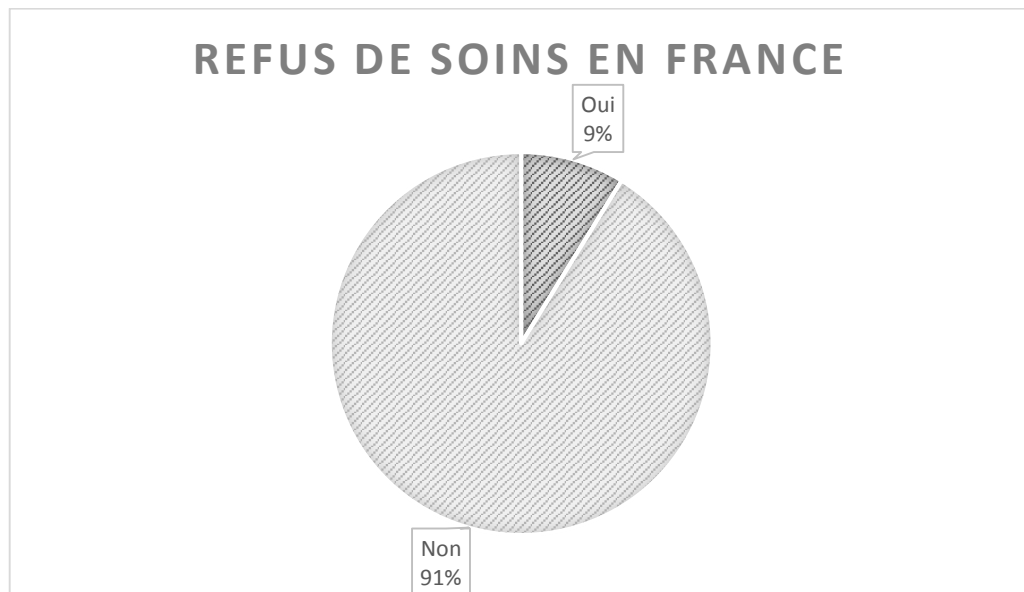
Si la structure de soins primaires à laquelle s'est présenté le patient n'avait pas existé, 112 se seraient présentés aux urgences (36,48%), 49 se seraient adressés à une association (15,96%), 22 à un médecin de ville (7,17%), et 35 auraient attendu d'avoir une couverture sociale (11,40%). 89 patients déclarent qu'ils auraient renoncé à se soigner si la structure n'existait pas (28,99%).



90 patients déclaraient avoir déjà renoncé à se soigner depuis qu'ils étaient en France (29,32%).

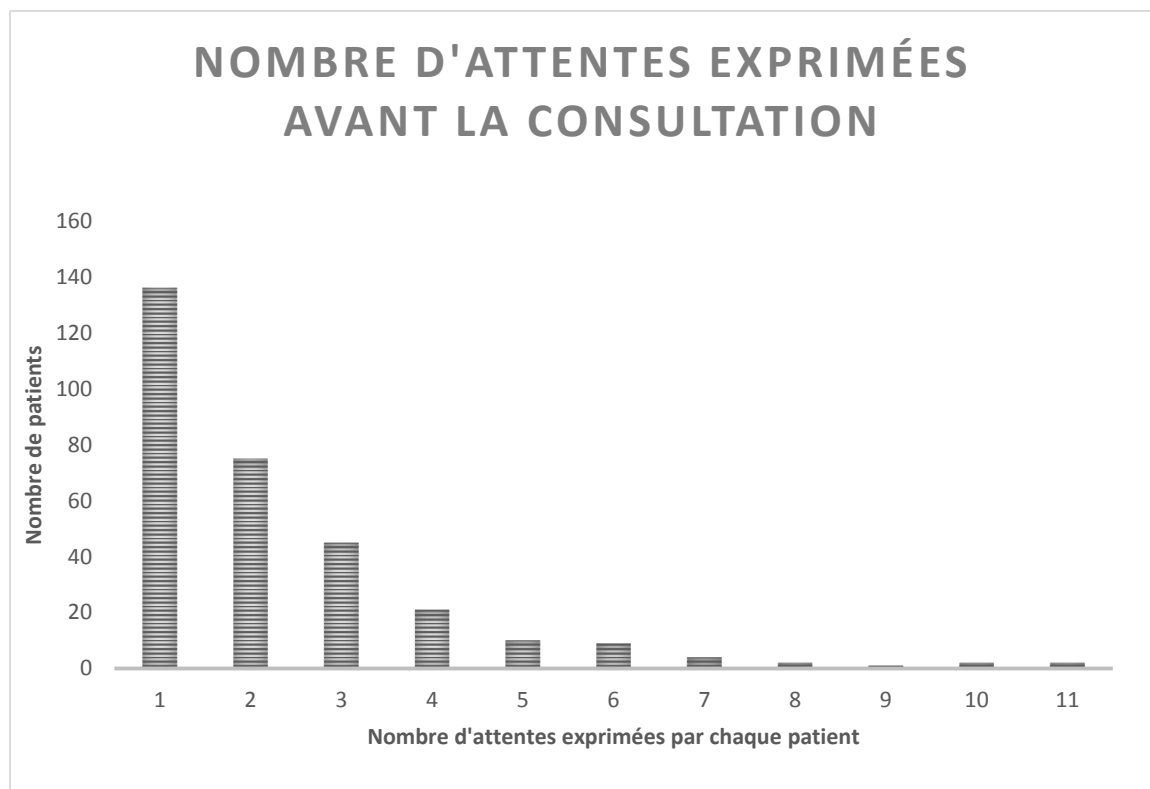


27 patients se sont vus refuser des soins depuis qu'ils sont en France (8,79%).

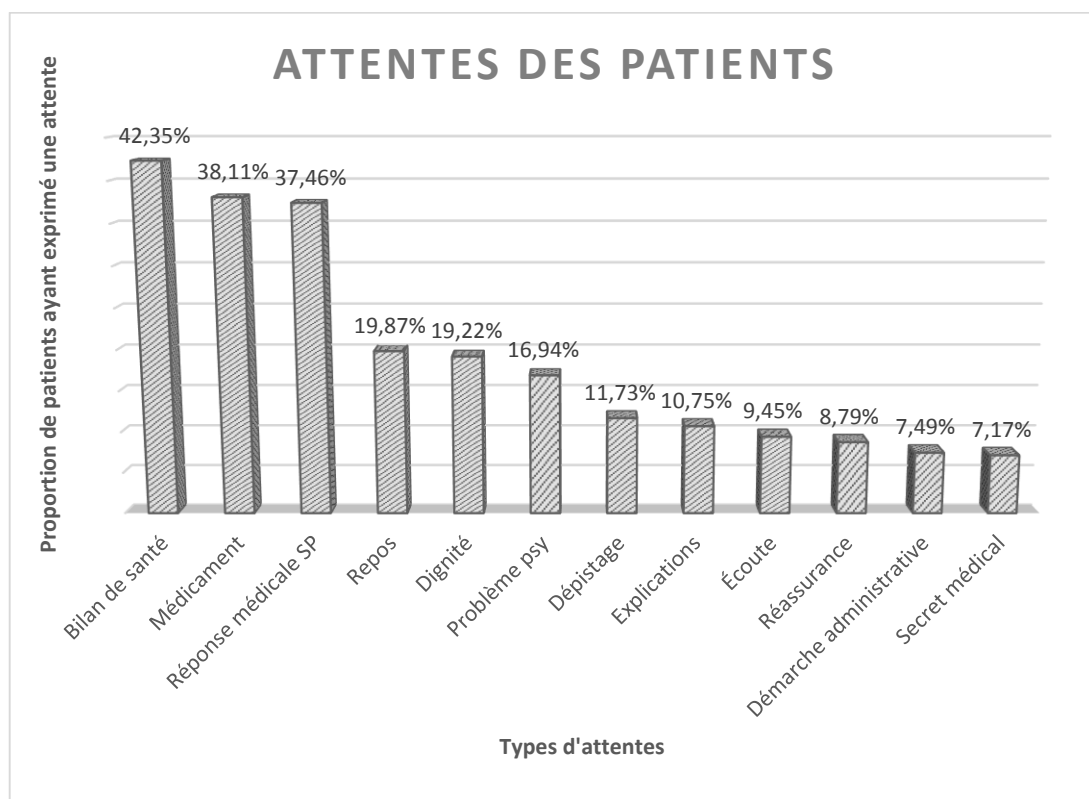


5-6 Attentes vis-à-vis du recours au médecin généraliste

90% des patients ont choisi au maximum 4 items parmi les 12 proposés concernant leurs attentes vis-à-vis de la consultation médicale, et près de la moitié d'entre eux n'ont exprimé qu'une seule attente.

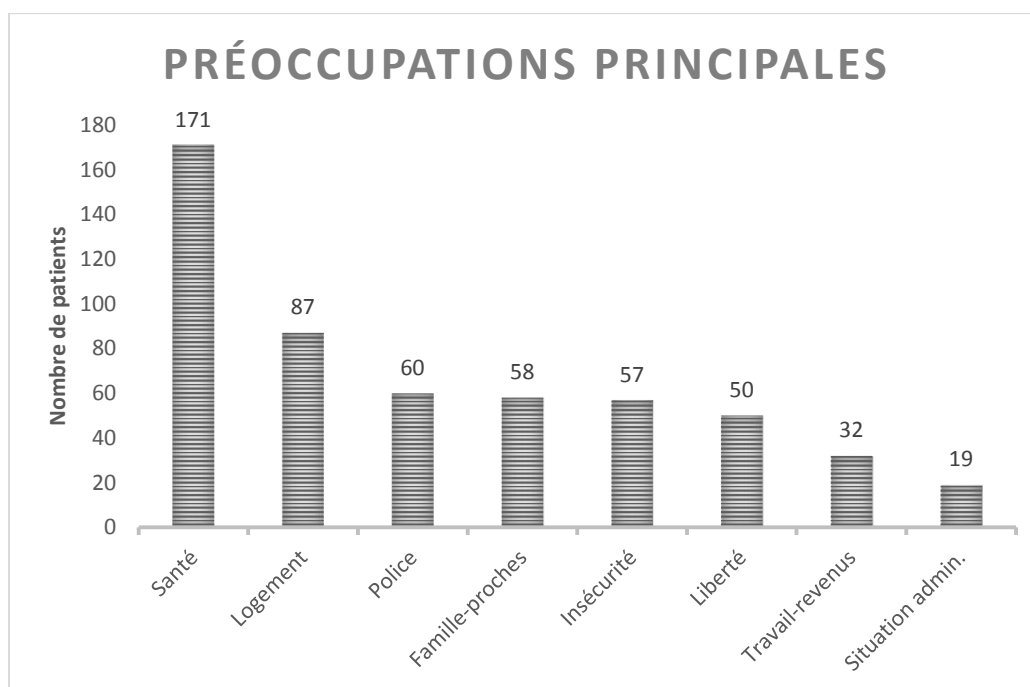


Les différents types d'attentes exprimées avant la consultation médicale sont représentés dans la figure suivante, par ordre décroissant de fréquence :



5-7 Principales préoccupations des patients

La santé est de loin la préoccupation la plus fréquemment citée par les patients interrogés (55,70% de l'échantillon), ensuite viennent les problèmes de logement (28,34%), les rapports avec les forces de l'ordre (19,54%), la situation de sa famille ou de ses proches (18,89%), le sentiment d'insécurité (18,57%), le manque de liberté (16,29%), les problèmes de travail et de revenus (10,42%), et enfin la situation administrative (6,19%).



5-8 Résultats de consultation

5-8-1 Nombre de résultats par consultation

Les 307 consultations étudiées ont abouti à 370 résultats de consultation, soit une moyenne de 1,205 résultat par consultation.

Dans l'étude Ecogen, le nombre moyen de résultats par consultation était de 2,192. La différence entre les résultats obtenus dans l'échantillon et la moyenne observée dans l'étude Ecogen a été testée à l'aide du test t de Welch (adaptation du test t de Student utilisée pour tester statistiquement l'hypothèse d'égalité de deux moyennes avec deux échantillons de variances inégales) : la différence apparaît significative avec un $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$.

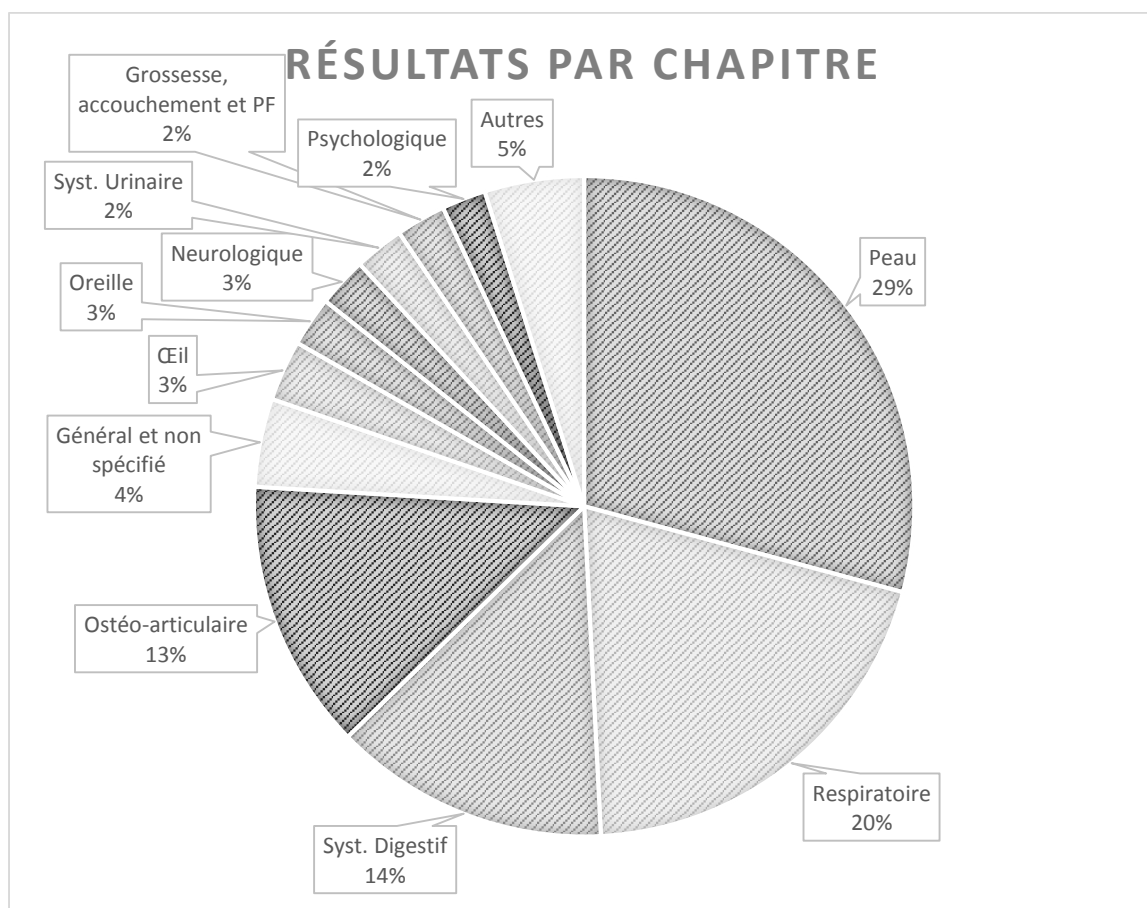
5-8-2 Distribution des résultats en fonction des chapitres, et comparaison aux données de l'étude Ecogen

Le chapitre S ou « *Peau* » de la CISP-2 est le plus représenté parmi les résultats de consultation, avec 108 résultats de consultation dans ce chapitre (29,19% des résultats de consultation, concernant 35,18% des patients). Le diagnostic S72 « *Gale/autre acariose* » a été à lui seul posé pour 51 patients, soit 16,61% de l'échantillon.

Les chapitres venant ensuite sont R ou « *Respiratoire* » (18,91% des résultats de consultation), D ou « *Système digestif* » (13,51% des résultats de consultation) et L ou « *Ostéo-articulaire* » (13,24% des résultats de consultation).

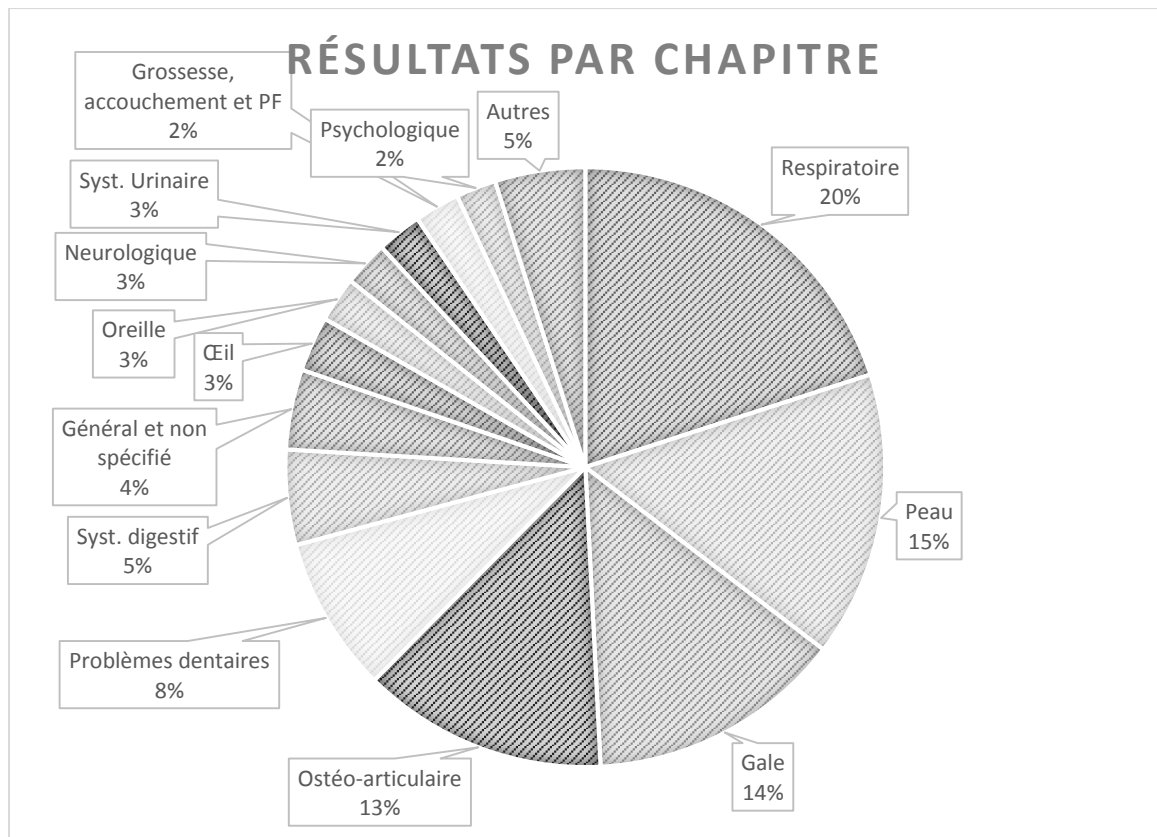
Les quatre chapitres S, R, D et L représentent 75,95% des résultats de consultation.

Le chapitre A ou « *Général et non spécifié* » a fait l'objet de 16 résultats de consultation (4,32% du total), dont 7 résultats concernent des symptômes aspécifiques (*douleur généralisée, fatigue, fièvre, évanouissement/syncope, effet tardif d'un traumatisme*), 7 concernent des maladies infectieuses (*varicelle, paludisme, maladie virale non classée ailleurs*), et 2 concernent un résultat A98 ou « *Gestion santé/médecine préventive* ».



Notons que pour les résultats de consultation appartenant au chapitre « *Système digestif* », 31 étaient « *Maladie des dents/des gencives* », et 19 concernaient une autre pathologie du système digestif. De même, dans le chapitre « *Peau* », 51 résultats de consultation étaient « *Gale/autre acariose* » (en fait

uniquement des cas de gale), et 57 concernaient une autre pathologie cutanée. Si l'on distingue les résultats de consultations « Gale » et « Maladie des dents/des gencives » des autres résultats de consultation réunis par chapitre, on obtient alors la répartition représentée sur la figure suivante :



La répartition des résultats en fonction des chapitres présente des différences importantes avec celle observée dans la population française lors de l'étude Ecogen. Pour chacun des chapitres, la fréquence des résultats obtenus a été comparée à l'aide du test de Student. Les résultats sont présentés dans le tableau page suivante :

Chapitre CISP-2	Nombre de RC Ecogen	% Ecogen	Nombre de RC échantillon	% échantillon	Valeur du p
Général et non spécifié	7583	16,61%	16	4,32%	<2,2.10-16
Sang, syst. hématop./immunol.	391	0,86%	0	0%	<2,2.10-16
Syst. Digestif	3555	7,79%	50	13,51%	0,0001039
Œil	472	1,03%	11	2,97%	0,01034135
Oreille	840	1,84%	9	2,43%	0,3082
Cardio-vasculaire	6178	13,54%	6	1,62%	<2,2.10-16
Ostéo-articulaire	5758	12,62%	49	13,24%	0,1282
Neurologique	1145	2,51%	9	2,43%	0,6613
Psychologique	3728	8,17%	8	2,16%	1,15.10-7
Respiratoire	5633	12,34%	74	20%	2,053.10-5
Peau	2171	4,76%	108	29,19%	<2,2.10-16
Métabol., nutrit., endocrinien	4881	10,69%	3	0,81%	<2,2.10-16
Système urinaire	773	1,69%	9	2,43%	0,2002
Grossesse, accouchement et PF	640	1,40%	9	2,43%	0,1536
Syst. génital féminin et sein	719	1,58%	3	0,81%	0,2883
Syst. génital masculin et sein	559	1,22%	2	0,54%	0,2135
Social	616	1,35%	4	1,08%	0,9426

La fréquence des résultats obtenus dans notre échantillon est significativement plus élevée dans les chapitres D (« *Système digestif* »), F (« *Œil* »), R (« *Respiratoire* ») et S (« *Peau* »).

Elle est significativement moins élevée dans les chapitres A (« *Général et non spécifié* »), B (« *Sang, système hématopoïétique/immunologique* »), S (« *Peau* »), P (« *Psychologique* ») et T (« *Métabolisme, nutrition, endocrinien* »).

En ce qui concerne les autres chapitres, la différence de fréquence retrouvée n'était pas statistiquement significative.

5-8-3 Résultats de consultation les plus fréquents

Parmi les résultats de consultation recueillis, 4 paraissent surreprésentés : S72 « *Gale/autre acariose* » (qui concerne 16,61% des patients), R78 « *Bronchite*

aigüe/bronchiolite » (10,42% des patients), *D82 « Maladie des dents/des gencives »* (10,10% des patients), et *R74 « Infection aigüe des voies respiratoires supérieures »* (6,84% des patients).

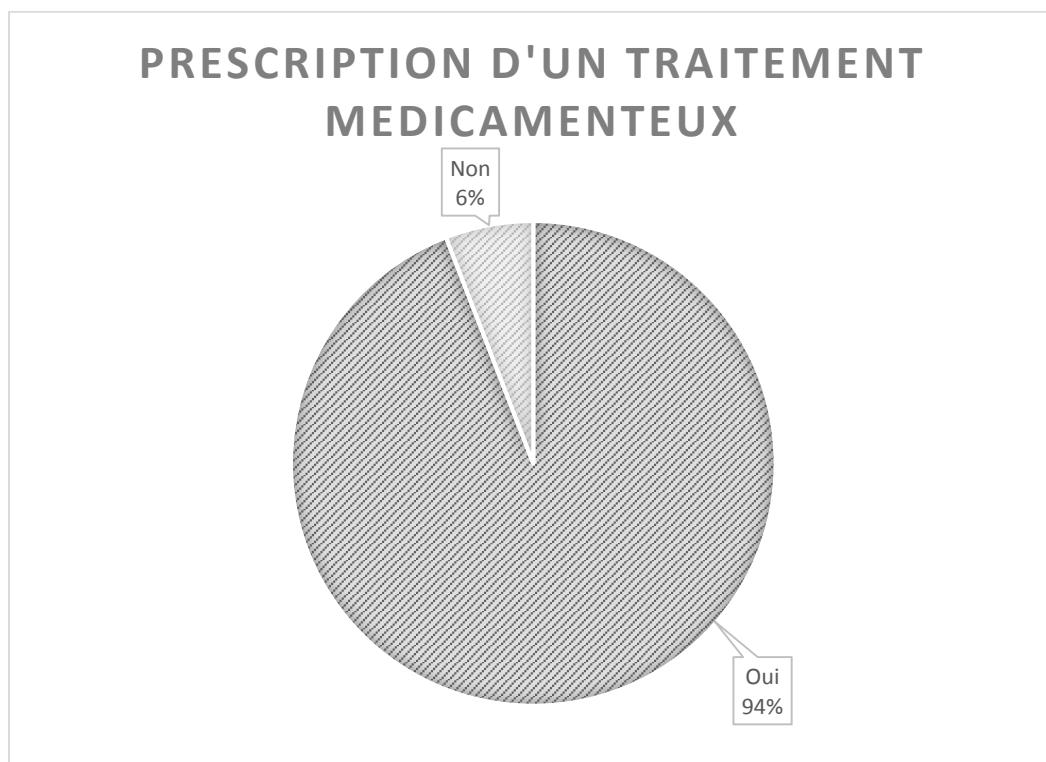
Viennent ensuite *L84 « Syndrome dorso-lombaire sans irradiation »* (2,93% des patients), *S02 « Prurit »* (2,28% des patients), *R76 « Angine aigüe »* et *S74 « Dermatophytose »* (1,63% des patients).

Seuls deux de ces résultats de consultation font partie du classement des 20 items les plus représentés lors de l'étude Ecogen : *R78 « Bronchite aigüe/bronchiolite »* et *L84 « Syndrome dorso-lombaire sans irradiation »*.

5-8-4 Consultations donnant lieu à une prescription médicamenteuse

Seule la procédure -50 correspondant à « *Médication/ prescription/ injection* » a été recueillie.

289 patients se sont vus prescrire, délivrer ou administrer un traitement médicamenteux (94,14%), alors que 18 n'en ont pas eu (5,86%).



Dans l'étude Ecogen, la procédure -50 a été réalisée dans 62,44% des consultations.

La différence entre la fréquence de la procédure -50 dans notre échantillon et dans celui de l'étude Ecogen, testée avec le t-test de Welch, est statistiquement significative ($p < 2,2 \cdot 10^{-16}$).

La fréquence de la prescription et de la délivrance d'un traitement médicamenteux est donc élevée dans notre échantillon.

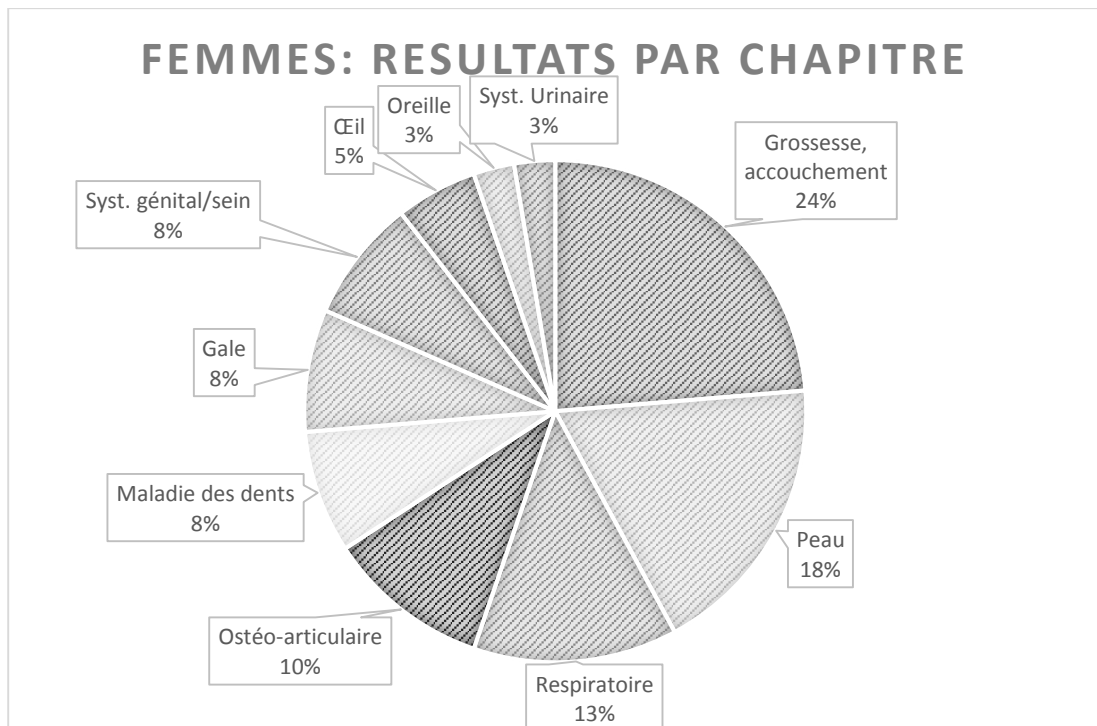
5-9 Sous-groupes de patients

5-9-1 Patients ayant un résultat de consultation « Gale »

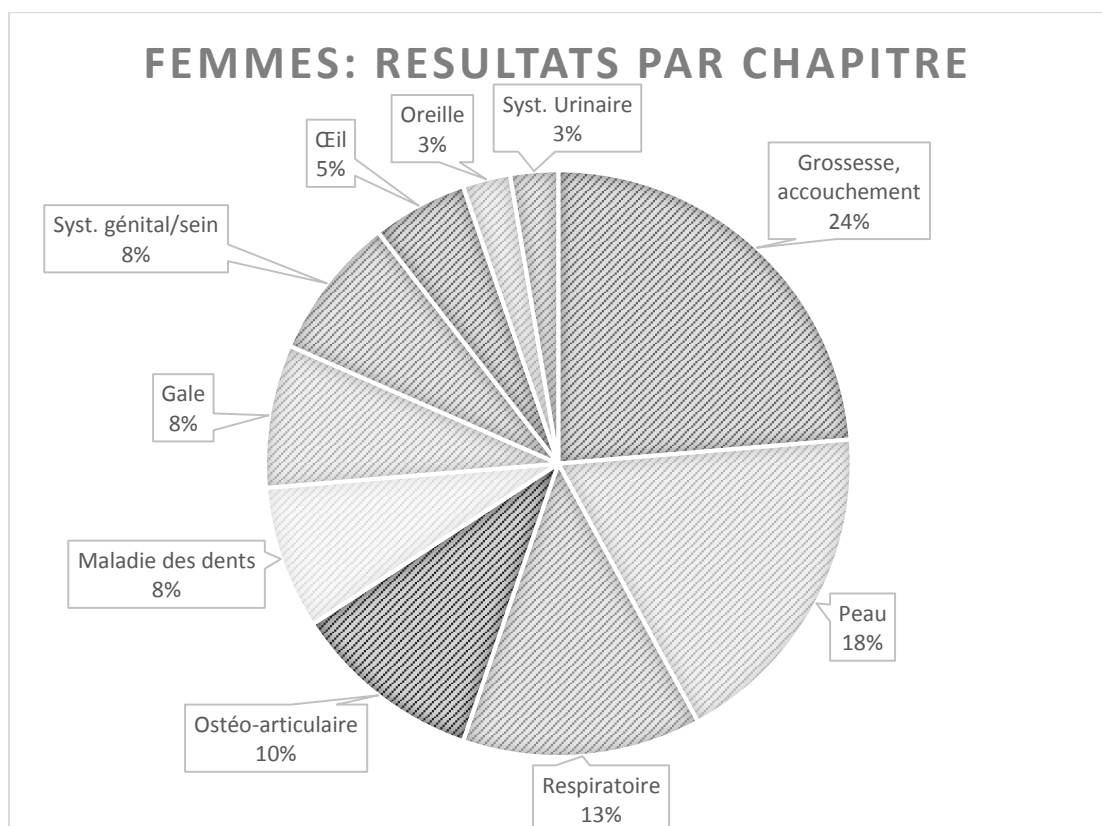
51 patients avaient un résultat de consultation S72 ou « Gale ». Il s'agissait d'un résultat de consultation unique pour 39 patients, alors que 6 patients avaient un autre résultat de consultation en rapport avec le diagnostic de gale (2 eczémas liés à un traitement reçu antérieurement, et 4 cas d'impétigo). 6 autres patients avaient un autre résultat de consultation sans rapport avec la gale. Le nombre moyen de résultats de consultation par patient était de 1,245.

5-9-2 Selon le sexe

Les femmes incluses dans l'étude obtiennent des résultats de consultation comparable aux hommes dans les 4 chapitres les plus représentés, avec en plus 23% de résultats de consultation en rapport avec la grossesse ou l'accouchement (8 femmes étaient enceintes sur les 28 incluses dans l'étude).



Si l'on distingue les résultats « *Gale* » et « *Maladie des dents/des gencives* » des autres résultats de consultation, on obtient la répartition suivante :



5-9-3 Patients ayant exprimé une attente de prise en charge d'un problème psychologique

Afin de rechercher l'existence d'éventuels déterminants, nous avons séparé en deux sous-groupes les patients qui avaient exprimé une attente de prise en charge psychologique au cours de la consultation et ceux n'ayant pas cette attente, et comparé chacun des résultats obtenus entre les deux sous-groupes ainsi formés.

52 patients, soit 16,94% de notre échantillon, avaient exprimé une attente de réponse à un problème psychologique. La moyenne d'âge de ces patients était de 26,6 ans, et 9,62% étaient de sexe féminin. La différence entre ces patients et ceux n'ayant pas exprimé d'attente du point de vue psychologique n'était pas statistiquement significative du point de vue de leur âge et de leur sexe.

20 patients étaient venus à la consultation par eux-mêmes (38,46% du sous-groupe), 5 avaient été orientés par un proche (9,62%), 13 par une association (25%), et pour 14 patients c'est la structure de soins qui est allée vers eux (26,92%). Sur le mode d'accès à la consultation, il n'y a pas de différence statistiquement significative avec le sous-groupe des patients n'ayant pas d'attente de prise en charge psychologique.

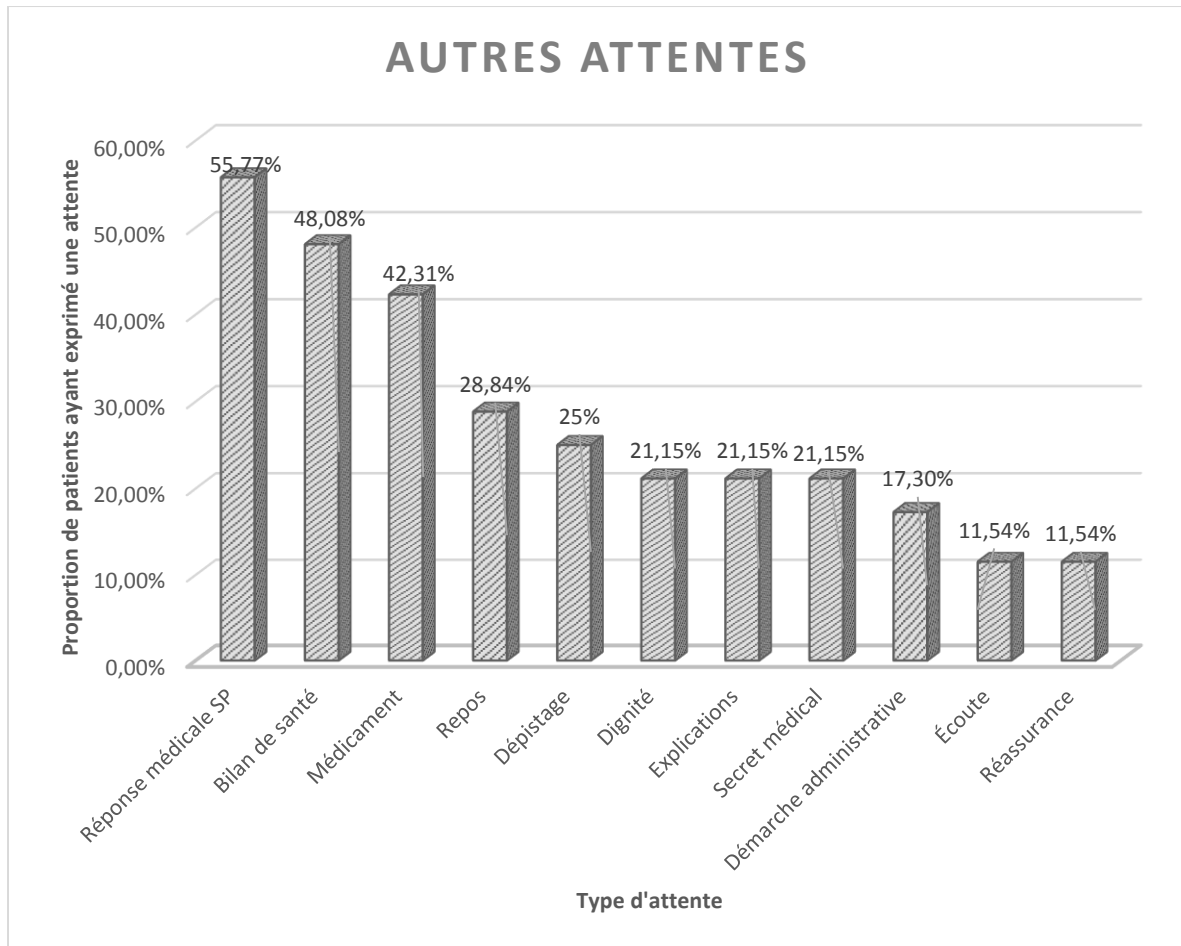
En ce qui concerne l'attitude adoptée si la consultation n'existait pas, les patients ayant exprimé une attente de prise en charge psychologique auraient plus fréquemment renoncé à se soigner (44,23%) que les patients n'ayant pas exprimé cette attente (25,88% ; $p=0,007866$). La comparaison de chacune des autres orientations possibles prises indépendamment dans les 2 sous-groupes ne retrouve pas de différence significative.

Au cours de leur parcours de soins, 42,31% de ces patients avaient déjà renoncé à se soigner depuis qu'ils étaient en France, et la différence était significative avec les 26,67% mesurés dans l'autre sous-groupe ($p=0,04006$). 9,62% des patients s'étaient déjà vus opposer un refus de soins depuis qu'ils étaient en France, contre 8,63% dans l'autre sous-groupe ($p=0,8277$).

Les patients de ce sous-groupe ont exprimé en moyenne 4,04 attentes vis-à-vis de la consultation, contre 1,94 attente en moyenne recueillies dans l'autre sous-groupe, soit une différence statistiquement significative ($p=1,8566.10^{-7}$).

L'attente de prise en charge médicale d'un problème de santé précis était l'attente la plus fréquemment citée parmi ces patients (après la prise en charge

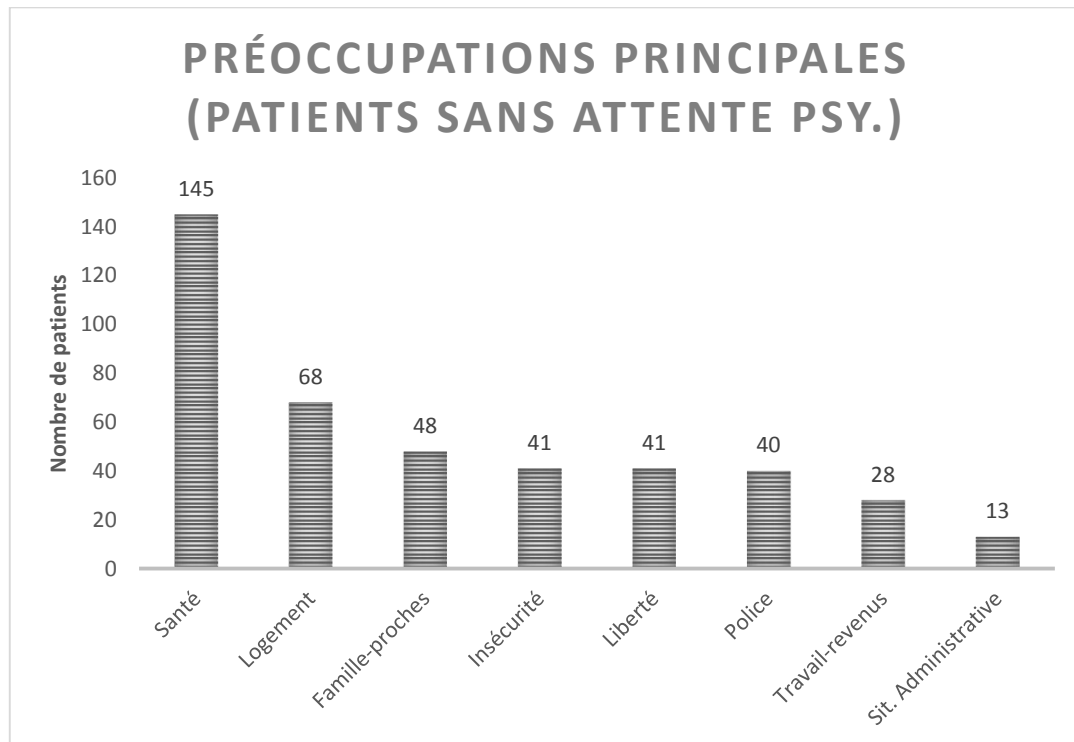
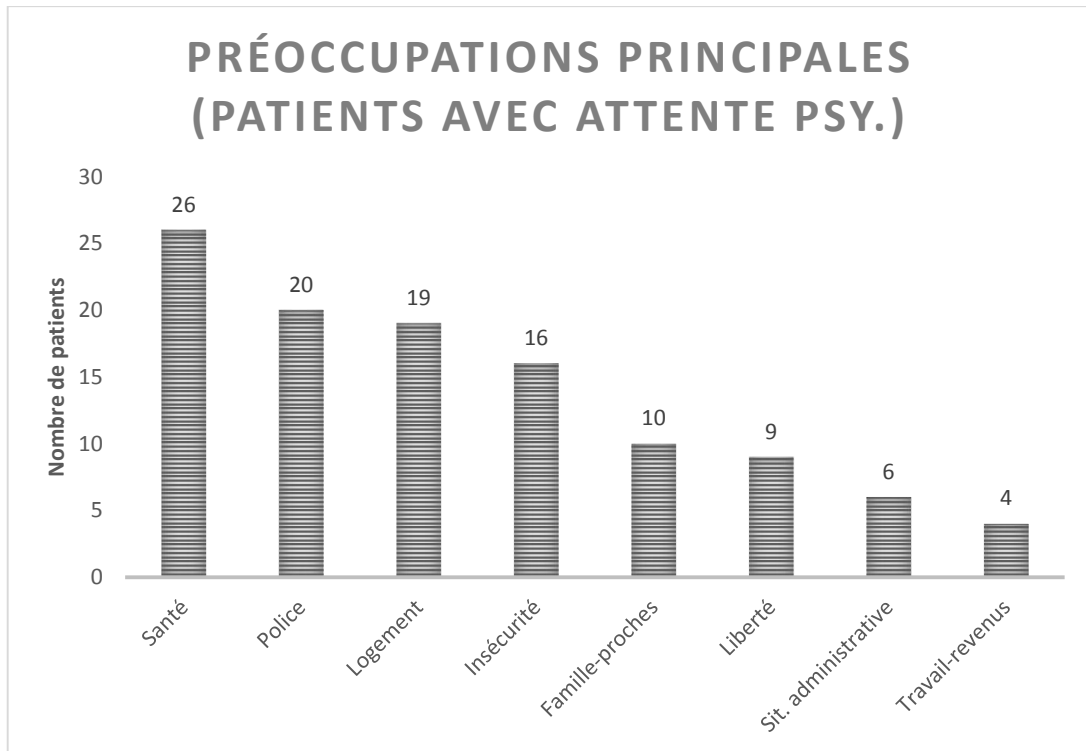
psychologique), avec une fréquence significativement supérieure à celle mesurée dans l'autre groupe ($p=0,002761$).



Parmi ces patients, la préoccupation la plus fréquemment exprimée reste, comme dans l'autre sous-groupe, la santé.

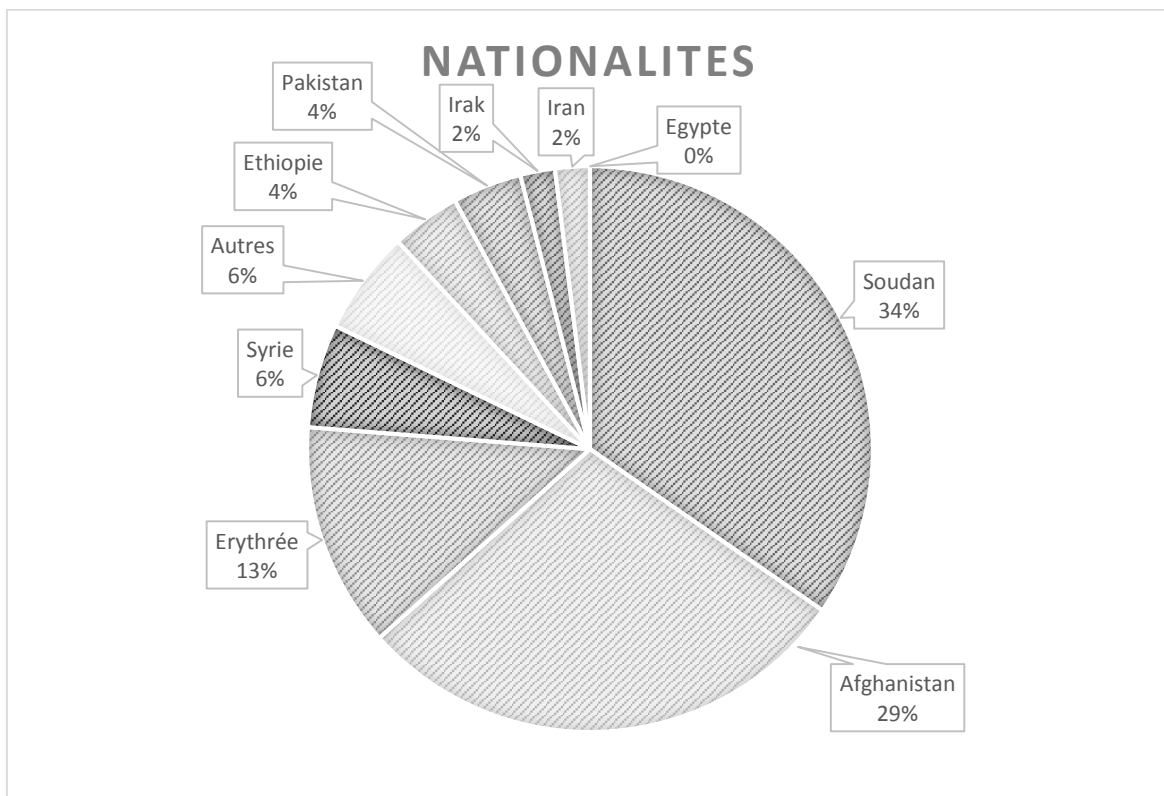
Viennent ensuite les rapports avec les forces de l'ordre, cités par 38,46% des patients, proportion supérieure ($p=0,0003399$) à celle retrouvée dans l'autre sous-groupe où cette préoccupation n'est citée que par 15,69% des patients.

Les autres préoccupations principales sont comparables dans les deux sous-groupes.

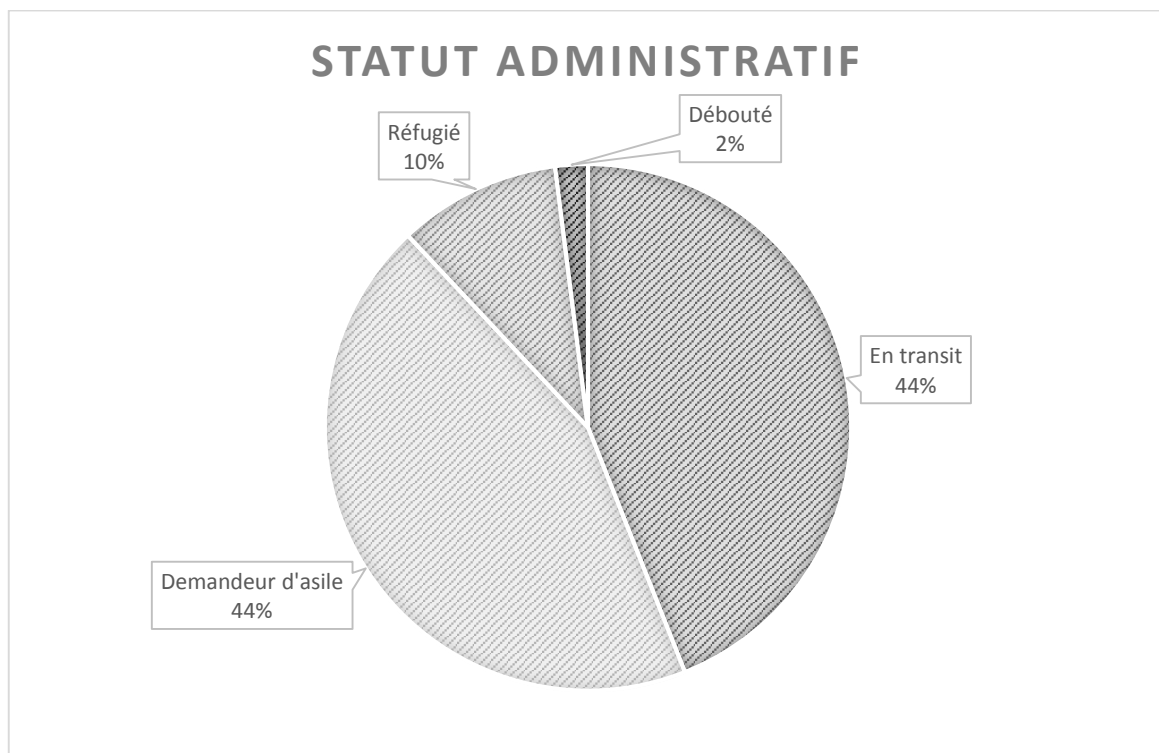


Dans le sous-groupe des patients ayant une attente de prise en charge psychologique, 2 parlaient le français (3,85%), 15 parlaient l'anglais (28,85%), et 35 ne parlaient ni le français, ni l'anglais (67,31%). Dans l'autre sous-groupe, 12 personnes parlaient le français (4,71%), 111 parlaient anglais (43,53%), et 141 ne parlaient ni le français, ni l'anglais (55,29%). Bien que la proportion de personnes qui ne maîtrisent ni le français, ni l'anglais, soit supérieure dans le sous-groupe des patients ayant une attente de prise en charge psychologique, la différence n'est statistiquement pas significative entre les deux sous-groupes ($p=0,110416$).

En ce qui concerne la nationalité des patients, il existe une surreprésentation des patients afghans dans le sous-groupe des patients ayant une attente de prise en charge psychologique : les patients afghans représentent 29% de ce sous-groupe, contre 6% dans l'autre sous-groupe (différence statistiquement significative : $p=2,9983.10^{-6}$). Parmi les patients afghans, 48% étaient en effet en attente d'une prise en charge psychologique. Il s'agit de la seule nationalité pour laquelle une différence significative a été trouvée.



23 de ces patients étaient en transit (44%), 23 en cours de demande d'asile, 5 avaient obtenu le statut de réfugié (10%), et 1 avait été débouté à l'issue de sa demande d'asile (2%). La proportion de patients ayant obtenu le statut de réfugié était significativement plus faible ($p=0,04758$) que dans l'autre sous-groupe (dans lequel 55 patients, soit 22%, avaient obtenu ce statut). La différence entre les deux sous-groupes n'était statistiquement pas significative pour les autres statuts administratifs.



28 patients (53,8%) avaient le projet de rester en France, proportion comparable ($p=0,01465$) à celle trouvée dans l'autre sous-groupe (52,6%).

6 déclaraient avoir des revenus réguliers (11,5%), contre 10 dans l'autre sous-groupe (3,92%), la différence entre les deux groupes étant proche de la significativité ($p=0,05614$).

1 seul patient bénéficiait d'un hébergement stable, les 51 autres vivaient dans un campement ou une « jungle », sans différence significative avec l'autre sous-groupe ($p=0,2779$).

6 patients vivaient avec un proche (13,5%), proportion non différente statistiquement ($p=0,6358$) de celle trouvée dans l'autre sous-groupe (16%).

50 patients se sont vus prescrire un traitement médicamenteux (96,2%), contre 239 dans l'autre sous-groupe (93,7%). On ne pouvait conclure à une différence significative entre les deux sous-groupes ($p=0,7475$).

6 Discussion

Notre étude a pu atteindre certains de ses objectifs en mettant en évidence les spécificités des patients consultant dans les structures de soins primaires destinées aux patients migrants. Nous verrons que, si certaines caractéristiques pouvaient être anticipées au vu des données préexistantes (profil des patients, parcours de soins, résultats de consultation), d'autres s'avèrent plus inattendues (statut administratif des patients, attente d'une prise en charge globale et particulièrement sur le plan psychologique). La diversité des thématiques abordées dans le questionnaire nous permet de faire des liens entre les problématiques de santé des patients, telles qu'elles sont perçues par les patients eux-mêmes et par les soignants, et certains déterminants sociaux, administratifs ou culturels.

6-1 Biais

6-1-1 Liés à l'échantillon

L'échantillon n'avait pas un effectif suffisamment important pour que certains résultats soient significatifs : par exemple, concernant les patients pour lesquels un résultat de consultation appartenant au chapitre « *Psychologique* » a été recueilli, l'effectif de ce sous-groupe s'élevait à 7 patients, ce qui est trop faible pour en tirer des conclusions quant aux déterminants sociaux et culturels.

La plupart des patients non-inclus l'ont été du fait de l'obstacle linguistique, soit parce qu'ils ne maîtrisaient pas l'une des langues proposées pour le questionnaire (il aurait fallu réaliser des traductions du questionnaire en amharique, tigrinya, kurde, dari, farsi, ourdou, ou encore vietnamien), soit parce que, bien que pratiquant l'anglais ou l'arabe à l'oral, ils ne maîtrisaient pas suffisamment le langage écrit de ces langues pour pouvoir répondre correctement au questionnaire. Enfin, quelques patients étaient analphabètes y compris dans leur langue maternelle. La conséquence de ce biais est une probable surreprésentation des patients anglophones ou arabophones, et une sous-représentation des patients de certaines communautés (notamment kurdes et vietnamiens). On peut supposer que les patients inclus appartenaient de ce fait à des catégories socio-professionnelles plus élevées que dans l'ensemble de la population étudiée.

On peut également émettre l'hypothèse que les patients en situation irrégulière, du fait de leur statut administratif, étaient plus réticents à répondre au questionnaire.

6-1-2 Liés à la méthode

L'étude quantitative par questionnaire est par nature une approche réductrice de la réalité. Dans l'intitulé des questions, cette réalité passe par le filtre de l'abstraction et du niveau de langage employé. Dans le processus d'écriture du questionnaire, et le choix des thématiques abordées ou non, les données fournies par la littérature et par l'expérience de terrain ont servi cependant à limiter ce caractère réducteur.

La diversité des origines et des parcours des patients a pu constituer une source de différences d'interprétation du questionnaire, puisque les questions posées étaient les mêmes pour tous les patients. Le problème de la validité transculturelle de certaines notions, comme par exemple le besoin de prise en charge psychologique, se pose également : en l'absence d'un cadre théorique validé, et du fait de la diversité des cultures d'origine des patients rencontrés, les mesures subjectives effectuées ici n'ont pu faire l'objet d'une validation transculturelle de l'instrument de mesure comme cela a été fait du point de vue linguistique. Il existe également une imperfection des indicateurs (le caractère parfois nécessairement approximatif des questions), ainsi qu'une imperfection propre à la mesure, liée aux conditions de réalisation de l'étude. La multiplication des indicateurs, comme les caractéristiques sociales et/ou médicales propres à chaque patient (par exemple la catégorie socio-professionnelle d'origine des patients, ou la prise en compte de certains antécédents médicaux), aurait pu compenser les insuffisances des indicateurs, tout en rendant plus difficiles les conditions de recueil et d'analyse des données.

Enfin, certaines données non recueillies auraient été utiles pour préciser les raisons des difficultés à mettre en œuvre une réponse médicale globale et adaptée, en particulier pour ce qui concerne les moyens dont disposent les soignants : temps consacré à chaque patient (non mesuré ici, mais il semble assez court au vu du nombre de consultations effectuées), proportion de patients pour lesquels une évaluation sociale a été faite, données concernant le rôle de l'interprète au cours de la consultation.

6-2 Résultats obtenus

6-2-1 Profil de l'échantillon

On retrouve dans notre échantillon des caractéristiques déjà mises en évidence dans ce type de population : il s'agit majoritairement de patients jeunes, de sexe masculin, d'origine extra-communautaire, dépourvus de revenus et de couverture sociale(32).

D'autres caractéristiques sont plus inattendues, et remettent en cause certaines représentations que l'on peut avoir de ces patients : 53% des patients interrogés avaient le projet de rester en France, et au moins 65% avaient des droits potentiels à une couverture sociale.

6-2-2 Sous-groupe des patients ayant exprimé une attente de réponse à un problème psychologique

Dans l'ensemble de l'échantillon étudié, on pouvait s'attendre à un niveau élevé des besoins de prise en charge psychologique : pour ces patients, de nombreux facteurs peuvent être à l'origine de troubles psychologiques, comme les violences subies et les traumatismes vécus dans le pays d'origine et tout au long du parcours migratoire, ou la désillusion et l'incertitude sur l'avenir ressenties après l'arrivée en Europe. De manière générale, la prévalence des troubles psychologiques parmi les patients migrants apparaît plus élevée que dans la population autochtone(33).

On retrouve ce niveau élevé dans les résultats obtenus, puisque 16,94% des patients inclus ont exprimé une attente de réponse à un problème psychologique. Dans une étude réalisée dans 5 PASS de la région parisienne, on identifiait des troubles psychologiques chez un nombre de patients comparable (17,21% - test d'égalité de fréquence : $p=0,0802$) (32), et seulement 58% des patients consultaient effectivement pour ces troubles. Cependant, cette comparaison est à relativiser puisque dans l'étude citée l'existence de troubles psychologiques était recherchée par le médecin, alors qu'ici nous avons demandé au patient s'il attendait du médecin qu'il aborde un problème d'ordre psychologique.

Peu de patients reçoivent pourtant une aide psychologique lors de la consultation médicale : dans notre échantillon, seuls 7 patients ont eu effectivement

un résultat de consultation appartenant au chapitre *P* « *Psychologique* ». Du côté du patient, certains facteurs sont favorables à une prise en charge effective des troubles psychologiques: l'identification du patient à la culture du pays d'accueil, la maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation élevé, un niveau socio-économique élevé, le sexe féminin et un âge plus élevé sont associés à une attitude plus active des patients dans la recherche d'une prise en charge de troubles psychologiques(34). On peut également évoquer le fait pour ces patients, la souffrance psychique peut être considérée comme normale, dans le sens de non pathologique, car en lien avec l'exil, le parcours migratoire et les conditions de vie. Enfin, on peut aussi retrouver chez ces patients une difficulté à exprimer des difficultés d'ordre psychologique, tant elles peuvent être perçues comme pouvant les stigmatiser. Du côté du praticien, il peut exister une difficulté à aborder ce domaine, du fait de la barrière linguistique et culturelle(35), et peut-être une sensibilisation insuffisante à ces problématiques selon l'expérience et la formation du médecin.

Si l'âge, le sexe ou la langue pratiquée ne semblent pas déterminants ici, plusieurs résultats se sont avérés statistiquement significatifs concernant ces patients, et peuvent donc peut-être constituer des données à prendre en compte lors de la prise en charge des personnes migrantes. Il s'agit en effet de patients plus souvent marginalisés dans le système de soins, puisqu'ils avaient à la fois plus souvent renoncé à se soigner auparavant, et qu'ils auraient également plus souvent renoncé à se soigner dans l'éventualité où la structure où ils s'étaient présenté n'avait pas existé. Ces patients semblent par ailleurs avoir des problématiques de santé plus nombreuses et/ou plus complexes, dans la mesure où le nombre d'attentes avant la consultation était significativement plus élevé, et ces attentes relevaient d'abord d'une réponse médicale. La proportion plus faible de patients ayant obtenu le statut de réfugié, et la préoccupation plus fréquente vis-à-vis des rapports avec les forces de l'ordre montre un lien entre l'existence de troubles psychologiques et une forme de « précarité socio-administrative » plus importante, alors qu'on ne retrouve pas de différence concernant des aspects plus matériels comme l'absence de revenu ou la précarité du logement.

La surreprésentation, statistiquement significative, des patients originaires d'Afghanistan dans ce sous-groupe doit être interprétée avec précaution : on peut évoquer une dimension culturelle, linguistique, une spécificité du parcours migratoire, ou encore des conditions de vie différentes. Sur le plan culturel d'abord, il est

possible que chez ces patients la question de la souffrance psychologique soit plus facilement abordée dans la relation patient-médecin. Mais on ne retrouve pas cette différence chez les patients originaires du Pakistan, alors que les personnes venues d'Afghanistan et du Pakistan appartiennent pour la plupart à l'ethnie pachtoune, et partagent une culture et une langue communes. On peut évoquer les conditions du parcours migratoire, peut-être plus difficile encore pour des personnes plus souvent dépourvues que les autres de moyens financiers ou de réseaux leur permettant un parcours plus facile, et qui se traduit ici par une crainte plus importante des forces de l'ordre. On peut également penser à l'ancienneté du phénomène migratoire en provenance d'Afghanistan, puisqu'il s'agit d'une communauté de migrants que l'on peut rencontrer dans la région de manière constante depuis une vingtaine d'années. Enfin, il existait peut-être des conditions plus souvent favorables, susceptibles de mettre en confiance les patients originaires d'Afghanistan : présence fréquente d'un traducteur lui-même originaire d'Afghanistan, nombre souvent importants de patients de cette communauté présents dans la structure de soins.

Il n'a pas été possible, du fait de la faiblesse de l'effectif de notre échantillon, d'établir, parmi tous les patients ayant exprimé un besoin de prise en charge psychologique, une comparaison entre ceux ayant effectivement bénéficié d'une prise en charge, et les autres. Il serait en effet intéressant de connaître précisément les obstacles à une bonne prise en charge des troubles psychologiques chez ces patients, en particulier du côté du soignant.

S'ils sont peu mis en avant lors des consultations, les troubles psychiatriques devraient néanmoins être mieux pris en charge, d'abord car la prévalence en est probablement élevée dans cette population, mais également car il existe un lien entre affections mentales et somatiques que de nombreuses études ont démontré(36).

6-2-3 Le renoncement aux soins

Dans notre échantillon, 29% des patients avaient déjà renoncé à se soigner depuis qu'ils étaient en France. Si l'obstacle financier est souvent évoqué pour expliquer le renoncement aux soins, il n'explique ici pas à lui seul le nombre élevé de patients ayant renoncé aux soins, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, il existe des structures de soins accessibles gratuitement pour ces patients. Selon C. Desprès, le renoncement aux soins, résultat d'une décision subjective de la

personne en fonction d'influences sociales et culturelles, peut s'inscrire dans 2 types de démarche (37) :

- un « renoncement-barrière », lié à un obstacle financier, mais également à l'organisation et à la complexité du système, à l'éloignement des structures de soins, ou encore à des horaires inadaptés au mode de vie quotidien des personnes.
- un « renoncement-refus », décision autonome du patient prise pour des raisons diverses, notamment la qualité des soins perçue comme défailante, aussi bien sur le plan technique que de la relation avec les soignants, ou encore pour se protéger des violences symboliques exercées par les institutions sanitaires et sociales. La question du renoncement aux soins est donc complexe, et concerne l'ensemble des acteurs impliqués, sociaux, médicaux et institutionnels.

6-3 Représentations des soignants et des institutions

Les résultats de notre étude peuvent permettre de déconstruire certaines représentations des soignants quant aux besoins des patients migrants : ces patients sont en effet généralement perçus comme des personnes forcément en transit, dans une logique d'urgence, ayant besoin d'une réponse immédiate et de court terme à une problématique médicale précise. Or, nous voyons ici que les attentes exprimées par les patients rencontrés sont multiples, voire complexes, et traduisent un besoin de prise en charge globale et suivie.

Les résultats de consultation les plus représentés dans notre étude sont en rapport avec des pathologies qui sont perçues pour la plupart directement en rapport avec le parcours migratoire et les conditions de vie : les pathologies dentaires, respiratoires et dermatologiques peuvent être fréquemment associées à des conditions de vie précaire et à une hygiène de vie globalement défavorable à la santé. La fréquence moindre de certains résultats de consultation peut trouver différentes explications : les pathologies appartenant aux chapitres *Cardio-vasculaire* ou *Métabolique* sont logiquement moins fréquentes dans notre échantillon du fait de l'âge moyen peu élevé des patients, mais aussi parce que les personnes souffrant d'une pathologie chronique ou invalidante n'ont souvent pas la possibilité d'entamer un parcours migratoire bien souvent périlleux sur le plan physique. En revanche, en ce qui concerne d'autres problématiques comme la prévention, l'éducation à la santé

ou encore les troubles psychologiques, on peut penser qu'il existe une discordance entre les représentations du soignant d'une part (patient « de passage », consultant en urgence pour un problème aigu) et les besoins et attentes du patient d'autre part.

Les dispositifs de consultation sont conçus en fonction de ces représentations : ils s'adressent théoriquement aux patients primo-arrivants, et n'ayant pour la plupart pas de projet d'installation à moyen ou long terme, puisque les patients sont censés intégrer le système de droit commun dès lors qu'ils entament une démarche de régularisation (qui donne droit à la CMU), ou qu'ils sont présents sur le territoire français depuis plus de trois mois (ils peuvent alors bénéficier de l'AME). Or 65% des personnes interrogées avait un droit potentiel à une couverture sociale et donc à une prise en charge dans le circuit de soins de ville, et 53% des patients avaient pour projet de rester en France. On voit peut-être ici une des explications au fait que la prise en charge des patients dans les structures étudiées est parfois partielle ou inadaptée.

6-4 Déterminants de l'accès aux soins et de l'état de santé

Certains déterminants peuvent expliquer les difficultés que rencontrent les migrants dans leur parcours de soins et/ou dans la prise en charge médicale même.

La question de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité est plus vaste que celle du droit formel aux soins, qui doit être distingué de l'accès aux soins à proprement parler, c'est-à-dire des conditions d'accès à l'information. David Ingleby (6) précise en quoi consistent les obstacles à l'accès aux soins pour les patients migrants en Europe :

- le niveau de « lecture de santé » (le patient doit faire le constat que des soins sont nécessaires)
- la connaissance des services de soins
- la différence de point de vue sur le fait qu'il peut exister sur un problème de santé (comme par exemple la représentation de ce qu'est un problème de santé mentale) et sur les soins à fournir
- la notion de « discrimination institutionnelle » (38) (quand le système de santé est ajusté aux besoins des utilisateurs majoritaires) qui entraîne un manque de confiance de la part du patient.

6-4-1 Barrière de la langue

La barrière linguistique constitue un frein à une bonne prise en charge des patients (il est même le premier obstacle évoqué par les soignants prenant en charge des personnes migrantes (11)). Cet obstacle est à l'origine d'un recours plus fréquent aux examens complémentaires, afin de compenser le manque d'information qui peut être obtenu par le biais de l'interrogatoire (11)(35). Le fait de ne pas maîtriser la langue du pays dans lequel se trouve le patient est à l'origine d'une moins bonne prise en charge médicale, par exemple du fait d'un accès aux soins globalement plus difficile, d'un risque plus élevé d'effet indésirable d'un traitement médicamenteux, et finalement d'un niveau de satisfaction du patient plus faible (39).

Le recours à un interprète n'est pas sans inconvénient, car d'une part il ne peut être tout à fait neutre, qu'il s'agisse d'un proche du patient ou simplement une personne de la même communauté, et car d'autre part il introduit la présence d'un tiers qui peut déséquilibrer la relation médecin-malade.

Pour que le recours à un interprète soit de qualité, et pour minimiser les biais qu'un tel recours peut induire, l'interprète doit être formé à l'utilisation du vocabulaire médical, et aux notions de neutralité et de confidentialité dans le dialogue soignant-soigné. Ces notions sont particulièrement importantes lorsqu'il s'agit de la prise en charge de problématiques psychologiques.

Le recours à un proche du patient, de sa famille ou de son entourage, rend plus difficile ces aspects de l'interprétariat, mais il peut néanmoins dans certaines situations permettre une meilleure mise en confiance du patient, ainsi qu'une meilleure compréhension entre lui et le praticien.

La littérature contient des recommandations sur le bon usage de l'interprétariat lors d'une consultation médicale : le recours systématique à un interprète professionnel, présent physiquement ou bien par téléphone, la formation de l'interprète aux spécificités, notamment éthiques, de l'interprétariat dans le domaine médical, la prise en compte de la dimension transculturelle, aussi déterminante que la dimension linguistique, ou encore la manière dont se fait la communication lors de la consultation, l'interprète devant être un acteur le plus neutre possible (39). La mise en œuvre de ces recommandations permet d'augmenter la satisfaction du patient, d'améliorer son adhésion à la prise en charge proposée, de limiter les événements indésirables et de limiter le risque de mauvaises pratiques.

6-4-2 Fossé interculturel

Les normes culturelles, les pratiques religieuses ou encore certaines habitudes de vie du patient peuvent constituer des obstacles, aussi bien dans l'accès aux soins que dans le déroulement de la prise en charge, et dans la relation entre le soignant et le patient. Il existe des différences de culture du corps, à l'origine de représentations différentes de la santé, de la maladie et de la mort(40), ainsi que de sa capacité à faire face à la douleur et la fatigue physique qui peut conduire le sujet à surestimer ses capacités physiques et à retarder une éventuelle démarche de soins(41). Certaines parties du corps peuvent être taboues dans certaines cultures. Le fait pour une femme d'être examinée par un homme peut aller à l'encontre de ses convictions religieuses. L'existence de consultations sur rendez-vous n'existe pas dans certaines régions du monde(31) ; la prise en charge psychothérapeutique peut être méconnue par le patient.

Ce fossé interculturel peut induire une attitude négative de la part du patient, un manque de confiance, en particulier pour les personnes ayant vécu des conflits politiques ou religieux. Du côté du soignant, la plainte peut parfois ne pas être prise au sérieux(42).

La dimension interculturelle du soin devrait faire partie de la formation des soignants, en abordant notamment les pathologies spécifiques à certains migrants (ou les aspects spécifiques que des maladies communes peuvent présenter), la dimension culturelle dans la compréhension de la pathologie et du traitement, les normes et les tabous culturels et religieux. Certaines connaissances juridiques, ou sur l'existence de partenaires et de réseaux de prise en charge, peuvent également s'avérer utiles.

6-4-3 Le manque de connaissance du système de soins

L'accès aux soins et à une prise en charge de qualité des personnes migrantes pourrait être amélioré par la diffusion d'informations sur l'organisation du système de soins et de couverture sociale, sur les dispositifs et les lieux de consultation, ainsi que les moyens d'y accéder. La proportion élevée de patients ayant déjà renoncé aux soins (29,32%), ou qui auraient renoncé aux soins si la structure à laquelle ils s'adressaient n'était pas accessible (28,99%) en témoigne.

Des solutions peuvent être envisagées, comme la diffusion de documents dans la langue des migrants, mais cela ne semble pas suffisant. La démarche

« d'aller-vers » est déterminante pour beaucoup de ces patients : dans notre échantillon, 51,79% des patients avaient été vers la structure de soins suite à une démarche émanant d'une association ou de la structure elle-même. Une démarche d'accompagnement, de médiation par un tiers entre le patient et la structure de soins est donc bien souvent nécessaire.

L'accès aux soins de cette population et la promotion de la santé peuvent être améliorés par des stratégies de communication prenant en compte les déterminants culturels(43).

De tels dispositifs permettent une meilleure efficacité de la prise en charge, bénéficiant ainsi aux patients mais également aux soignants.

6-4-4 Rôle des régulations sociales envers les personnes migrantes

Les violences dont sont victimes les migrants présents sur le territoire étudié constituent à la fois un facteur pathogène, et un obstacle dans l'accès aux soins.

Les violences policières ont fait l'objet de plusieurs rapports d'organisations non gouvernementales (44,45), ou d'institutions comme le Défenseur des Droits, dont le dernier rapport publié en novembre 2012 faisait le constat de violences répétées et non justifiées de la part des forces de l'ordre (46). Le rapport aux forces de l'ordre est une des préoccupations principales de 19,54% des patients dans notre échantillon, et peut constituer une difficulté supplémentaire dans la démarche de soins, à la fois en reléguant au second plan la santé parmi les priorités des personnes, mais aussi car cette préoccupation est à l'origine d'une limitation des déplacements et d'une perte de confiance vis-à-vis des institutions.

D'autre part, la présence, dans le contexte actuel, de migrants de plus en plus nombreux dans la région Nord-Pas-de-Calais fait que la question de leur accès aux soins doit être abordée dans sa dimension politique : les politiques de santé, mais aussi la médecine elle-même, comme toute production sociale, sont tributaires du contexte historique et politique dans laquelle elles sont produites (5). Les politiques européenne et nationale en matière d'immigration, les accords bilatéraux franco-britanniques, ainsi que le rôle des acteurs privés (sociétés de sécurité), des politiques locales, voire les associations d'aide humanitaire et les soignants eux-mêmes peuvent constituer des facteurs d'éloignement des personnes du système de soins. Il existe en effet une sujétion des individus et de leurs corps lors de leur parcours migratoire, et les soignants, exerçant de fait une fonction morale et

normative, peuvent avoir une fonction de contrôle de la déviance sociale (47). Par exemple, en mai 2014, une épidémie de gale dans plusieurs bidonvilles de Calais a donné lieu à une réponse des autorités de nature principalement sécuritaire, en organisant dans le même temps une opération de traitement des communautés concernées et l'expulsion et la sécurisation des principaux lieux de vie des migrants, compromettant ainsi l'efficacité de l'opération du point de vue sanitaire. Dans *La volonté de savoir*, Michel Foucault définit le concept de « biopouvoir » comme « des techniques de pouvoir, des mécanismes régulateurs ou assurantiels, qui encadrent la vie des corps-espèces et contrôlent les processus biologiques affectant les populations » (48). À cet égard, et compte tenu du débat public sur le contrôle des flux migratoires, les politiques de santé en France et en Europe deviennent déterminantes jusque dans la relation entre le médecin et son patient.

Tout en étant un lien entre le monde clandestin et la société, le travail médico-social et associatif peut aussi constituer un moyen de surveillance et de contrôle des migrants.

6-4-5 Déterminants intrinsèques au monde clandestin

Il existe des logiques internes au monde clandestin, dépendantes de nombreux facteurs : réseau social au cours du parcours, relations avec les passeurs, accès aux abris, à la nourriture, à l'eau, à l'hygiène, aux soins. Tous ces éléments ont une influence sur le temps passé et le coût pour le patient qui doit se déplacer jusqu'à la structure de soins, et cela constitue un élément déterminant dans le choix du patient de s'orienter ou non vers telle ou telle structure. En conséquence, la santé ne semble pas, pour beaucoup de personnes migrantes, prioritaire par rapport à d'autres besoins plus immédiats, ce qui peut expliquer l'arbitrage fait par beaucoup de personnes.

6-4-6 Parcours de soins

Les difficultés rencontrées par les patients dans leur parcours de soins semblent importantes dans notre échantillon, comme en témoigne la fréquence du renoncement aux soins, ou le recours à une structure non adaptée à la problématique du patient comme les services d'urgence vers lesquels 36,48% des patients se seraient orientés s'ils n'avaient pas eu accès à la consultation. Ce comportement a déjà été observé dans ce type de population : par exemple, une

étude réalisée au Danemark en 2004 (49) a pu démontrer que certains sous-groupes de migrants, selon leur pays d'origine, avait recours plus fréquemment aux services d'urgence, et que, dans ces sous-groupes, les personnes avaient considéré l'idée d'avoir recours à l'offre classique de soins primaires, mais qu'elles y avaient renoncé, principalement pour des raisons de difficultés de communication.

Le parcours de soins des patients migrants semble donc plus souvent retardé, discontinu, et passe par des structures parfois inadaptées aux problématiques pour lesquels les personnes souhaitent être prises en charge.

L'orientation secondaire des patients, non étudiée ici, est également à prendre en compte. Elle se fait selon plusieurs facteurs : pour le médecin généraliste, il s'agit d'arbitrer entre l'état de santé du patient, et les démarches entreprises par l'assistante sociale. Le recours à une consultation spécialisée peut être demandé pour répondre à un besoin immédiat (grossesse, soins dentaires, pathologie chronique pouvant décompenser), mais également pour compenser le manque d'informations induit par les barrières linguistique et culturelle qui peuvent se dresser lors de la consultation (35). Il permet toutefois de diminuer le nombre d'hospitalisations (30).

6-4-7 Couverture sociale

S'il peut exister un dilemme d'ordre éthique et légal pour le praticien libéral face à un patient dépourvu de couverture sociale, la question ne se pose pas ici puisque les soins prodigués à la PASS et dans le cadre des consultations de Médecins du Monde sont proposés à toute personne, quels que soient ses droits sociaux. Les soins qui ne peuvent être pris en charge par ces structures, comme certains soins dentaires ou d'optique, ne le sont de toute façon pas non plus dans le système de droit commun. En revanche, il paraissait pertinent de voir si des personnes ne consultaient pas dans le système de droit commun, alors qu'elles le pouvaient. Si l'existence ou non de droits sociaux n'a pas été recueillie, le statut administratif des personnes interrogées peut être informatif : en effet, toute personne en demande d'asile a le droit de bénéficier de la CMU et peut donc se faire soigner dans le système de droit commun. Dans notre échantillon, les personnes en demande d'asile représentent 44,95% de l'échantillon. 19,54% des personnes avaient acquis le statut de réfugié, ce qui là aussi lors donne théoriquement le droit à une couverture sociale, et donc l'accès au système de droit commun. C'est donc au

moins 64,50% des patients qui, de par leur situation administrative, peuvent théoriquement avoir accès au système de droit commun, et qui pourtant viennent consulter dans des structures destinées aux personnes dépourvues de droits. Qui plus est, parmi les personnes se déclarant en transit, soit 34,53%, certaines peuvent, lorsqu'elles sont sur le territoire français depuis plus de 3 mois, bénéficier de l'AME qui donne elle aussi accès au système de droit commun.

Nous avons vu que la prise en charge de certaines problématiques était peu efficaces dans les structures étudiées, comme la prise en charge psychologique, ou les questions de prévention. On peut raisonnablement supposer que ces aspects seraient plus approfondis dans le cadre d'une prise en charge par un médecin traitant qui suivrait le patient, et que les difficultés d'orientation dans le système de soins constituent un élément déterminant pour une bonne prise en charge des patients sur ces problématiques.

Enfin, il faut noter que l'absence de demande de couverture sociale, qu'il s'agisse de soins dans les structures gratuites ou des soins prodigués dans le cadre des soins d'urgence, augmente le risque d'erreur dans le recueil de l'identité exacte du patient, rend plus difficile la continuité du suivi du patient, et constitue ainsi un risque de confusions aux conséquences potentiellement graves.

6-4-8 Conséquences sur l'état de santé

Cette inégalité dans l'accès aux soins entre personnes migrantes et non-migrantes a des répercussions sur l'état de santé : l'étude précédemment citée montre également que les diagnostics de cancer étaient faits à un stade plus avancé dans la population migrante (de manière statistiquement significative pour le sous-groupe des femmes migrantes). Une étude réalisée en 2007 a analysé l'état de santé des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (50) : cette étude s'est basée sur l'analyse des PMSI (ne traitant donc que des soins hospitaliers) de 15886 séjours en 2005, pour des patients relevant de l'AME ou des soins urgents. Elle a mis en évidence la surreprésentation chez ces patients des événements entourant l'accouchement (comme dans notre échantillon), et de l'infection à VIH. De manière moins significative, les traumatismes, allergies, affections de l'appareil circulatoire, affections et traumatismes de l'appareil musculaire, affections du système nerveux et troubles mentaux. Les patients bénéficiaires de l'AME étaient surreprésentés pour

trois affections particulières : la tuberculose, l'infection à VIH, et l'hépatite virale C. La gravité des pathologies a été estimée par la durée moyenne de séjour d'une part, de 15% supérieure pour les bénéficiaires de l'AME, de 60% pour les soins urgents, et d'autre part par la part de séjours avec complications et morbidités associées, comparable pour les bénéficiaires de l'AME, mais globalement le double de celles des autres patients pour les patients « soins urgents ».

6-5 Offre de soins primaires pour les patients migrants en Europe et en France

En Europe, les systèmes de santé sont très divers, qu'ils soient inspirés d'un modèle beveridgien, comme dans les pays anglo-saxons, ou bismarckien, comme c'est le cas en France. Cependant, l'accès aux soins pour les personnes sans papiers confronte le patient à des obstacles comparables d'un pays à l'autre. Une étude de l'observatoire européen de l'accès aux soins de l'association Médecins du Monde met en évidence ces obstacles(51) : méconnaissance des dispositifs en premier lieu, et, lorsque les personnes essaient d'y avoir recours, barrière linguistique, difficultés administratives, coût des soins, peur des arrestations.

Il existe des politiques de santé spécifiquement destinées aux migrants, très diverses en Europe : en 2009, seuls 11 pays de l'Union Européenne (sur 27) ont mis en place une politique visant à améliorer la santé des migrants, sans distinction selon la régularité ou non du séjour (52) ou l'ancienneté de la présence sur le territoire, alors même que les problématiques de santé sont différentes pour ces populations (53), ainsi que leur comportement vis-à-vis des dispositifs de soins (49). Seule l'Irlande prévoyait dans sa politique un volet pour tenir compte de la dimension interculturelle (52). La plupart de ces politiques ciblaient certaines pathologies (maladies transmissibles, santé sexuelle et reproductive, santé mentale), mais il n'est pas toujours certain que les thématiques choisies visent des besoins réels de ces populations, ces choix semblant être faits de manière arbitraire. Les autres axes de ces politiques visaient à améliorer la formation des soignants, développer le recours à l'interprétariat et à la médiation culturelle, adapter la culture organisationnelle, améliorer le recueil de données, et développer l'information des bénéficiaires. La comparaison de ces différentes politiques a abouti à des recommandations, en premier lieu celle de mieux évaluer ces politiques (52). Les autres axes d'amélioration concernaient la mise en place de dispositifs de médecine généraliste,

ne se limitant pas à certaines pathologies, et le ciblage des patients, mais aussi des soignants, dans la mise en œuvre de ces politiques.

6-6 Comment améliorer la prise en charge en soins primaires ?

Si la question de l'accès et du parcours de soins est, comme nous l'avons vu, déterminante, la pratique médicale elle-même doit être adaptée à ces situations particulières.

La littérature offre déjà des pistes quant aux problèmes rencontrés lors de la prise en charge médicale d'une personne migrante, que ce soit dans le recours aux soins primaires, les services d'urgence ou de psychiatrie (11):

- la barrière de la langue
- l'absence de couverture sociale
- l'isolement social
- les expériences traumatiques en lien avec le parcours migratoire
- la méconnaissance du système de soins par les patients
- les différences culturelles entre le soignant et le patient et les différences de compréhension de la maladie et du traitement qui en découlent
- l'attitude négative du patient et/ou du soignant
- la difficulté pour le praticien d'avoir accès aux antécédents du patient.

Du point de vue des soignants, tous ces éléments doivent être recherchés et pris en compte au cours de la consultation, comme le recommande le Collège de la Médecine Générale (54), mais cela suppose que les intervenants connaissent ces déterminants et disposent des éléments nécessaires pour les intégrer à leur pratique. Les compétences des soignants peuvent être développées par l'acquisition de « connaissances culturelles » (qui peuvent être également d'ordre pratique et juridique), ce qui constitue un facteur d'amélioration de la qualité des soins (6). Une telle démarche contribuerait également à déconstruire les stéréotypes que tout soignant intègre, parfois malgré lui, dans ses propres représentations des patients qu'il soigne (55). Les stéréotypes culturels sont en effet à prendre en compte dans la prise en charge médicale : les soignants ne sont pas à l'abri des stéréotypes lorsqu'ils ont à prendre en charge un patient d'une autre origine culturelle. Aux États-Unis, des études ont montré une différence significative dans l'évaluation de la

douleur et dans son traitement, selon que le médecin ait à faire à un patient natif américain ou d'origine hispanique (56).

L'acquisition de compétences transculturelles par le personnel soignant s'avère également bénéfique dans le suivi des pathologies, en particulier dans ses aspects psychologiques car certaines pathologies peuvent avoir des conséquences psychologiques plus importantes pour une personne migrante que pour un autochtone (57).

Une meilleure formation devrait donc être proposée, à la fois sur les différents dispositifs pouvant être sollicités, sur les problématiques spécifiques à la population migrante (déterminants du parcours de soins, besoins spécifiques), mais aussi de manière plus générale pour l'ensemble des patients que nous prenons en charge car la prise en compte des déterminants sociaux et culturels est un facteur de bonne pratique face à tout patient. Une posture d'écoute de la part du soignant permet au patient d'exprimer ses représentations, ses craintes, et leur prise en compte par le soignant peut améliorer la qualité de la prise en charge.

Une amélioration des moyens dont disposent les praticiens peut également être envisagée, comme la possibilité d'avoir recours de façon systématique à un interprétariat de qualité, ou bien une augmentation du temps pouvant être consacré à chaque patient, qui semble ici être insuffisant pour aborder toute la globalité et la complexité des situations auxquelles les soignants doivent faire face. Si la durée de chaque consultation n'a pas été mesurée dans notre étude, nous avons néanmoins pu constater certains jours la saturation des dispositifs : une cinquantaine de consultations ont été réalisées certains jours, sur une durée inférieure à 3 heures.

En 2014, l'INPES et le Collège de Médecine Générale ont publié des recommandations de bonne pratique permettant de prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Il était préconisé que le praticien s'inscrive dans une démarche active de recueil de certains éléments caractérisant la situation sociale du patient : l'âge, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, le type de couverture sociale, et les capacités de compréhension du langage écrit (54). Dans la population des personnes migrantes, au vu des résultats de la présente étude, il semble également important de tenir compte de la situation de la personne dans son parcours migratoire, et de sa situation matérielle et administrative, qui conditionnent ses capacités à comprendre et à suivre son traitement, et à poursuivre son parcours de soins.

Sur le plan du système et de l'offre de soins, une amélioration de l'accès au système de droit commun est à envisager, car les dispositifs restent insuffisamment utilisés, et lorsqu'ils le sont, ils ne s'avèrent pas toujours efficaces dans leur fonctionnement. Pour les structures hors droit commun, comme les PASS, une meilleure adaptation aux spécificités du parcours migratoire, et une prise en compte plus importante des déterminants individuels semble souhaitable. Celles-ci devraient s'éloigner d'une logique d'urgence humanitaire qui, si elle reste une situation bien réelle, est loin de correspondre à la diversité des profils et des parcours des patients rencontrés.

Sur le plan organisationnel, des recommandations de bonne pratique ont également été proposées (11):

- la flexibilité dans l'organisation de l'offre de soins
- la disponibilité des soignants (en particulier lorsqu'il existe une barrière de langue, ou une problématique sociale)
- le recours à des dispositifs adaptés aux barrières linguistiques et culturelles (interprète formé à l'utilisation du vocabulaire médical, et aux notions de neutralité et de confidentialité)
- le travail en réseau avec les membres de la famille, de la communauté, et les travailleurs sociaux
- l'accès des patients à l'information et à l'éducation à la santé
- la qualité et le suivi de la relation entre patient et équipe soignante
- la mise à disposition de recommandations sur la prise en charge des différents groupes de migrants.

6-7 Perspectives de recherche

De nombreux aspects n'ont pas ou peu été abordés au cours de cette étude, et pourraient être approfondis lors de travaux futurs :

- le point de vue du soignant n'a pas été étudié ici. Certaines des études que nous avons citées, réalisées dans des contextes différents, ont déjà permis d'étudier la question de la prise en charge des patients migrants en soins primaires, mais il existe un certain nombre de spécificités, dans la population que nous avons rencontrée, dont la prise en compte par les soignants peut s'avérer difficile.

- le parcours de soins ultérieur des patients pourrait faire l'objet d'une étude à part entière : les témoignages des patients, et des militants et associatifs qui les accompagnent, mettent en lumière d'importantes difficultés.
- les aspects économiques et sociaux n'ont été que partiellement envisagés ici : une étude centrée sur ces aspects permettrait d'évaluer l'importance des différents facteurs mis en jeu.
- la dimension culturelle propre à chaque communauté, et l'influence qu'elle exerce sur le comportement du patient, pourraient être envisagés dans une future étude comme des facteurs déterminants l'état de santé des personnes, et leur rapport au système de soins, même si ce n'est qu'un déterminant, parmi d'autres, du rapport du patient à son état de santé et au système de soins.

7 Conclusion

Nous avons pu mettre en évidence certaines spécificités des patients migrants consultant dans les structures de médecine générale qui leur sont destinées : il s'agit de personnes en difficulté dans leur parcours de soins, alors même que la santé est pour eux une préoccupation importante. La démarche de « l'aller-vers », qu'elle soit entreprise par un intermédiaire associatif ou par la structure elle-même, permet de réduire ces difficultés. Nous avons également pu observer qu'une majorité de patients était dans un processus de stabilisation plutôt que dans une étape de leur parcours migratoire, ce qui devrait les orienter vers le système de droit commun. Les attentes et besoins exprimés et insuffisamment pris en compte, comme notamment la prise en charge des troubles psychologiques, témoignent d'une pratique médicale encore trop influencée par les représentations, et insuffisamment à l'écoute des besoins des patients.

La question de l'accès aux soins primaires des patients migrants, en tant que problématique à la fois sociale et médicale, rappelle ainsi l'importance de l'approche holistique du soignant, en particulier en médecine générale. Une bonne pratique, quelle que soit le patient que le praticien prend en charge, doit avant tout être individualisée, adaptée aux besoins du patient, plutôt qu'une approche qui se focaliserait sur des stéréotypes sur les migrants, supposés être très différents des patients autochtones. L'attitude de chaque soignant, très liée à son expérience personnelle, mais aussi au contexte sociétal, semble être ce qui est le plus difficile à changer. Alors que la prise en charge des personnes migrantes en médecine générale fait partie des compétences du médecin généraliste définies par la WONCA, il n'existe à l'heure actuelle aucun enseignement spécifique dans le tronc commun des études médicales en France.

La place faite à ces patients dans le système de droit commun, et notamment dans la médecine de ville, doit être améliorée, ne serait-ce qu'en évaluant mieux, dans le but de les améliorer, les dispositifs existants.

Les diverses recommandations faites sur la prise en charge des patients migrants, et plus largement des patients précaires, dépendent également dans leur mise en œuvre des priorités des politiques publiques : la charte de l'OMS de 1986 sur la promotion de la santé, dite « charte d'Ottawa » précise qu'en « matière de santé, [...] les conditions et ressources préalables, sont : la paix, un abri, de la

nourriture et un revenu (58) ». Or, il existe un affrontement des logiques entre les politiques globales de gestion du phénomène migratoire clandestin, qui apportent des réponses d'ordre administratif et policier, et la gestion locale, d'ordre social et humanitaire, dont les soignants sont des acteurs de premier plan. Face à ces patients, chaque soignant peut agir pour plus d'équité, et tout aussi bien favoriser la reproduction des inégalités sociales.

Deux logiques coexistent aujourd'hui, celle de l'urgence humanitaire, malheureusement bien réelle, et celle de l'accompagnement dans le système de droit commun, qui doit encore progresser vers un accès équitable et universel à des soins de qualité.

8- Bibliographie

1. Wonca Europe (Société européenne de médecine générale - médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
2. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel Métiers et Compétences. 2010.
3. Association Médicale Mondiale. Déclaration d'Helsinki - Principes éthiques applicables à la recherche impliquant des êtres humains [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/>
4. Fassin D. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Balland.
5. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Arman Colin; 2007.
6. Ingleby D. La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe. *Hommes Migr.* 2009;(1282).
7. Contribution conjointe des Nations Unies / DAES et de l'OCDE au Dialogue de haut niveau des Nations Unies sur les migrations et le développement. 2013 oct.
8. UNHCR. Le coût humain de la guerre - rapport mondial 2013.
9. Cimade. Petit guide pour lutter contre les préjugés sur les migrants. 2011.
10. Norredam M. Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull* [Internet]. oct 2011 [cité 14 avr 2014];58(10). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/21975158>
11. Priebe S. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries - 1471-2458-11-187.pdf. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [cité 14 avr 2014];11(187). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pmc/articles/PMC3071322/pdf/1471-2458-11-187.pdf>
12. Thomas O. Des émigrants dans le passage. Une approche géographique de la condition de clandestin à Cherbourg et sur les côtes de la Manche. [Caen]: Université de Caen; 2011.
13. Wihtol de Wenden C. Motivations et attentes des migrants.
14. Laacher S. Après Sangatte... Nouvelles immigrations, nouvelles questions. Paris: La Dispute; 2002.
15. Akoka K, Clochard O. Dans la jungle des villes. *Vacarme.* juin 2009;(48).
16. Thomas O. Voir ou ne pas voir les migrants? Les camps de « clandestins » près des côtes de la Manche. *Métropolitiques.* 2012;
17. ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les populations en situation de précarité. 2013.

18. Casadevall M, Blacher J, Calimia C, Haus F, Giorno M, Lelong H, et al. Profil des patients d'une permanence d'accès aux soins de santé parisienne. *Rev Médecine Interne*. 2009;(30):S52.
19. Avrillon M. Santé mentale des exilés dans le Nord-Pas-de-Calais: entre nécessités et difficultés de prise en charge. IEPG - Sciences Po Grenoble; 2013.
20. Pascal J, Laboux O, Paillereau J, Guimelli B, Lombrail P. Social vulnerability of out-patients consulting the dentistry service of a public hospital. *Santé Publique*. sept 2005;17(3):357-69.
21. Duquet A, Bévière B. Access to health for illegal immigrants: a specific organisation in France. *Eur J Health Law*. janv 2011;18(1):27-35.
22. www.ameli.fr. CMU, CMU-C, AME et ACS [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-paris/vous-informer/cmu-cmu-c-ame-et-accs/l-essentiel-sur-la-cmu-l-ame-et-l-accs_paris.php
23. Décret relatif à la prise en charge des frais de santé par l'AME. févr 3, 2015.
24. Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquart L, Manac'h D, Bastianic T, et al. Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juin 2009;57(3):204-11.
25. Ministère des affaires sociales et des solidarités. Circulaire relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle. DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 mai 3, 2000.
26. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. avr 2015;68(4):435-41.
27. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. Lille II; 2011.
28. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME. Défenseur des Droits; 2014 mars.
29. Archimbaud A. Accès aux soins des plus démunis: 40 propositions pour un choc de solidarité. 2013 sept.
30. Georges C, Porcher R, Tolédano C, Bourgarit A, Marjanovic Z, Bordon P, et al. Évaluation médico-sociale d'une permanence d'accès aux soins de santé, la consultation « Verlainne » de l'hôpital Saint-Louis. *Rev Médecine Interne*. 2002;23(Supplément 5):576s.
31. Gatin B, Aparicio C, Carron A, Chauvin P, de Champs Leger H, de Gennes C, et al. Analyse descriptive des patients de 5 consultations sans rendez-vous avec PASS intégrée à l'AP-HP. *Rev Médecine Interne*. 2009;(30):S36-76.
32. Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. *Rev Médecine Interne*. 2014;35:709-14.
33. Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn Health* [Internet]. févr 2014 [cité 14 avr 2014]; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/24517205>

34. Selkirk M, Quayle E, Rothwell N. A Systematic Review of Factors Affecting Migrant Attitudes Towards Seeking Psychological Help. *J Health Care Poor Underserved*. févr 2014;25(1):94-127.
35. Maignan M, Guenifa Y, Parenty C, Lievin T. Quel recours aux avis spécialisés en 2008 quand la Permanence d'accès aux soins de santé d'un CHU est gérée par des médecins généralistes. *Rev Médecine Interne*. 2009;30:S135.
36. Mantelet S. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. *Encycl Méd-Chir*. 1998;37.
37. Desprès C. Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. *Quest Économie Santé*. 2011;169.
38. Cattacin S, Chimienti M. Difference sensitivity in the field of migration and health: national policies compared. *Univ Geneva*. 2007;Working Paper n°1.
39. Juckett G, Unger K. Appropriate use of medical interpreters. *Am Fam Physician*. oct 2014;7(90):476-80.
40. Augé M, Herzlich C, éditeurs. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, France: Éd. des Archives contemporaines; 1983. 278 p.
41. Bihr A, Pfefferkorn R. Les inégalités sociales de santé. *¿ Interrog [Internet]*. juin 2008;(6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales.). Disponible sur: <http://www.revue-interrogations.org/Les-inegalites-sociales-de-sante,271>
42. Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics: l'art difficile de la neutralité en médecine. *Rev Médicale Suisse*. mai 2007;(3):1413-4.
43. Ochieng BM. Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *Eur J Public Health*. avr 2013;23(2):265-9.
44. Human Rights Watch. *France: Les migrants et les demandeurs d'asile victimes de violence et démunis*. 2015.
45. Migreurop. *Les frontières assassines*. Hors Collection. 2009.
46. Défenseur des Droits. *Décision n°MDS 2011-13*. 2012 nov.
47. Carriburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*. Armand Colin; 2010.
48. Genel K. Le biopouvoir chez Foucault et Agamben. *Methodos*. 2004;(4).
49. Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*. 2004;32:53-9.
50. *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat*. Direction générale des Finances - Direction générale des affaires sociales; 2007 mai.
51. *Personnes sans papiers: des obstacles aux soins partout en Europe*. *Prescrire*. août 2010;30(322):578-9.

52. Mladovsky P. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe.
53. Stirbu I, Kunst AE, Vlems FA, Visser O, Bos V, Deville W. Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: convergence toward the rates of the native Dutch population. *Int J Cancer*. 2006;119(11):2665-72.
54. INPES, CMG. Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1538>
55. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes: la pratique médicale est aussi concernée. *Rev Médicale Suisse*. sept 2005;(34).
56. Todd K, Lee T, Hofman JR. The effect of ethnicity on physician estimate of pain severity in patients with isolated extremity trauma. *J Am Med Assoc*. 1994;(271):925-8.
57. Sze M, Butow P, Bell M, Vaccaro L. Migrant health in cancer: outcome disparities and the determinant role of migrant-specific variables. *Oncologist*. mai 2015;20(5):523-31.
58. Merlin M. Santé publique et tropiques: le Pharo, une école de pensée et d'action.

9- Annexes

Accès des patients migrants aux soins primaires

Questionnaire patients

1- Comment avez-vous décidé de faire appel à cette consultation ?

- par moi-même
- orienté par un proche
- orienté par une association
- c'est la structure qui s'est déplacée jusqu'à moi

2- Où seriez-vous allé pour vous soigner si cette consultation n'existait pas ?

- aux urgences
- vers une association
- vers un médecin de ville
- j'aurais attendu d'avoir une assurance maladie
- je ne serais pas allé consulter

3- Avez-vous déjà renoncé à vous soigner depuis que vous êtes en France ?

- oui
- non

4- Vous a-t-on déjà refusé des soins depuis que vous êtes en France ?

- oui
- non

5- Qu'attendez-vous de la consultation (plusieurs réponses possibles) ?

- une réponse médicale à un problème de santé précis
- un traitement médicamenteux pour un problème de santé précis
- des explications sur un problème de santé
- une réponse à un problème psychologique
- une prise en charge générale (check-up)
- du dépistage (maladies transmissibles, addictions, problèmes psychologiques)

- une écoute, de l'attention de la part du soignant
- un lieu de repos
- de retrouver ma dignité, mon humanité
- de la réassurance, pour dissiper une crainte
- le secret médical
- un certificat, ou un document administratif

6- Qu'est-ce qui vous préoccupe principalement ?

- ma santé
- les forces de l'ordre
- la situation de ma famille ou de mon entourage
- le sentiment d'être en insécurité
- le logement
- la liberté
- ma situation administrative
- le travail ou les revenus

Caractéristiques patients :

7- Parlez-vous (plusieurs réponses possibles) :

- français anglais une autre langue

8- Age :

9- Sexe :

- homme
- femme

10- Nationalité :

11- Quelle est votre situation sur le territoire français ?

- en transit
- demandeur d'asile

- réfugié
- débouté après une demande d'asile

12- Avez-vous le projet de rester en France ?

- oui
- non

13- Avez-vous des revenus réguliers ?

- oui
- non

14- Où vivez-vous ?

- hébergement stable (personnel, ou chez un proche)
- dans un squat
- dans un campement, une jungle

15- Vivez-vous avec des proches (famille, amis)?

- Oui
- non

Diagnostic(s) :

AUTEUR : ABT Mathieu

Date de Soutenance : 1^{er} octobre 2015

Titre de la Thèse : Recours à la médecine générale des patients migrants dans le Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Diplôme d'Études Spécialisées Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale ; Soins Primaires ; Migrants

Résumé :

Contexte : Parmi les inégalités sociales que subissent les migrants, les difficultés d'accès aux soins sont importantes. Les médecins généralistes en sont les premiers témoins, et peuvent jouer un rôle majeur pour améliorer la prise en charge et l'orientation de ces patients.

Objectif : Cette étude a pour but d'objectiver les besoins et attentes des patients migrants, et d'évaluer dans quelle mesure les dispositifs de soins primaires y répondent de façon appropriée.

Méthode : Étude quantitative par questionnaire soumis aux patients consultant un médecin généraliste à la PASS de Calais ou à la clinique mobile de Médecins du Monde, avec recueil des résultats de consultation et comparaison aux données de l'étude Ecogen.

Résultats : 307 patients ont été inclus, ayant un profil relativement représentatif de cette population. Les difficultés sociales, notamment dans l'accès aux soins, sont fortes. Les patients accordent une place importante à leur santé. Le renoncement aux soins est fréquent. Les pathologies aiguës et en rapport avec les conditions de vie sont fortement représentées, alors que les besoins de prise en charge généraliste sont importants, et que les attentes des patients sont souvent multiples et complexes. Les résultats de consultation n'ont pas toujours été en rapport avec les attentes des patients, notamment dans les domaines de la prévention et de la prise en charge psychologique. Les traitements médicamenteux sont surreprésentés.

Conclusion : Les discordances importantes entre les attentes des patients et les résultats de consultation témoignent des difficultés persistantes dans la prise en charge en soins primaires des patients migrants, du fait de situations de grande précarité, des faiblesses du système de soins, et d'une pratique des soignants insuffisamment adaptée aux besoins et aux attentes des patients. La logique humanitaire est prépondérante, alors qu'il existe un fort besoin de prise en charge globale.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Dr Matthieu CALAFIORE, Dr Philippe LEVISSE