

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28, juin, 2018 à Poitiers
par Madame Nolwenn HERY

Les migrants connaissent-ils l'organisation du système
de santé français et comment l'utilisent-ils ?
Enquête auprès de 38 migrants ayant-droit à la CMU à Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Membres :

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Professeur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

RESUME

INTRODUCTION : Dans un contexte d'augmentation des flux migratoires et d'une probable accentuation du phénomène à moyen terme, nous avons jugé intéressant d'étudier le recours aux soins des migrants en France. L'objectif principal était d'évaluer leur connaissance du système de soin français et de comprendre l'utilisation qu'ils en faisaient. **METHODE :** Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à Poitiers de juillet à décembre 2017 auprès de migrants majeurs, ayant droit à la CMU. Le recrutement s'est opéré dans différents lieux de vie. Le questionnaire comportait 22 rubriques se composant de trois parties. Une première sur les caractéristiques sociodémographiques, une seconde sur le niveau de connaissance du système de santé français et une troisième sur l'utilisation du système de santé. Trois modes de premier recours aux soins avaient été identifiés : la médecine de ville, les urgences de l'hôpital et un centre d'accueil médical dédié aux étrangers et personnes en situation de précarité. **RESULTATS :** Nous avons réalisé 38 entretiens. La majorité de l'échantillon était composée d'hommes africains francophones, récemment arrivés seuls en France. La connaissance des migrants sur les filières de soins était majoritairement perçue comme mauvaise ou moyenne. La majorité des migrants rencontrés avait recours à la médecine de ville. L'étude a permis de constater le rôle capital des travailleurs sociaux comme vecteur de l'information sur le système de santé. **CONCLUSION :** Il ressort de notre étude que si le système de santé français est difficile à déchiffrer par les migrants, ils en font une utilisation rationnelle pour peu qu'ils soient guidés lors de leur première démarche de santé. Ainsi, devant une probable accentuation des flux migratoires dans les décennies à venir, les solutions seraient moins à chercher dans le rajout de lieux dédiés, risquant d'accentuer l'exclusion, qu'à favoriser le recours au système de santé existant, contribuant ainsi à l'intégration de ces populations nouvelles. La question d'un contact direct entre le soignant et le travailleur social lors de la première consultation avec un migrant est une piste à explorer.

MOTS CLES : Migrant, étranger, CMU, système de santé, premier recours

ABSTRACT

BACKGROUND: In a context where migration flow is increasing and is likely going to continue to do so in short to medium term, we considered interesting to study how migrants get access to medical care in France and how they used it. **METHODS:** It was a qualitative study done in Poitiers between July and December 2017 by interviewing migrants persons of legal age who could have access to Universal Health Coverage Act. Subjects were recruited in different living quarters. The survey had 22 entries divided in three parts. The first part was about their sociodemographic characteristic, the second one about their knowledge of french health and medical care and the last one about their use of the health care system. Three ways of getting access to first care have been identified: medical care from local physicians (often located in the city), hospital's emergency and medical center for foreigners and persons in precarious situations. **RESULTS:** We interviewed 38 persons. The majority of the cross section was french speaking african men, newly arrived and alone in France. Self-assessed knowledge about french healthcare system was globally low to very low. A huge majority of migrants went to local physicians. The study highlighted the crucial role of social workers as vector of information about the health care system. **CONCLUSION:** It appears in our study that even though french health care system is complicated to read for migrants, they use it rationally if they got guidance in their first steps through it. Consequently, in regards of the probable increasing migration flow in the decades to come, the solutions are not to be found in more places dedicated only to migrant's health rather in developing their access to existing health care solutions. Instead of risking an accentuation of migrant's exclusion, the access to pre-existing medical care solutions would contribute to this new social group's integration. Possibility of a direct meeting between physician and social worker might be a path to explore as well. **KEYWORDS:** Migrants, foreigners, Universal Health Coverage Act, health care system, first recourse.

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28, juin, 2018 à Poitiers
par Madame Nolwenn HERY

Les migrants connaissent-ils l'organisation du système
de santé français et comment l'utilisent-ils ?
Enquête auprès de 38 migrants ayant-droit à la CMU à Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Membres :

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Professeur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KAPAVAN TABON Lucie, anesthésiologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (mission 09/2017 à 03/2018)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité de 10/2017 à 01/2018)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Migeot pour avoir accepté de présider mon jury.

Au Professeur Mimos pour avoir accepté d'être membre de mon jury et pour m'avoir permis d'accéder au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence.

Au Professeur Birault pour avoir accepté d'être membre de mon jury.

A toi Olivier, plus que de me faire aimer la Médecine Générale tu me l'as fait vivre! Je sais combien tu désapprouves mon orientation professionnelle mais ne t'inquiète pas, tout ce que j'ai appris à tes côtés ne me quitteras jamais. Et qui sait, peut-être qu'un jour... je ne voudrais plus être d'urgentiste. Tu aimes ton métier et tu as raison, ne change rien. Je te remercie sincèrement d'avoir été mon directeur de thèse, je ne pouvais pas espérer mieux car tu as été d'un soutien exemplaire.

Un grand MERCI à toi mon Chat ! Pour ton aide dans cette thèse mais aussi et surtout pour la vie que tu m'offres chaque jour. Tu me soutiens et m'encourage. Tu m'aides à ne pas m'égarer. Au bord de la mer, sous les tropiques, dans un camp de réfugié ou à la montagne avec des poules, l'important sera d'être près de toi.

A mon trio de choc sans qui ces trois années d'internat n'auraient pas été aussi sympas ! Ombeline, mon âme sœur, nous sommes sorties de notre 1^{ère} journée d'internat ensemble et nous voilà parties pour débiter notre vie d'urgentiste marchant côte à côte. On n'est pas des « grandes gueules », c'est juste qu'on exprime avec passion nos idéaux. Ça fait du bien de t'avoir trouvé. Clémence, pétillante de vie et de générosité. Tu m'as fait aimer la colocation et ce n'était franchement pas gagné. C'est tout simplement un plaisir de passer du temps avec toi. Houyame, tu es une force de la nature, si tu savais comme je te respecte ! J'adore nos petits débriefings de vie.

A mes parents, sans qui je ne serais pas la moitié de la femme que je suis aujourd'hui. Même si nous n'avons pas toujours la même vision des choses, les échanges avec vous sont toujours enrichissants et bienveillants. Vous m'avez toujours accepté comme j'étais, pour cela je vous serais éternellement reconnaissant.

A toi Blandine, on a débuté le SAMU Social ensemble et on ne s'est plus quitté depuis. Tu es ma bohème de luxe préférée ! Je ne me fais pas de souci pour nous, on va continuer à se voir !

A toi Maud, tu es profondément bienveillante. Tu as été le fil conducteur de ma thèse. Je me souviens quand tu m'as dit « enfin une thèse de médecine que je vais comprendre ! ». Voilà elle est finie, j'espère qu'elle te plaira.

Merci à mes sœurs, Clémence et Adeline. Nous sommes toutes les trois différentes mais nous sommes liées, quelque chose de fraternel quoi. Vous pouvez compter sur moi et vice versa. Je vous respecte sincèrement.

Merci à mes copines de lycée : Suzanne, Marjo et Charlotte. On ne se voit plus souvent car nos chemins sont très différents. Je sais que votre approbation est inébranlable et je vous en remercie.

Merci à mes copains de fac : Asaël, Zoé, Mélou, Aurélien, Marine, Charlène, Marion, Laurent et d'autre.

Merci à toutes les structures sociales qui m'ont accueilli chaleureusement. Notamment à toi Malvina, tu as fait preuve d'un réel intérêt pour ma thèse et d'un dynamisme qui m'a donné du baume au cœur quand les débuts étaient laborieux. Mais aussi merci aux travailleurs sociaux des Herbeaux, de la PADA, de la Croix Rouge et du Relais.

Enfin et surtout, MERCI à tous les migrants qui ont répondu à mes questionnaires. Sans vous rien n'aurait été possible. Merci également à tous ceux qui aurait voulu mais qui n'ont pas pu.

SOMMAIRE

ABREVIATION	10
PREAMBULE	11
INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODE	23
1. Naissance du projet.....	26
2. La question de recherche	27
3. Type d'étude	27
4. Population étudiée	27
5. Période de l'étude.....	27
6. Constitution de l'échantillon.....	27
7. Critères d'inclusion.....	28
8. L'enquête	28
9. Le déroulement des entretiens.....	31
10. Traitements des données	32
11. La triangulation	32
RESULTATS	33
1. Quelques informations sur les entretiens.....	34
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	44
3. Evaluation du niveau de connaissance des migrants.....	48
4. Utilisation du système de soin français.....	54
5. La triangulation	59
DISCUSSION	60
1. Critères d'inclusion.....	61
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	63
3. Evaluation du niveau de connaissance des migrants.....	66
4. Identification du vecteur de l'information	71
5. Utilisation du système de santé.....	73
6. Cas particuliers.....	76
7. La triangulation	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	85
RESUME	91

SOMMAIRE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau I : Principales définitions	16
Tableau II : Le parcours de soin	18
Tableau III : Pays d'origine de l'échantillon	46
Tableau IV : Nombre de réponses de migrants répondant aux questions sur leur lieu de recours aux soins en fonction des situations	57

FIGURES

Figure n°1 : Schéma simplifié de la procédure de demande d'Asile en France	21
Figure n°2 : Partie concernant la connaissance du système de santé	30
Figure n°3 : Partie du questionnaire concernant l'utilisation du système de santé	31
Figure n°4 : Répartition des âges de l'échantillon	44
Figure n°5 : Répartition des migrants selon le genre	45
Figure n°6 : Années d'arrivée en France des migrants rencontrés	45
Figure n°7 : Langues parlées dans le pays d'origine des migrants rencontrés	46
Figure n°8 : Continents d'origine des migrants rencontrés	47
Figure n°9 : Composition du foyer lors du départ du pays d'origine	47
Figure n°10 : Effectif de l'échantillon en fonction des lieux d'entretien	48
Figure n°11 : Niveau de connaissance sur l'organisation du système de soin	48
Figure n°12 : Les migrants et la consultation d'un médecin généraliste	49
Figure n° 13 : Les migrants à propos du suivi médical	50
Figure n°14 : Les impressions sur la disponibilité de la médecine de ville	50
Figure n°15 : Public concerné par le recours à la médecine de ville selon les migrants rencontrés	51
Figure n°16 : A propos de la déclaration d'un médecin traitant	51
Figure n°17: A propos du lieu de recours aux soins vis-à-vis de la dispense d'avance de frais ..	52
Figure n°18 : Nombre des migrants ayant la sensation d'être dans le droit commun	53
Figure n°19 : Comparaison des migrants ayant l'impression de ne pas avoir les mêmes droits à la santé que des français avec la totalité de l'échantillon	53
Figure n°20 : L'initiateur de l'information sur l'organisation du système de soin français	54
Figure n°21 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des motifs de consultation	56
Figure n°22 : Proportion de migrants de disant concerné par la contraception par rapport à l'effectif total et selon le genre	56
Figure n°23 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des lieux d'interview	57
Figure n°24 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des motifs de consultation proposés, dans le sous-groupe des Guinéens	59

ABREVIATIONS

AME: Aide Médicale d'État

ARS: Agence régionale de santé

ATSA : Accueil Temporaire Service de l'Asile

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CASO : Centres d'accueil de soins et d'orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHUS : Centre d'Hébergement d'Urgence Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cour Nationale des Demandeurs d'Asile

CNRS : Centre national de recherche scientifique

COMEDE : Comité pour la santé des Exilés

CRF : Croix Rouge Française

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

GISTI : Groupe d'information et de soutien des immigrés

HUDA : Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernemental

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

RC : Résultats de consultation

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'orientation

UE : Union européenne

PREAMBULE

PREAMBULE

La France est le plus ancien pays d'immigration d'Europe. A partir de la Première Guerre Mondiale, la France reçoit les premiers contingents de travailleurs coloniaux, notamment les marocains et les algériens. A partir de 1945, la dynamique migratoire va être guidée par la monétarisation des économies du Sud, les besoins de main d'œuvre dans l'économie française et également le rapprochement familial des populations déjà installées. Ces vagues migratoires ont concerné les italiens, les portugais, mais aussi une nouvelle fois les marocains et les algériens. En 1974 avec la suspension de l'immigration de travail, la donne migratoire va changer. La quantité de migrants reste la même, mais la nature des déplacements va devenir plus humanitaire qu'économique. C'est ainsi qu'à partir de 1973, des chiliens vont fuir la dictature de Pinochet, puis des cambodgiens les régimes des Khmers. Egalement, on observera des flux de migrants fuir les différents conflits en Afrique de l'Ouest et Centrale. Dans les années 1990-2000 s'ajoutera l'effet du conflit des Balkans et de la guerre en Tchétchénie. Enfin, les violences armées au Congo, au Soudan ou en Erythrée, les guerres du Moyen- Orient et les Printemps arabes alimentent un flux croissant d'exilés fuyant les violences de leur pays d'origine. En 2015 avec la crise syrienne, près de 1 257 000 personnes ont demandé asile dans l'Union Européenne (UE).

D'après le rapport de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides), on recense 650 000 primo-demandes d'asile dans l'UE en 2017, soit presque deux fois moins qu'en 2016¹. La France y est l'un des principaux pays d'accueil parmi l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) mais son volume d'accueil reste inférieur à celui de ses voisins. En effet, elle est au 3ème rang en valeur absolue avec 91 000 demandes d'asile contre 198 000 en Allemagne et 126 650 en Italie, soit à eux seuls la moitié des nouvelles demandes enregistrées en 2017. La France est au 11ème rang européen en termes de primo-demandeurs par million d'habitants. Cependant, c'est un des rares pays européens à avoir connu une hausse du nombre de demandes d'asile en 2017 (+19%).

Au plus fort de la crise migratoire en 2015, le Haut-Commissariat aux Réfugiés chiffrait à 60 millions de personnes le nombre de réfugiés dans le monde. Depuis

¹ Demandes d'asile dans les Etats membres de l'union européenne. Communiqué de presse du 20/03/2018. Eurostat.

2015, environ 1,5 million de migrants auraient gagné les côtes européennes. Dans ce contexte, l'Union européenne (UE) avait lancé une politique de relocalisation des migrants arrivés en Grèce ou en Italie, en appliquant un mécanisme de quotas pour mieux les répartir entre les Etats membres. Le bilan réalisé en Septembre 2017 atteste que la France, comme d'autres pays de l'UE, n'a pas respecté son engagement².

Dans un contexte de mobilité internationale et d'augmentation des flux migratoires dans le monde, il est légitime de se poser la question de l'intégration de ces populations dans notre société. Il est aujourd'hui difficile de mesurer à la fois les effectifs présents et les flux d'entrée et de sortie des migrants, mais tout semble cependant indiquer que leur nombre n'excède pas 0,5 % de la population générale en France³.

A moyen terme, les évolutions politiques, économiques et environnementales vont inexorablement amplifier les phénomènes migratoires. Cela oblige à anticiper des structures officielles pérennes pour les nouveaux arrivants dans des conditions décentes, mais aussi des moyens d'intégration de ceux pouvant relever du droit d'asile ou du statut de réfugié.

En accord avec la charte originelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats, « Toute personne quelle que soit sa situation dans le monde a le droit à la santé », c'est-à-dire avant toute chose, à « un état de complet bien-être physique, mental et social ». C'est ainsi que l'intégration de ces populations doit passer par l'organisation d'un accès aux soins satisfaisant.

La France possède un système de santé basé sur la solidarité. Depuis 1945 et l'apparition de l'Assurance Maladie, chacun des membres de cette société peut prétendre à un accès aux soins juste, sans que le niveau socio professionnel et économique n'intervienne.

² Accueil des migrants en Europe : un bilan bien en deçà des objectifs. France Culture 2017. <https://www.franceculture.fr/geopolitique/accueil-des-migrants-en-europe-un-bilan-bien-en-deca-des-objectifs>

Qu'est-ce qu'un migrant ?

Toute migration quelle qu'elle soit est une pulsion existentielle née de la conviction que construire sa vie sur place est impossible. Le terme migrant désigne toute personne de nationalité étrangère qui, quelles que soient son origine géographique, la motivation de son déplacement et ses conditions d'entrée en France, se trouve dépourvue de titre sur le territoire français. Nous verrons par la suite les autres définitions utiles.

Etat de santé des migrants

L'état de santé des migrants qui est meilleur à leur arrivée devient moins bon que celui des français avec le temps. Ce meilleur état de santé initial est expliqué en grande partie par une sélection liée à la migration. Ce fait est objectivé par de multiples études internationales (1). Cependant, depuis les années 2000, les travaux français, en cohérence avec des études européennes, indiquent que l'état de santé des immigrés étrangers est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population. En outre, après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques, les résultats montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français. Le moindre recours aux soins de ville en est une explication. La perte des liens sociaux induite par la migration est documentée par la notion de capital social⁴ (2). Manquer de capital social diminue la diffusion de l'information et rend plus difficile l'accès des individus à certaines ressources, notamment l'accès au fonctionnement des filières de soins.

³ Comité consultatif national d'éthique. Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique. 2017.

⁴ Capital social : En raison de son caractère multidimensionnel, le concept de capital social peut recouvrir plusieurs définitions. Nous avons retenu celle de Dasgupta qui le considère comme un réseau interpersonnel qui facilite la confiance mutuelle.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Avant de présenter notre travail, il nous a semblé important de préciser le contour du champ de notre étude. Il s'agit de définitions, d'éléments de type organisationnel et de détails sur la situation locale.

1. Quelques définitions

L'utilisation indifférenciée des termes qualifiant une personne qui n'est pas née en France et qui y réside témoigne de la confusion existante quant à ces différentes populations. Le Guide, réalisé par le Comité pour la santé des Exilés (COMEDE) (Tableau I) (3), clarifie les choses.

Tableau I : Principales définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Réfugié** ou « **protégé subsidiaire** » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **Ressortissants de pays tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.
- **Sans-papiers** ou **clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans papiers ») de la présence de la personne.

Nous rappelons que cette étude s'intéresse à toutes les personnes de nationalité étrangère qui, quelles que soient leur origine géographique, les motivations de leur déplacement et leurs conditions d'entrée en France, se trouvent dépourvues de titre de séjour sur le territoire français. Dans un souci de facilitation, nous les nommerons: « migrants ».

2. Les droits à l'assurance maladie

Pour cette population souvent précaire, l'accès au soin passe par l'accès au droit. L'ouverture de droit signifie l'accès à la dispense des frais. Les ressortissants étrangers peuvent prétendre à divers systèmes de protection maladie selon trois facteurs: la nature de leur résidence en France, l'ancienneté de leur présence en France et le statut administratif du séjour (3).

Nous rappelons que l'Assurance maladie est une branche de la Sécurité sociale. Cette assurance du service public est soumise à une cotisation (dont les plus pauvres sont dispensés) et ne couvre qu'une partie des frais de santé. Les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire ».

La « CMU de base » est une expression administrative qui désigne une porte d'entrée à l'assurance maladie pour les non travailleurs et non ayants droit, c'est à dire des personnes dites « inactives », qu'elles soient riches ou pauvres. La « complémentaire-CMU » désigne une couverture complémentaire du service public, gratuite, réservée aux assurés ayant de faibles ressources. Il s'agit d'un dispositif spécialisé non contributif visant à assurer la « gratuité » des soins des plus pauvres (4,5 millions de bénéficiaires en 2012).

L'Aide Médicale d'État (AME) est une protection maladie pour des étrangers démunis, exclus de l'assurance maladie faute de document de séjour en cours de validité et résidant en France depuis plus de 3 mois. Elle est accordée pour une durée d'un an renouvelable.

3. L'organisation du système de soin français

Le système de santé français n'est pas, loin s'en faut, le plus structuré des pays européens. Cependant, les successives lois depuis une quinzaine d'années tentent d'organiser un parcours de soin s'appuyant sur la notion de médecin traitant (Tableau II) (3).

Tableau II : Le parcours de soin

Parcours de soins coordonné	S'il n'est pas orienté par son médecin traitant, le patient qui consulte de sa propre initiative un spécialiste ou réalise des examens médicaux se trouve hors du parcours de soins coordonné. Il est sanctionné par une augmentation du prix et une diminution du remboursement de ces soins.
Médecin traitant	Médecin généraliste ou spécialiste choisi par le patient pour coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et les examens nécessaires au suivi de la santé du patient.
Tiers payant	Appelé aussi « dispense d'avance des frais », c'est un mécanisme de paiement d'un professionnel de santé par lequel celui-ci se fait payer son acte directement par l'assureur du patient (tiers) et non par le patient lui-même. Le tiers payant peut porter sur la part obligatoire seulement (assurance maladie) ou sur le montant total de l'acte en « tiers payant intégral » (assurance maladie et complémentaire).

Notre étude s'est intéressée au recours à la médecine générale. Dans une démarche de meilleure compréhension, nous avons assimilé les termes « médecin de ville », « médecin généraliste » et « médecin traitant ». Le but était de distinguer les médecins libéraux de ville et les médecins hospitaliers ou des milieux associatifs.

4. Migrant : pourquoi partir ?

Il existe plusieurs modes de migration, plusieurs « raisons de partir ». La plus connue est la migration économique. Le départ est dans ce cas motivé par la recherche d'un meilleur emploi ou d'un salaire plus élevé. Cela peut également concerner des étudiants. Il existe aussi une migration familiale motivée par le souhait de rejoindre et/ou d'accompagner un membre de sa famille. Enfin, on connaît la migration humanitaire ou forcée, provoquée par des crises politiques, socio-économiques ou environnementales, qui obligent les personnes à quitter leur pays, leur vie étant en péril. En réalité, les migrations sont souvent la conséquence d'une combinaison de plusieurs facteurs. A noter que les migrations se font majoritairement au sein même du pays (on parle de population déplacée) ou dans

les pays frontaliers.

Souligné par Thomas Lacroix dans son ouvrage « Migrants, L'impasse Européenne » (4), lorsque l'on adopte le regard des candidats au départ, la mécanique migratoire est bien moins schématique. Dans une grande diversité de motifs et de formes migratoires, il distingue les facteurs personnels et les facteurs contextuels. Dans les motifs individuels, il évoque le départ volontaire de réalisation personnelle, l'envie de voir d'autres horizons. Il existe également des profils plus « actifs », recherchant une université ou une entreprise attractive. Il évoque des motifs sociaux amenant une dimension collective au départ. Cette société derrière le projet de départ peut jouer un rôle positif ou négatif. Positif quand il s'agit d'un encouragement. Négatif quand la collectivité exerce un rejet sur l'individu du fait de ses opinions, de sa situation sociale ou encore de son mode de vie.

5. Description du parcours d'un migrant à son arrivée

Les titres de séjour pour une immigration de travail, de regroupement familial ou pour les étudiants sont délivrés par les consulats dans les pays de départ. En revanche, en ce qui concerne les migrations forcées, les demandes d'asile sont régulées par la Convention de Genève de 1951 et gérées par des institutions spécifiques.

Nous allons donc résumer le parcours d'un migrant lors de son arrivée en France pour sa Demande d'Asile^{5 6} (Figure °1).

La **Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile** (PADA) est le lieu incontournable de la procédure. Avant l'enregistrement, elle permet l'obtention du rendez-vous à la préfecture ; après, elle coordonne et oriente vers les différents droits ainsi obtenus.

La première étape est l'**enregistrement** de la demande. Elle se fait via la préfecture et l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Des mesures d'identification : empreintes digitales, photos... sont réalisées ainsi que des entretiens individuels pour instruire les raisons de la demande d'asile.

⁵ Demander l'asile en France. <https://www.ofpra.gouv.fr/>

⁶ Parcours du demandeur d'asile. <https://www.psmigrants.org/>

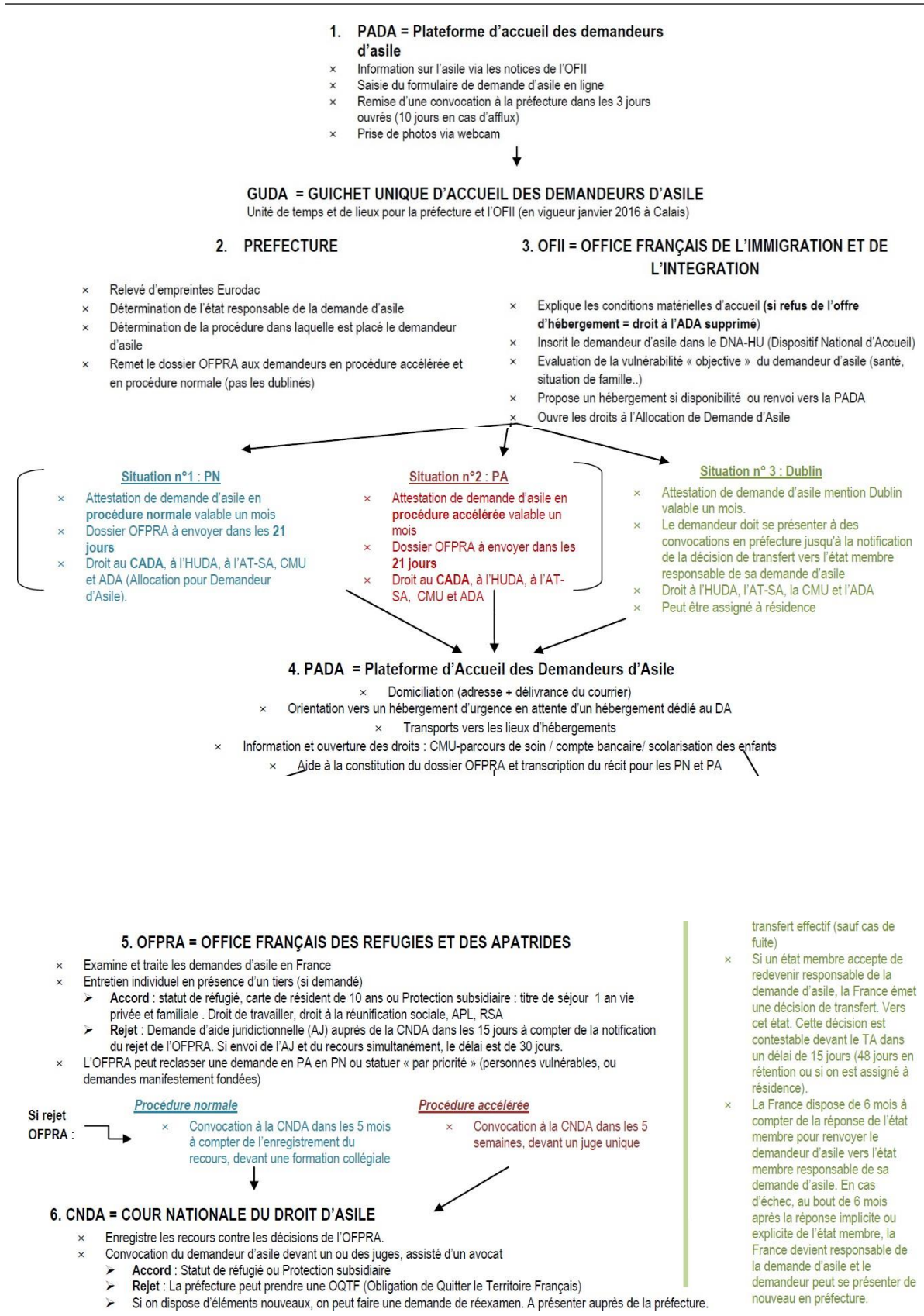
A l'issue, la procédure qui sera utilisée pour traiter le dossier est statuée (procédure normale, accélérée ou procédure Dublin III) et conditionnera la suite de la demande à l'échelle nationale. En parallèle, cet enregistrement permet de garantir l'intégrité et la dignité de la personne au travers de moyens matériels en terme alimentaire, d'hébergement et de santé. L'attestation de demande d'asile (de 6 à 9 mois selon la procédure) permet dès cette étape de prétendre : à la CMU comme tout individu entrant dans le droit commun, à l'Allocation pour Demandeur d'Asile, ainsi qu'à des hébergements. Ces derniers sont assurés dans des structures telles que les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA), les Hébergements d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA) ou l'Accueil Temporaire Service de l'Asile (ATSA). L'allocation est fonction du nombre de personnes composant le foyer et de l'hébergement proposé. Elle s'élève à une base de 6€80/jour pour une personne⁷. L'enregistrement de la demande d'asile se conclue par la remise du « Dossier OFPRA », formulaire nécessaire à la constitution du dossier juridique et indispensable pour la convocation pour la deuxième étape.

Cette deuxième étape se déroule à l'**OFPRA**. Après avoir envoyé le dossier OFPRA dans les 21 jours, une convocation leur sera envoyée dans les 5 semaines à 5 mois en fonction de la procédure initiale. L'issue du rendez-vous à l'OFPRA peut être l'obtention d'une réponse positive, c'était le cas dans 27% des cas en 2017⁸ donnant ainsi un statut de réfugié ou une protection subsidiaire. Ce statut donnant entre autre le droit de travailler. La réponse de l'OFPRA peut être négative laissant au migrant la possibilité soit de faire un recours via la CNDA (Cour Nationale des Demandeurs d'Asile), soit de partir du territoire français, soit de rester sur le territoire mais en illégalité.

A chacune de ces étapes, le rôle des associations est essentiel et quasi systématique. Bénévoles comme travailleurs sociaux salariés se mettent au service des migrants pour faciliter le dialogue et assurer un accès au droit le plus juste possible. A l'échelle nationale, nous identifions la Croix Rouge Française, la Cimade et le Gisti (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés). A Poitiers, les institutions sociales organisées à ces fins sont présentées dans le chapitre suivant.

⁷ En quoi consiste d'allocation au demandeur d'asile. <https://www.service-public.fr/>

⁸ Les données de l'asile 2017 à l'OFPRA. <https://www.ofpra.gouv.fr>



transfert effectif (sauf cas de fuite)

- × Si un état membre accepte de redevenir responsable de la demande d'asile, la France émet une décision de transfert. Vers cet état. Cette décision est contestable devant le TA dans un délai de 15 jours (48 jours en rétention ou si on est assigné à résidence).
- × La France dispose de 6 mois à compter de la réponse de l'état membre pour renvoyer le demandeur d'asile vers l'état membre responsable de sa demande d'asile. En cas d'échec, au bout de 6 mois après la réponse implicite ou explicite de l'état membre, la France devient responsable de la demande d'asile et le demandeur peut se présenter de nouveau en préfecture.

Figure n°1 : schéma simplifié de la procédure de demande d'Asile en France

6. L'organisation médico-sociale à Poitiers

6.1. Structure médico-psycho-sociale ambulatoire

Le Relais Georges Charbonnier a été créé en 2000. Il a été conçu comme un lieu de soins et d'écoute pour tous, animé par des personnels sociaux, médicaux et des bénévoles. Gratuit, le centre accueille un public de personnes fragilisées, dont une très large majorité de migrants. Il est en relation avec les instances politiques locales (mairie et agglomération de Poitiers), le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), les centres hospitaliers (universitaire et psychiatrique), certains médecins généralistes, les associations à vocation socio-culturelle (Maison des Trois Quartiers, Toit du Monde) ou médicale (Médecin du Monde). Il assure un accueil de jour avec possibilité de prendre un repas, d'échanger avec un travailleur social, de bénéficier d'une consultation médicale gratuite quels que soient ses droits et de rencontrer un infirmier.

6.2. Associations avec hébergement et accompagnement social

La Croix Rouge Française (CRF), est une association reconnue d'utilité publique depuis 1945. La CRF de Poitiers a été missionnée dans plusieurs champs d'action. Nous nous sommes intéressés à leur Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) et leur Centre d'Hébergement d'Urgence Sociale (CHUS). Le CADA accueille des demandeurs d'asile pendant la procédure de demande d'asile, il est composé de 58 lits CADA et 17 lits HUDA. L'accompagnement social est réalisé par un travailleur social attitré, assurant ainsi un suivi. Le CHUS est un hébergement plus précaire qui propose un hébergement éphémère uniquement sur sollicitation quotidienne du numéro d'urgence sociale, le 115. Il est composé de 28 lits. Il assure lui aussi un accompagnement social par une équipe de travailleurs sociaux.

Coallia : Cette Association regroupe des salariés qui interviennent dans quatre grands secteurs d'activité : l'habitat social adapté, l'hébergement social, l'accompagnement social et le médico-social. Son CADA offre aux demandeurs d'asile la possibilité de bénéficier d'un hébergement (80 lits), d'une prise en charge sociale globale et d'un accompagnement spécifique dans le cadre de leur procédure de demande d'asile. Leur Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) assure un accueil pour les personnes qui arrivent sur le territoire

français souhaitant débiter une demande d'Asile. Cette plateforme comporte une équipe de travailleurs sociaux.

Audacia : Cette association se compose également de salariés. Elle propose un accompagnement global aux usagers hébergés (82 lits) au sein d'un CADA, d'un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), d'un pôle pour les personnes isolées et un pour les familles. La prise en charge vise à assurer l'accès aux droits fondamentaux des personnes : droits relatifs au séjour, à l'emploi, à l'éducation, à la santé, et à la culture.

6.3. Associations bénévoles

Des bénévoles, dont la vie professionnelle ou personnelle leur a offert des aptitudes linguistiques ou juridiques, aident les migrants dans leurs démarches. Cette facilitation passe par la rédaction des récits de vie, par l'interprétariat, ou encore par l'information vis-à-vis des structures sociales existantes. Nous citerons à titre d'exemple Le Toit du Monde et le Secours catholique.

6.4. La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Les hôpitaux eux-mêmes ont une structure d'accueil particulière répondant à la lutte contre l'exclusion sociale, à laquelle ils sont appelés à participer sous la forme de PASS⁹. Ces permanences, issues de la loi du 29 juillet 1998, visent d'une part « à faciliter l'accès aux soins » des personnes en situation de précarité, et d'autre part, « à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». Mêlant ainsi le médical et le social, elles sont financées par l'agence régionale de santé (ARS) sur fonds spéciaux provenant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé. Les PASS ont pour mission d'accompagner les patients dans leurs démarches de soins, mais aussi de sensibiliser les professionnels hospitaliers au public précaire. Elles travaillent en coordination avec les caisses d'assurance-maladie, les centres communaux d'action sociale et les services d'aide à l'enfance. En 2013, il existait environ 410 PASS¹⁰. Elles ont été appelées à jouer un rôle essentiel dans l'accueil hospitalier des migrants. A Poitiers, la PASS est sur le site du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU).

⁹ Article L. 6112-1 du code de la santé publique

¹⁰ Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013

Le système de soin français, encore peu structuré et hospitalo-centré, reste une organisation difficile à connaître en détails et a fortiori par les personnes migrantes. Par ailleurs, il existe une culture du système de santé face aux usagers dits « à problèmes », créant ainsi une multitude de dispositifs « spécialisés » (pour les pauvres, pour les étrangers) et de nouvelles structures, par empilement. Partant initialement de sentiments philanthropiques, ce dernier constat concourt à l'exclusion douce et implicite de cette population à l'accès au soin. Ceci ressemble plus à une ghettoïsation en réponse à une urgence d'accès au soin, et donc moins à une dynamique d'intégration sur le long terme. La solution ne serait-elle pas dans l'optimisation du système déjà existant ?

7. Question de recherche et objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la connaissance du système de soin français et de comprendre son utilisation par les migrants ayants droit à la Couverture Médicale Universelle (CMU) habitant à Poitiers.

Notre objectif secondaire était d'identifier les vecteurs de l'information sur le système de santé pour ces personnes isolées.

Notre question de recherche était de savoir si apporter aux migrants ayants droit à la CMU une information adaptée sur le système de santé français leur permettrait-il de choisir un mode de recours au soin ?

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1. Naissance du projet

Quatre années de bénévolat au sein de l'Unité Mobile d'Action Sociale, dit « SAMU Social », de la Croix Rouge Française de Poitiers ont permis de renforcer en nous l'idée déjà bien ancrée que le sanitaire et le social étaient liés. Lors du stage de Médecine Générale libéral, fréquenter un cabinet de ville soignant une population migrante a fait naître un intérêt pour cette population. Cette forte proportion de public étranger pouvait s'expliquer d'une part par la proximité d'un centre social et d'autre part par l'intérêt et la sensibilité des praticiens du cabinet vis-à-vis de ce public. Durant cette période de stage, il existait un traitement médiatique important sur l'arrivée massive de migrants en Europe. Par le croisement de cette actualité internationale et de la réalité du quotidien lors du stage, l'idée de coupler le soin de premier recours aux problématiques des migrants s'est affirmée durant l'été 2016.

Les multiples entretiens avec Madame Locret, travailleuse sociale de la CRF de Poitiers, ont mis en évidence les difficultés des travailleurs sociaux à orienter un public vers la médecine de ville quand ce dernier a déjà l'habitude d'un certain mode de recours aux soins.

Nous avons participé en mars 2017 à une conférence à l'Espace Mendes France de Poitiers sur le thème des accueils et des souffrances traumatiques des migrants, et tiré profit des interventions de Thomas Lacroix, directeur adjoint du laboratoire Migrinter (CNRS/Université de Poitiers), tant sur le caractère urgent des questions politiques à se poser que sur l'annonce de diverses propositions sur l'accueil de cette population. Nous sommes partis de cette conférence avec son livre *Migrants, l'impasse européenne* (4).

Début juin 2017, lors du congrès annuel de la Société Française de Médecine d'Urgence, nous avons assisté à une conférence animée par Madame Florence Jusot, Professeure de Sciences économiques à l'université Paris-Dauphine. Ses domaines de recherche sont centrés sur les inégalités de santé, et notamment sur l'état de santé et de consommation de soins de la population immigrée en France. Ses données épidémiologiques traitant de la précarité des migrants face à l'accès aux soins ont complété notre tour d'horizon du champ de notre étude (1,2,5).

2. La question de recherche

Apporter aux migrants ayants droit à la CMU une information adaptée sur le système de santé français leur permettrait-il de choisir un mode de recours au soin? A Poitiers, les trois modes de premier recours au soin qui ont été identifiés sont : la médecine de ville, les urgences de l'hôpital et le Relais Charbonnier.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la connaissance du système de soin français des migrants ayants droits à la CMU et de comprendre l'utilisation qu'ils en faisaient.

3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et observationnelle. Elle avait une vocation qualitative par entretiens dirigés par un questionnaire (Annexe n°1). Le nombre d'inclusion a été volontairement majoré par rapport aux études qualitatives ordinaires car la population migrante nous a semblé trop hétérogène pour se limiter à une douzaine de recrutements.

4. Population étudiée

La population étudiée comportait des personnes hébergées au sein d'une structure gérée par une des institutions associatives sus citées. C'était le cas des personnes rencontrées dans les CADA de Coallia et de la CRF, ainsi que des personnes rencontrées au CHUS de la CRF et au CHRS d'Audacia. D'autres personnes dont nous ignorions l'hébergement ont été rencontrées hors structures d'hébergement, au sein de la PADA. Nous nous intéressions uniquement aux hébergements situés à Poitiers.

5. Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée de juillet à décembre 2017.

6. Constitution de l'échantillon

Nous avons constitué notre échantillon en recrutant nos individus dans les centres d'hébergements associatifs par le biais des travailleurs sociaux y travaillant. Ce sont ces travailleurs sociaux qui ont présélectionné les migrants en fonction de nos critères d'inclusion. Notre venue était donc anticipée. Certaines structures avaient organisé des demi-journées avec des rendez-vous, d'autres avaient

instauré des permanences où chacun des migrants sensibilisés pouvait se présenter. Le plus souvent, l'intéressé était conduit à la permanence juste après son rendez-vous habituel avec son accompagnateur social.

Le fait d'interroger les migrants dans les structures déjà identifiées offrait un cadre et une rigueur dans l'élaboration d'un entretien respectueux, ce dans un climat de confiance. Ce choix illustre notre volonté *d'aller-vers*.

7. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient d'abord le recrutement de personnes **majeures**, afin de s'affranchir des procédures d'autorisation du représentant légal, et le caractère de **migrant**, attribué à toutes les personnes de nationalité étrangère qui, quelles que soient leur origine géographique, les motivations de leur déplacement et leurs conditions d'entrée en France, se trouvaient dépourvues de titre de séjour sur le territoire français. Nous avons également fait le choix de nous limiter aux personnes vivant à **Poitiers**, afin de diminuer l'impact de l'hétérogénéité de la répartition des médecins sur le territoire. Enfin, l'accès au soin par le droit à la **CMU** a été retenu pour s'affranchir de l'urgence administrative pouvant prévaloir sur les problématiques de soin.

8. L'enquête

Suite à des discussions avec des travailleurs sociaux de la Croix Rouge Française et après avoir participé à des réunions de service au sein des trois associations pictaviennes sus-citées, nous avons élaboré un questionnaire (Annexe n°1). Ce dernier a été écrit en français puis traduit en anglais. Il se composait de trois parties: la première renseignait les caractéristiques **sociodémographiques** (âge, sexe, pays d'origine, année d'arrivée en France, régime d'assurance maladie), la deuxième s'intéressait au **niveau de connaissance** du système de santé français (appréciation globale, rôles du médecin traitant, sentiment d'égalité dans les soins, vecteur d'information) (Figure n°2), et la dernière consistait à apprécier **l'utilisation du système de santé** en fonction d'un motif de consultation donné (Figure n°3). Pour ce faire, dix situations cliniques ont été choisies dans le top 15 des résultats de consultation les plus fréquents selon l'observatoire de la médecine générale en 2009¹¹ (Annexe n°2), publié sur le site de la Société Française de Médecine

¹¹ Observatoire de la médecine générale 2009. Société Française de Médecine Générale : <http://omg.sfm.org>

Générale (SFMG). Pour chacune de ces situations, la personne interrogée devait indiquer quel lieu de premier recours) elle choisirait : le milieu associatif avec le Relais Charbonnier, la médecine de ville, ou les urgences de l'hôpital. Une justification orale était systématiquement demandée afin de pouvoir comprendre au mieux le choix de l'intéressé. Cette justification était retranscrite sur le questionnaire afin d'ajouter du *verbatim*.

Après chaque entretien, nous devons inscrire un commentaire sur le déroulement global de l'interview : l'impression générale, la compréhension, l'implication, etc (cf. pages 34-44).

Le questionnaire a été réalisé avec le plus de questions fermées possibles, et par une formulation la plus simple qui soit compte tenu des difficultés que pouvaient ressentir certains interviewés avec la langue française. En plus de cela, la reformulation des questions était prévue afin de garantir leur compréhension, affinant ainsi la qualité des réponses.

Comment évaluez vous votre niveau de connaissance de l'organisation du système de santé en France ?



D'après vous, qu'est ce qu'un médecin traitant ? Et à quoi sert il ?

Je ne sais pas, je ne suis jamais allé en voir un				
Je suis déjà allé en consulter	Il permet des consultations ponctuelles, sans suivi.	Je le trouve plus disponible qu'au relais Georges Charbonnier	Il est destiné à tous, y compris les personnes sans papiers.	Il n'a pas l'habitude des patients migrants
	Il connaît mon dossier et parfois ma famille	Je le trouve plus disponible qu'à l'hôpital	Il est réservé aux personnes de nationalité française	Il est nécessaire de prendre un rendez vous

D'après vous, pouvez vous avoir un médecin traitant attiré ?

OUI	NON	JE NE SAIS PAS
-----	-----	----------------

D'après vous, quels sont les lieux où vous n'avez pas à payer à la fin de la consultation

RELAI GEORGE CHARBONNIER	MEDECIN DE VILLE	URGENCES
--------------------------	------------------	----------

Avez vous l'impression d'être dans le droit commun (d'avoir le même accès aux soins que les français)?

OUI	NON	JE NE SAIS PAS
-----	-----	----------------

Qui vous en a parlé de l'organisation du système de soin en France la 1ère fois ?

Un ami/ La famille	Travailleur social/Bénévole	Médecin/ autre profession de santé	Jamais personne ne m'en a parlé
--------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Figure n°2 : Partie du questionnaire concernant la connaissance du système de santé

SITUATIONS	CAS CLINIQUES	OU ALLEZ VOUS CONSULTER ?					Remarques
		MG	Relais GC	Hôpital	AUTRE	NSPP	
1	Vous avez été en contact avec des personnes porteuses de l'hépatite C. Vous aimeriez une prise de sang pour savoir si vous êtes contaminé.						
2	Votre père a été victime d'une crise cardiaque quand il avait 50 ans. Vous aimeriez savoir si vous avez des risques de faire la même chose.						
3	Vous avez de la fièvre depuis 2 jours. Vous vous ne vous sentez pas très bien car votre nez est bouché et vous avez mal à la tête.						
4	Cela fait plusieurs années que chaque médecin que vous rencontrez vous dit que vous avez de la tension. Il vous parle de traitement à prendre à vie. Vous souhaitez faire un point sur cela						
5	Vous aimeriez faire vérifier les vaccinations de l'ensemble de votre famille.						
6	Vous vous sentez fatigué depuis plusieurs jours. Vous toussiez et vous avez un peu perdu l'appétit. Vous n'avez pas de fièvre ni de frisson.						
7	Vous avez mal dans le bas du dos depuis hier, au niveau de la colonne vertébrale depuis que vous avez porté un carton très lourd. Cette douleur va un peu dans la fesse. Vous avez déjà eu cette douleur il y a 2ans. Vous aimeriez des médicaments contre la douleur et des conseils.						
8	Vous aimeriez avoir des conseils sur la contraception.						
9	Vous avez mal au ventre depuis 3 jours. Vous allez d'ailleurs un peu moins aux toilettes depuis 2 semaines. La douleur est supportable mais elle vous inquiète. Vous n'avez pas de fièvre. Vous avez tendance à être constipé.						
10	Vous avez mal au poignet et aux 3 premiers doigts de la main depuis 2 semaines. Vous n'êtes pas tombé. Vous travaillez sur des chantiers. Cette douleur vous réveille la nuit comme des fourmis dans vos doigts. Vous êtes inquiet.						

MG: Médecine Générale; GC: Georges Charbonnier; NSPP: ne se prononce pas

Figure n°3 : Partie du questionnaire concernant l'utilisation du système de santé

9. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu en face à face avec chacun des participants. Leur participation était basée sur le volontariat. L'ensemble des entretiens a été réalisé par un seul investigateur. Il n'y avait pas d'interprète, chaque question était énoncée puis répétée, avec une aide gestuelle si nécessaire afin de faciliter la compréhension. Dans les quelques cas de difficulté, le recours au questionnaire traduit en anglais était possible, ainsi que l'utilisation d'un traducteur à reconnaissance vocale type Google Traduction®. Tous les entretiens se sont déroulés dans des bureaux individuels, dans l'intimité la plus stricte. L'équipe de chaque structure accueillante était au courant à l'avance de notre venue. Les travailleurs sociaux de ces structures, informés des critères d'inclusion de l'étude, proposaient en amont aux migrants la participation à l'étude. Ainsi les questionnaires n'ont été proposés qu'à des personnes pouvant être incluses. Le consentement oral de la personne migrante était recueilli une première fois par son travailleur social puis une seconde fois par la personne qui assurait l'entretien. Durant toute la durée de l'entretien, un travailleur social pouvait être sollicité si besoin. Pour les structures munies d'un hébergement (CADA, CHUS et CHRS), les

usagers étaient déjà sur place lors des créneaux d'entretien. Ce fonctionnement a permis de limiter le nombre de manqués. A l'inverse, dans les structures telles que la PADA, on recense plus de perte d'effectif du fait de la mobilité et de l'imprévisibilité des personnes migrantes.

10. Traitements des données

Les données recueillies ont été retranscrites dans un tableur Excel®. Ces dernières ont ainsi été exploitées par des formules statistiques. Nous nous sommes aidés de la prise en main proposée par le Site Internet de Microsoft support.office.com.

11. Triangulation

Il nous était impossible de revenir vers les personnes interrogées dans notre enquête afin de leur soumettre nos résultats. Il aurait été par ailleurs difficile de leur expliquer la finalité de la démarche de triangulation. Nous avons envisagé d'interroger des travailleurs sociaux dans chacun des lieux de notre enquête, mais les contingences de leurs emplois du temps ont rendu cette idée irréalisable. Nous avons donc pris le parti de nous concentrer sur une rencontre avec une travailleuse sociale extérieure à notre étude, mais qui connaît bien le sujet pour recevoir chaque jour des personnes en situation d'exclusion. Il s'agit de madame Maud Locret, qui travaille à la Croix Rouge Française de Poitiers.

RESULTATS

RESULTATS

Un résumé de quelques lignes a été réalisé à l'issue de chaque entretien. Ce résumé reprenait la description du lieu de rencontre, les détails sur l'aspect matériel de celle-ci, ainsi que le niveau de compréhension et d'investissement ressenti par l'enquêtrice. Des verbatim ont été inclus dans ces résumés et utilisés pour étayer les résultats de l'étude.

La présentation des résultats de notre enquête est organisée en trois temps : les caractéristiques de l'échantillon, le niveau de connaissance de l'organisation du système de soin français et l'utilisation de ce système par les migrants rencontrés.

1. Quelques informations sur les entretiens

1.1. Entretien au CHRS d'Audacia

Les entretiens au CHRS se sont déroulés lors d'une matinée de 9 à 13 heures. Trois semaines plus tôt, nous avons participé à la réunion de service hebdomadaire de cette structure afin de présenter nos questions. Le jour des entretiens, nous avons été accueillis par l'équipe des travailleurs sociaux. Les accompagnateurs avaient prévu un programme de rendez-vous. Certains migrants sont arrivés comme convenu, d'autres ont dû être sollicités à nouveau via leur téléphone personnel placé dans leur chambre.

ENTRETIEN n°1

Homme de 21 ans originaire d'Arménie. Bonne compréhension des questions. Il parlait un peu français. Il n'avait jamais consulté de médecin généraliste mais connaissait des personnes qui en avaient consulté.

ENTRETIEN n°2

Homme de 21 ans originaire du Soudan. Il parlait essentiellement arabe mais semblait bien comprendre les questions. Il ne connaissait pas le Relais Charbonnier. Il a répondu à la question sur les vaccins qu'il préférerait aller à l'hôpital car cette structure pourrait lui en délivrer un directement. Il a justifié la majorité de ses recours à la médecine de ville par : « Il est plus facile d'y être compris ».

ENTRETIEN n°3

Femme de 27 ans originaire du Congo. Arrivée en France depuis 2006 (année minimale d'arrivée de l'échantillon). Hébergée au sein de la structure sur une place de halte soin santé. Elle parlait parfaitement le français. Elle nous a précisé qu'elle avait volontairement choisi un médecin fonctionnant avec une permanence sans rendez-vous car elle n'aimait pas cette contrainte. Elle avait fait elle-même sa déclaration de médecin traitant auprès de la Caisse Primaire d'Assurance maladie. Elle a formulé spontanément les notions de « 1^{er} recours » et du « rôle d'orientation » du médecin traitant.

ENTRETIEN n°4

Homme de 35 ans originaire de Somalie. Il parlait peu français et ne semblait pas comprendre toutes les questions. L'entretien a duré 10-15 minutes le temps de reformuler et de traduire quelques notions. A la question sur les vaccins, il a précisé que dans son cas, c'était la première chose qu'il avait demandé au premier médecin qu'il avait vu, au Relais Charbonnier.

ENTRETIEN n°5

Homme de 22 ans originaire de Somalie. Très bonne compréhension. Pour lui aussi, le fait d'aller à l'hôpital pour les vaccins lui semblait logique car il pensait l'avoir directement là-bas. A la dernière question du questionnaire, concernant la douleur du poignet, il avait tout de suite fait la distinction entre la suspicion de fracture ou non. Avec la précision sur le caractère non traumatique de cette douleur, il a répondu la médecine de ville. Concernant les rendez-vous, il a déclaré : « Si la secrétaire me dit demain, j'essaie de venir le jour même et des fois le médecin me prend entre deux rendez-vous ».

ENTRETIEN n°6

Femme de 23 ans originaire du Congo. Elle parlait un français irréprochable. Elle a précisé se sentir « totalement » dans le droit commun en ce qui concerne les soins, en opposition à l'accès aux autres droits tels que l'accès au logement autonome. Dans la partie utilisation du système de soin, elle a répondu à la situation n° 3 : « Je n'ai pas besoin d'aller voir un docteur quand j'ai juste le nez bouché, de la fièvre et mal à la tête ! ». Elle a expliqué son recours à l'hôpital pour la situation 2 sur la prévention primaire du risque cardiovasculaire par le fait d'un « meilleur plateau technique » et de la présence de cardiologues, « plus spécialisés que le généraliste ». Le même recours à l'hôpital pour la situation 6, justifiant « j'y aurais des examens plus poussés et tout de suite ».

1.2. Entretien au CADA de Coallia

Nous y sommes restés une journée de 9 heures à 12 heures puis de 15 heures à 17 heures. Nous avons rencontré la chef de service de la structure lors d'une commission SIAO. Egalement accueillis par l'équipe, nous avons à notre disposition un bureau dans le hall d'accueil, en face des bureaux des travailleurs sociaux. A la fin de la journée, une accompagnatrice sociale est venue nous informer qu'elle prenait souvent des rendez-vous médicaux pour les migrants qu'elle suivait.

ENTRETIEN n°7

Femme de 28 ans originaire d'Albanie. Elle parlait parfaitement bien le français. Elle a précisé ne pas avoir besoin d'aller consulter de médecin dans la situation n°9 à propos des douleurs abdominales mais que s'il le fallait vraiment, elle choisirait le médecin généraliste. Et pour la situation n°7 à propos des lombalgies, « je prendrais rendez-vous avec un kinésithérapeute ».

ENTRETIEN n°8

Homme de 26 ans originaire d'Afghanistan. Il parlait peu français mais comprenait très bien. A la demande de s'autoévaluer sur son niveau de connaissance, il a fait *non* de la tête en disant « je ne connais rien du tout à ça » et il s'est autoévalué à 5/20. Il a répondu un recours exclusif à la médecine de ville. « C'est le plus rapide et le plus près d'ici ».

ENTRETIEN n°9

Homme de 27 ans originaire d'Afghanistan. Il parlait assez bien français. Nous remarquons qu'il a répondu essentiellement un recours à la médecine de ville, mais à chaque fois il précisait : « En fait j'appelle la secrétaire de mon médecin pour lui demander si le docteur peut me recevoir pour tel ou tel symptôme, des fois elle me dit d'aller plutôt à l'hôpital ».

ENTRETIEN n°10

Femme de 23 ans originaire de Guinée. Son français était parfait, avec une très bonne compréhension. Cependant, impossible de lui faire comprendre la question sur le médecin traitant : « Est-il destiné à tous ou seulement aux français ? ». Nous avons eu de cesse de retourner la question, elle n'en comprenait pas le sens. De plus, elle ne connaissait pas les vaccins. Même en utilisant l'expression « piqûre contre les maladies » en mimant l'injection d'un produit dans le bras, elle ne semblait pas avoir déjà eu de vaccin.

ENTRETIEN n°11

Homme de 32 ans originaire du Tchad. Bonne compréhension des questions mais ne comprenait pas trop l'intérêt du questionnaire. Il a justifié ses deux choix de recours à l'hôpital (situation n°1 et n°2) comme étant plus rapide. « Il y a juste besoin d'y aller et après c'est bon. Alors que pour le docteur [généraliste] il faut prendre le temps d'appeler pour le rendez-vous, attendre le rendez-vous et ensuite prendre rendez-vous pour la prise de sang et encore attendre les résultats ».

ENTRETIEN n° 12

Homme de 30 ans originaire du Salvador. Très bonne compréhension. Il ne connaissait pas le Relais Charbonnier. Lui aussi précisait que le recours à l'hôpital était « le plus rapide pour les résultats de prise de sang » en référence à la situation n°1.

ENTRETIEN n° 13

Femme de 35 ans originaire d'Erythrée. Arrivée en France malade, elle a passé ses premiers mois à l'hôpital puis en réadaptation. L'enquêtrice l'avait déjà rencontrée à cette occasion. « Je n'ai pas eu le choix que de connaître le système de soin de votre pays. A cause de ma maladie je dois aller voir mon médecin tous les mois, donc je lui parle régulièrement de mes problèmes. » Dans les situations n°1, n°2 et n°6 elle a répondu aller aux urgences de l'hôpital et s'en est justifié ainsi : « Quand je pense qu'il y a besoin de pique [prise de sang ou vaccin] je préfère aller à l'hôpital ». Elle précise être arrivée en France sans parler français. Elle raconte : « Mon docteur a l'habitude des gens comme nous, on se débrouille avec ce qu'on a sous la main et ça se passe bien ».

ENTRETIEN n°14

Femme de 28 ans originaire de Côte d'Ivoire. Elle avait son nourrisson en écharpe dans son dos pendant l'entretien. Elle comprenait assez bien les questions mais ne parlait presque pas. Nous n'avons pas pu dialoguer, l'entretien a donc été très court.

ENTRETIEN n° 15

Femme de 22 ans originaire de Guinée. Elle parlait le français parfaitement. Elle semblait peu investie et peu concernée par le questionnaire. Elle ne connaissait pas le Relais Charbonnier. Elle n'a consulté que le médecin généraliste depuis son arrivée en France, « celui avec qui mon accompagnatrice me prend rendez-vous, c'est simple ».

1.3. Entretien au CADA de la Croix Rouge Française

Cet endroit est le lieu où les demandeurs d'asile (DA) hébergés viennent voir leur accompagnateur social, mais ce n'est pas le lieu où ils habitent. Nous nous y sommes rendus deux matinées. Nous avons participé quelques semaines plus tôt à la réunion de service hebdomadaire de cette structure afin de présenter notre enquête. Un travailleur social avait programmé plusieurs rendez-vous à cet effet. Malheureusement, seulement deux migrants sont venus le premier jour et un seul le deuxième. Nous étions installés dans le bureau d'un accompagnateur social en vacances.

ENTRETIEN n°16

Homme de 19 ans originaire de Guinée. Il parlait très bien français mais était très réservé. L'entretien a été rapide. Il connaissait beaucoup de personnes qui fréquentaient le Relais Charbonnier. Il a expliqué ne pas avoir eu besoin de le fréquenter car « moi j'ai eu la Carte Vitale© rapidement ».

ENTRETIEN n°17

Homme de 33 ans originaire de Guinée. Il expliquait son recours au Relais Charbonnier (situation n°1 et n°6) par son vécu à son arrivée quelques semaines plus tôt : « Je suis arrivé avec des douleurs de dos abominables, et comme je n'avais pas de papier on m'a dit d'aller là-bas. La première chose qu'on m'a fait c'est la prise de sang pour le SIDA et les vaccins au cas où. Ensuite seulement le médecin m'a fait les radios ». Pour illustrer la véracité de ses propos, il commençait à sortir ses résultats d'analyses biologiques et son imagerie du rachis dorso-lombaire. Lui expliquant que ce ne serait pas utile pour ce questionnaire, il a rétorqué qu'il ne se séparait jamais de son dossier médical. En effet, il avait une sorte d'attaché-case où étaient triés ses papiers concernant son statut, ses droits et sa santé. Cet entretien a duré 15-20 minutes.

ENTRETIEN n° 18

Homme de 20 ans originaire du Mali. Bonne compréhension des questions et bonne maîtrise du français. Il avait initialement répondu *non* à la question sur l'impression d'être dans le droit commun. Puis il a finalement répondu *oui* en faisant bien reformuler que la question portait sur le droit à la santé.

1.4. Entretien à la PADA (Plateforme d'Accueil des demandeurs d'asile)

Nous y sommes restés deux après-midis de 14 heures à 16 heures. Nous avons rencontré l'équipe lors d'une pause déjeuner quelques semaines plus tôt. L'équipe nous avait mis à disposition leur salle de réunion donnant sur la salle d'attente. Dans ce lieu, les migrants pouvaient venir dans le cadre d'un rendez-vous avec leur accompagnateur, ou sans rendez-vous. Il y avait un flux permanent de personnes, qui venaient pour elles-mêmes ou en tant qu'accompagnante. Nous y avons rencontré des migrants préalablement sensibilisés par l'agent d'accueil, mais aussi des migrants interpellés par nos soins dans la salle d'attente.

ENTRETIEN n°19

Homme de 20 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il a répondu avoir recours à la médecine de ville dans la mesure où « mon médecin fait ce qu'il a à faire puis il m'oriente ailleurs si besoin ».

ENTRETIEN n°20

Homme de 25 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il semblait peu intéressé par les questions. Il s'était autoévalué à 5/20.

ENTRETIEN n°21

Homme de 36 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. « Je connais ce médecin, il me connaît, pourquoi se compliquer à tout recommencer ailleurs ? » nous a-t-il répondu quand nous lui avons demandé pourquoi la médecine de ville était son seul mode de recours à l'énoncé des situations.

ENTRETIEN n°22

Homme de 25 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il nous a fait remarquer que l'association qu'il a été voir pour la situation n°1 sur les maladies virales n'est pas le Relais Charbonnier mais AIDES. « Je suis allé voir AIDES pour les hépatites et le VIH car ils sont spécialisés eux ».

ENTRETIEN n°23

Homme de 28 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il a répondu consulter en priorité son médecin généraliste. « C'est avec lui que je parle, j'ai l'impression qu'il a plus de temps que d'autres que j'ai pu voir. Du coup j'ai plus confiance en lui. Seul la confiance amène à la confiance ».

ENTRETIEN n°24

Femme de 33 ans originaire de Géorgie. Elle ne parlait pas un mot français. Le questionnaire en anglais a donc été utilisé. Elle disait avoir une connaissance moyenne du système. Elle a répondu avoir recours essentiellement à la médecine de ville, sauf en ce qui concerne la situation n°2 et la prévention du risque cardiovasculaire. Elle nous a fait comprendre qu'elle avait une histoire familiale à ce propos qui l'inquiétait particulièrement, et donc que si elle avait des craintes concernant une crise cardiaque, elle préfèrerait aller à l'hôpital.

ENTRETIEN n° 25

Homme de 24 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il évaluait sa connaissance du système à 15/20. Il a raconté être arrivé malade en France il y a quelques semaines. Il a déjà été opéré deux fois depuis son arrivée et une 3^{ème} opération est prévue. Il a répondu *oui* puis *non* à la question sur l'impression d'être dans le droit commun. Sa justification : « Je sais que j'ai de la chance d'avoir été opéré ici, dans mon pays on ne l'aurait pas fait à un inconnu. Mais je sais aussi que l'on ne m'a pas pris en charge de la même façon qu'un français. Je suis sûr que si un français avait eu la même chose que moi, on n'aurait pas eu besoin de l'opérer 3 fois ! Je le sais car mon voisin de chambre d'hôpital me l'a dit. Franchement, j'ai l'impression d'avoir été un cobaye ». En ce qui concerne son recours aux soins en fonction des situations, il a précisé que tout était fonction de la douleur : « Si j'ai peu mal je vais voir le généraliste, si j'ai très mal je vais à l'hôpital ».

ENTRETIEN n° 26

Homme de 29 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension des questions. Il parlait très bien français. Il évaluait sa connaissance du système à 10/20. A la question de la nécessité de rendez-vous, il a immédiatement soulevé sa problématique : « Si c'est une urgence, je ne peux pas attendre un rendez-vous ! J'ai besoin de voir un médecin tout de suite ». C'est l'unique personne qui ne s'est pas prononcée sur son impression d'avoir les mêmes droits que les français. « Je ne connais aucun français donc je ne peux pas comparer ». Aux situations n°3 et n°6, il a demandé à faire préciser si la tuberculose était écartée par un dépistage, sinon cela changeait sa réponse.

ENTRETIEN n° 27

Homme de 35 ans originaire d'Algérie. Il comprenait très bien les questions. Il évaluait sa connaissance du système entre 0 et 5/20. Il ne connaissait pas le Relais Charbonnier. Son père était médecin, c'était donc lui qui lui avait parlé de l'organisation du système français en premier. Son recours quasi exclusif à la médecine de ville a été justifié par le rôle d'orientation du médecin : « c'est lui qui sait, moi je n'en sais rien ».

ENTRETIEN n° 28

Homme de 20 ans originaire de Guinée. Bonne compréhension des questions. Il parlait assez peu français. Il évaluait sa connaissance du système entre 0 et 5/20. Il ne connaissait pas le Relais Charbonnier. Son recours exclusif à la médecine de ville a été justifié par le caractère rassurant de son médecin : « Elle me connaît et cela me rassure ».

ENTRETIEN n° 29

Homme de 20 ans originaire de Guinée. Bonne compréhension des questions mais parlait peu français. Il évaluait sa connaissance du système entre 0 et 5/20. Il a été l'unique migrant à témoigner : « Jamais personne ne m'a parlé de l'organisation des soins en France ». Il a également précisé ne pas avoir eu besoin de consulter un médecin depuis son arrivée récente. « Je verrais le temps venu, en plus je n'ai pas du tout d'argent ». Cette entrevue s'est terminée par une information brève de 5 minutes sur les droits auxquels il pouvait prétendre.

1.5. Entretien au CHUS

Nous y sommes venus un matin de 9 heures à 12 heures, pendant la permanence du travailleur social. Le questionnaire avait été présenté à l'équipe de la CRF lors d'une commission SIAO. Les migrants n'avaient pas été prévenus à l'avance de notre arrivée car leur présence au sein de cette structure est aléatoire et éphémère (hébergement d'urgence). Nous avons un bureau isolé à disposition. Entre les entretiens, nous avons essayé de recruter plus de participants autour du petit déjeuner. Nous avons remarqué que les entretiens réalisés dans cette structure étaient plus courts et moins riches en témoignages. Cet établissement accueillait des personnes très précaires. En effet, après avoir petit déjeuné, les personnes devaient quitter les lieux sans avoir l'assurance d'avoir un toit sous lequel dormir la nuit suivante.

ENTRETIEN n°30

Homme de 20 ans originaire de Guinée. Bonne compréhension des questions mais parlait peu français. Il évaluait sa connaissance du système à 10/20. C'était une personne réservée qui répondait exclusivement par des phrases courtes.

ENTRETIEN n° 31

Homme de 45 ans originaire du Niger. Très bonne compréhension et pratique du français. Il évaluait sa connaissance du système à plus de 15/20. Il disait avoir déjà été dans chacun des lieux de recours aux soins énoncés.

ENTRETIEN n° 32

Homme de 21 ans originaire de Guinée. Très bonne compréhension. Il parlait français correctement. Il évaluait sa connaissance du système à plus de 10/20.

ENTRETIEN n°33

Homme de 18 ans originaire de Guinée. Il parlait peu français mais semblait bien le comprendre. Il évaluait sa connaissance du système entre 0 et 5/20. Il disait que lorsqu'il a un doute sur la pertinence de son recours à la médecine de ville, il « passe au moins un coup de fil au docteur pour savoir ». Pour expliquer son recours exclusif à la médecine de ville, il a dit d'un ton tout à fait naturel : « C'est elle qui me connaît, donc c'est elle qui s'occupe de moi ».

1.6. Entretien au Relais Charbonnier

Nous y sommes restés deux après-midis sur les heures d'ouverture au public. Nous avons rencontré la responsable quelques semaines plus tôt. Ces deux permanences se sont déroulées dans le bureau de consultation du psychologue, absent ce jour-là. Dans ce lieu, il y avait des migrants venant essentiellement sans rendez-vous pour des demandes diverses : administrative, médicale, nécessité de soins infirmier, d'une douche... Il y avait un flux important et permanent de personnes. Les migrants rencontrés ont pour la plupart été orientés vers nous par l'agent d'accueil, et pour certains par un appel de notre part dans la grande salle d'attente.

ENTRETIEN n° 34

Homme de 24 ans originaire du Tchad. Il comprenait très bien le français et évaluait sa connaissance du système à plus de 15/20. Récemment arrivé en France, il n'avait encore jamais consulté de médecin généraliste, ni n'en avait même entendu parler. A la situation n° 3 sur l'état fébrile morbide, il justifie son

recours à l'hôpital de la façon suivante « si j'ai déjà mal à la tête, je ne vais surement pas venir ici [Relais Charbonnier] où il y a plein de monde et trop de bruit ».

ENTRETIEN n° 35

Homme de 18 ans originaire du Cameroun. Il comprenait bien le français et évaluait sa connaissance du système à 10/20. C'est l'un des rares à s'être positionné sur le caractère « plus disponible » du médecin du Relais Charbonnier par rapport au médecin de ville. Cependant, il a précisé faire son choix de recours « en fonction de l'expertise et de la compétence attendue de tel ou tel praticien. Le médecin du Relais va avoir plus l'habitude des problèmes des étrangers. Le médecin de ville aura plus l'habitude des maladies françaises. Et quand c'est vraiment une urgence, là il faut aller à l'hôpital ». Ses réponses devant les différentes situations exposées dans le questionnaire témoignent d'un recours quasi exclusif à deux lieux de soins : le Relais et la médecine de ville. Son seul recours aux urgences était pour la situation n° 3, « la fièvre c'est vraiment grave ».

ENTRETIEN n° 36

Homme de 49 ans originaire de Géorgie. Il parlait très bien français et faisait preuve d'une grande assurance voire d'un ton assez séducteur. Il évaluait sa connaissance du système à 20/20 si bien qu'il expliquait souvent son fonctionnement à ses amis. En France depuis plus de 10 ans, il expliquait être « fidèle » à son médecin généraliste. « J'ai confiance en lui c'est tout » expliquait-il. Ses réponses ont été concordantes à son discours, avec un recours exclusif à la médecine de ville.

ENTRETIEN n°37

Femme de 38 ans originaire d'Arménie. Elle ne parlait pas un mot français. Récemment arrivée en France, elle évaluait sa connaissance du système à 10/20. Elle n'avait jamais consulté de médecin généraliste et n'était jamais allée aux urgences dans un hôpital français. Son recours essentiel au sein du Relais Charbonnier était cohérent. « Et puis le Relais c'est bien car des fois il y a une interprète », expliquait-elle. Traduit via Google Traduction©, elle s'est justifiée de la façon suivante : « Comme je ne sais pas où aller d'autre, je viens ici », « c'est le seul endroit que je connaisse en ville ». De plus, elle résumait ses choix ainsi : « Si j'ai beaucoup mal je vais aux urgences, si c'est supportable je viens ici [Relais Charbonnier] ».

ENTRETIEN n° 38

Femme de 59 ans originaire de Géorgie. Elle parlait peu le français. Elle disait pourtant bien connaître le système de soin et évaluait sa connaissance à 20/20. Cependant, elle n'avait jamais consulté de médecin de ville. Ses soins de 1^{er} recours étaient donc majoritairement réalisés au Relais Charbonnier (7 situations /10), les autres aux urgences de l'hôpital. « C'est bien ici, je ne connais pas ailleurs » conclue-t-elle.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons réalisé 38 entretiens individuels de migrants répondant à nos critères. La durée moyenne des entretiens était de 10 minutes.

2.1. Répartition des âges

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 27,7 ans. L'âge minimal était de 18 ans, l'âge maximal était de 59 ans, avec une médiane de 25 ans (Figure n°4).

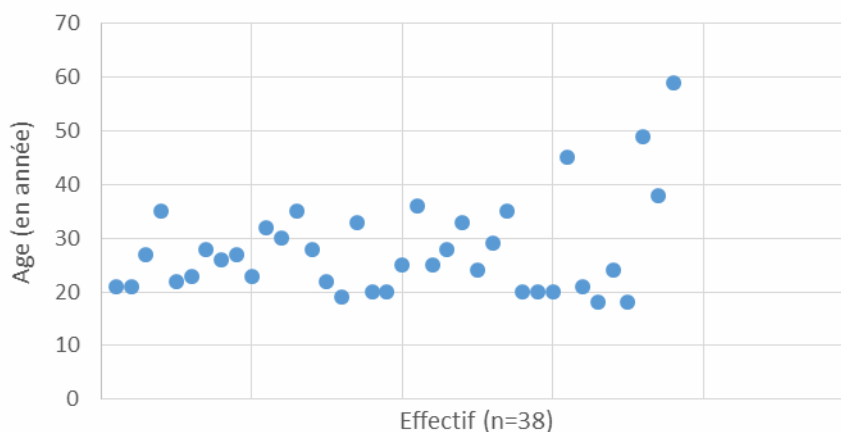


Figure n°4: Répartition des âges de l'échantillon

2.2. Répartition par genre

Dans l'échantillon de 38 personnes, il y avait 29 hommes et 9 femmes (Figure n°5).

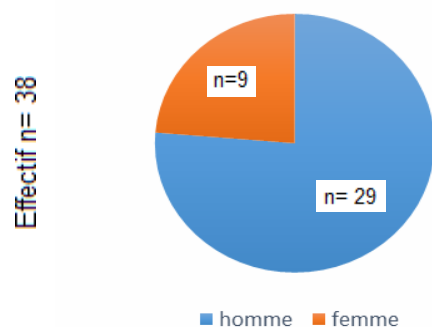


Figure n°5 : Répartition des migrants selon le genre

2.3. Année d'arrivée en France

L'année d'arrivée en France était en moyenne en 2015, avec une médiane en 2016. L'année d'arrivée la plus ancienne était 2004 et la plus récente était 2017. Plus de la moitié de l'échantillon étudié était en France depuis moins de 2 ans. Cette information pourrait avoir un impact quant aux nationalités rencontrées. Le nuage de points ci-dessous (Figure n°6) illustre cette répartition d'année d'arrivée.

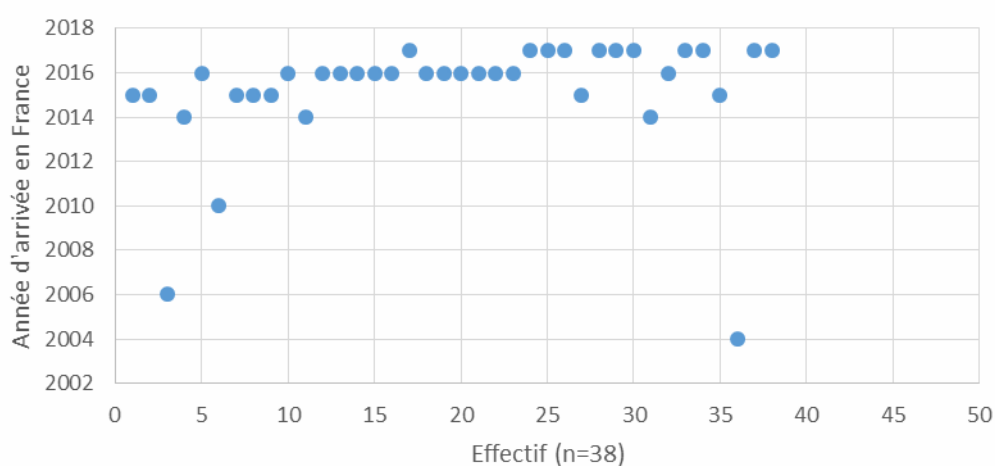


Figure n°6 : Années d'arrivée en France des migrants rencontrés

2.4. Pays d'origine

Les migrants interviewés venaient de divers pays (Tableau III). Seize migrants sur 38 étaient originaires de Guinée. Les autres nationalités représentaient des effectifs maximaux de 3 individus.

Tableau III : Pays d'origine de l'échantillon

Afghanistan	2
Albanie	1
Algérie	1
Arménie	2
Cameroun	1
Congo	2
Côte d'Ivoire	1
Erythrée	1
Géorgie	3
Guinée	16
Mali	1
Nigéria	1
Salvador	1
Somalie	2
Soudan	1
Tchad	2

Nous avons regroupé les individus en fonction de la langue parlée dans leur pays d'origine (Figure n°7). Vingt-quatre personnes sur les 38 étaient francophones. Dans le reste de l'échantillon, il y avait 5 anglophones, 5 russophones et 4 autres langues officielles.

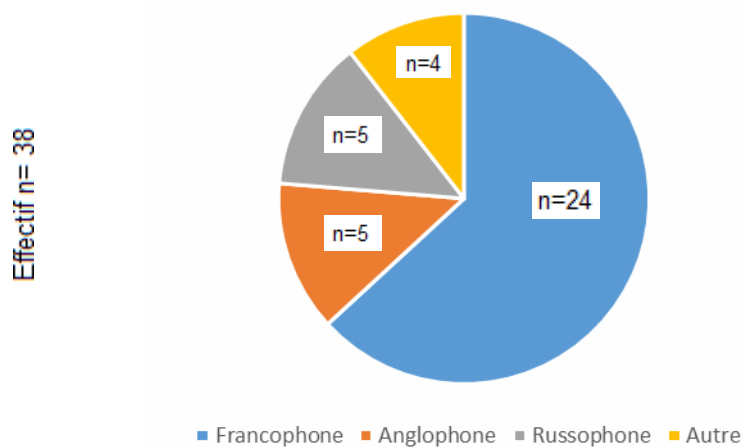


Figure n°7 : Langues parlées dans le pays d'origine des migrants rencontrés

Nous avons regroupé les pays d'origine en fonction du continent auquel ils appartenaient. Une majorité des migrants arrivaient du continent africain (29 personnes). Hors continent africain, il y avait 4 pays européens, 4 pays asiatiques et seulement 1 pays américain (Figure n°8).

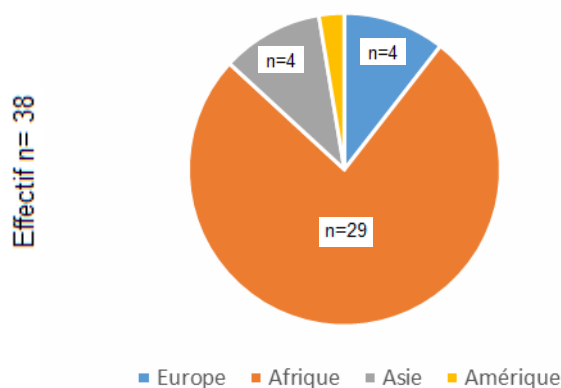


Figure n°8 : Continents d'origine des migrants rencontrés

2.5. Situation familiale lors de la migration

Parmi les migrants rencontrés, 29 hommes et 8 femmes étaient partis seuls de leur pays. Seulement 1 femme était partie en groupe (figure n°9).

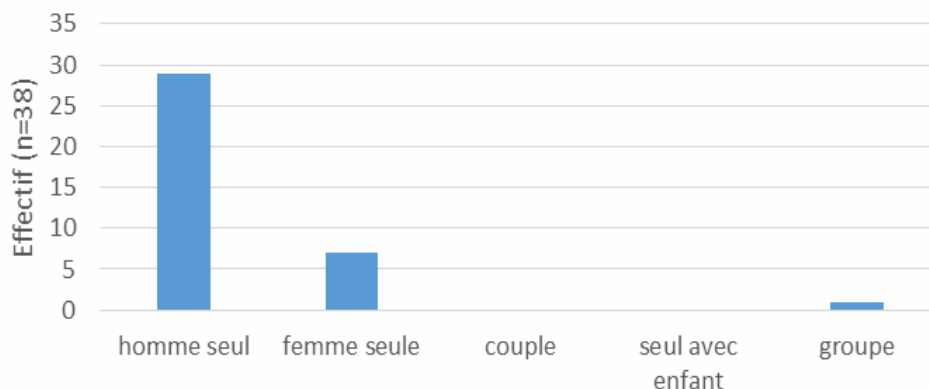


Figure n°9 : Composition du foyer lors du départ du pays d'origine

2.6. Le lieu de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés dans six lieux différents. Onze migrants ont été rencontrés à la PADA, 9 à Coallia, 6 au CHRS, 6 au Relais Charbonnier, 4 au

CHUS et 3 au CADA de la CRF. Ces effectifs ont été représentés dans la figure n°10 par ordre décroissant.

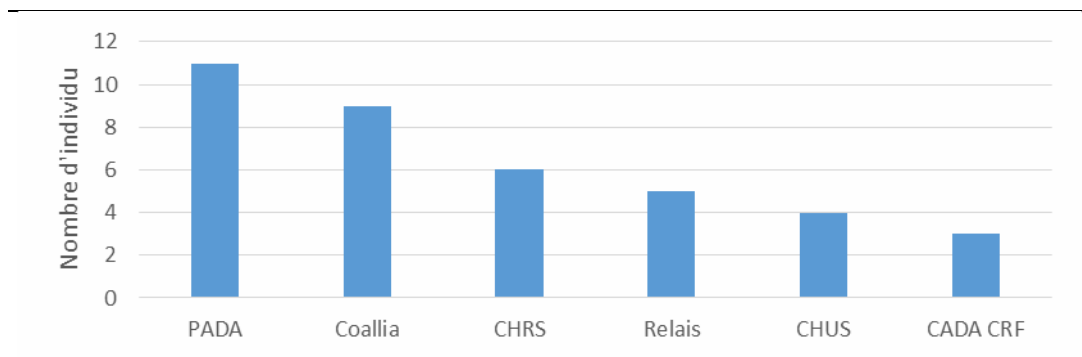


Figure n°10 : Effectif de l'échantillon en fonction des lieux d'entretien

3. Evaluation du niveau de connaissance des migrants

Certaines questions étaient subjectives, faisant référence au ressenti de la personne. D'autres étaient objectives, faisant préciser des faits concrets.

3.1. La connaissance du système de soin français

Chaque personne interrogée avait des connaissances sur l'organisation du système de soin français. C'est ainsi que 28 individus sur 38 se sont donnés une note inférieure ou égale à 10/20. La figure n°11 nous permet d'illustrer un pic entre 0 et 5 et un autre pic à 10 dans la population étudiée. Ces deux niveaux correspondaient à une connaissance très mauvaise et à une connaissance moyenne du système de soin français.

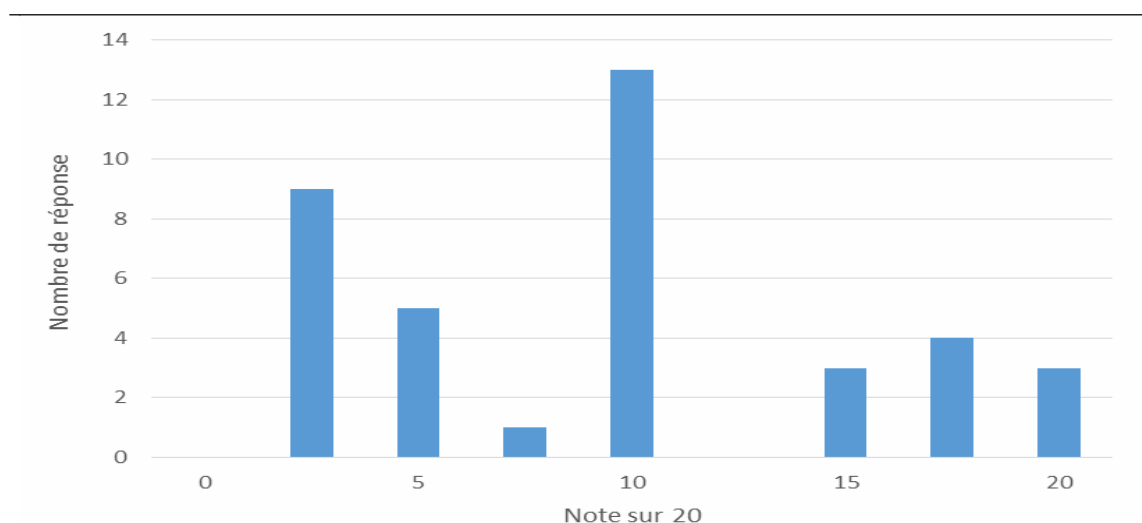


Figure n°11 : Niveau de connaissance sur l'organisation du système de soin

3.2. Le recours au cabinet de médecine générale

Trente-deux migrants interviewés sur 38 ont répondu avoir déjà consulté au moins une fois un médecin généraliste (Figure n°12).

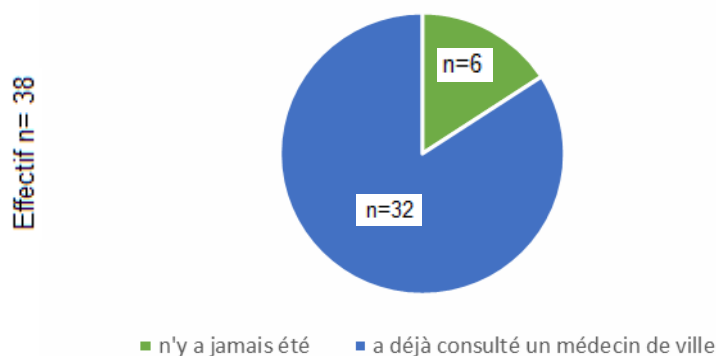


Figure n°12 : Les migrants et la consultation d'un médecin généraliste

Nous nous sommes intéressés aux 6 migrants n'ayant jamais consulté un médecin généraliste. Trois ont été interviewés au Relais Charbonnier. Aucun n'a été rencontré aux CADA de Coallia ou de la CRF, ni au CHUS.

3.3. La connaissance du système de soin

Nous avons analysé les données des 32 personnes ayant déjà consulté un médecin traitant.

Le suivi médical

Vingt-huit migrants sur 32 avaient une impression de suivi. Trois migrants sur 32 n'avaient pas cette impression. Un seul ne s'est pas prononcé.

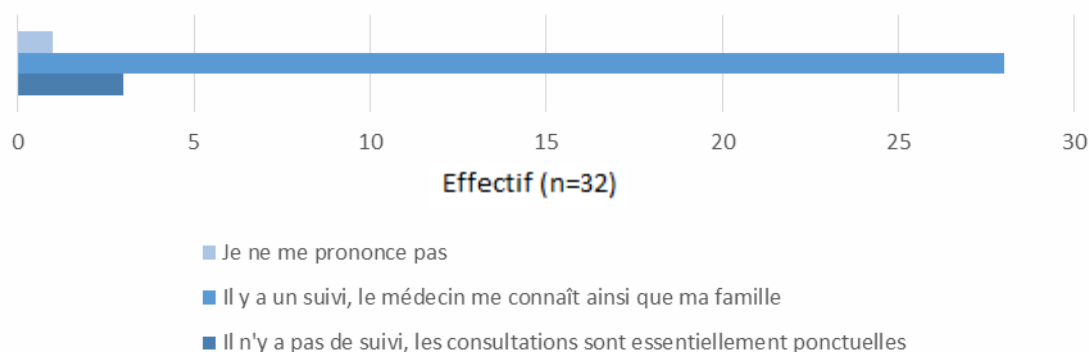


Figure n° 13 : Les migrants et leur ressenti à propos du suivi médical

Disponibilité comparée des médecins en fonction du lieu de recours aux soins

Treize migrants ont répondu que leur médecin généraliste était plus disponible qu'ailleurs (figure n°14). Huit lui trouvaient une meilleure disponibilité qu'à l'hôpital et cinq lui trouvaient une meilleure disponibilité qu'au Relais Charbonnier. Vingt-quatre migrants ne se sont pas prononcés sur la question.

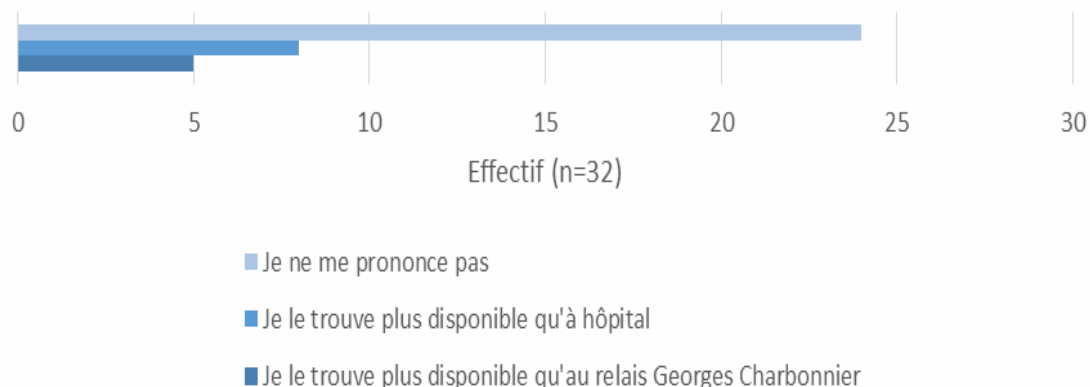


Figure n°14 : Les impressions sur la disponibilité de la médecine de ville

Public concerné par le recours à la médecine de ville

Il y a eu 20 réponses sur 32 en faveur d'un recours à la médecine de ville possible pour tous, y compris les personnes sans-papiers (figure n°15). Seulement 1 migrant a répondu que la médecine de ville était réservée aux personnes de nationalité française. Onze migrants ne se sont pas prononcés.

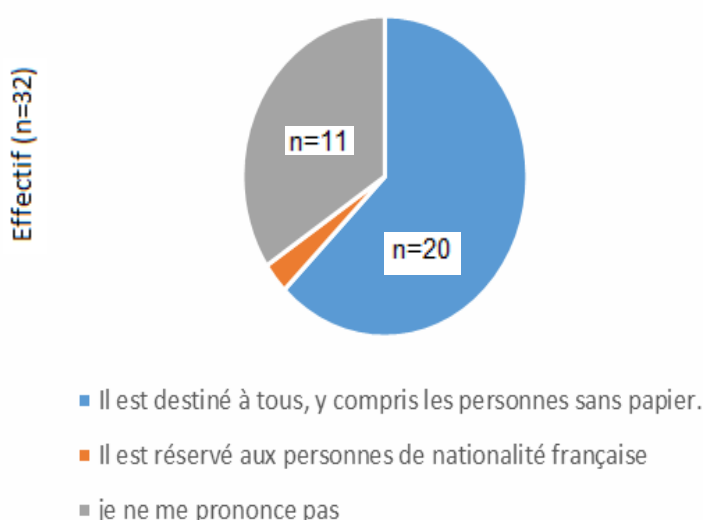


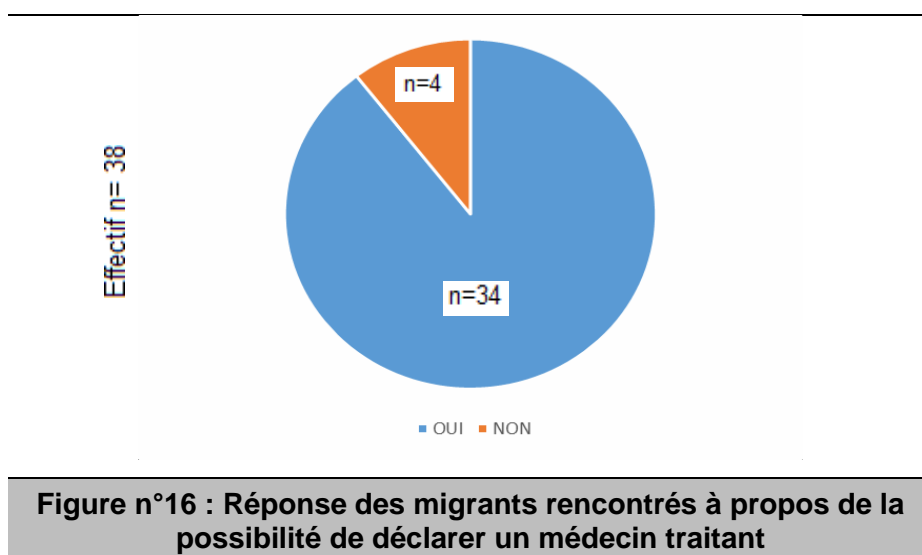
Figure n°15 : Public concerné par le recours à la médecine de ville selon les migrants rencontrés

La prise de rendez-vous

Vingt-trois migrants sur 32 ont signalé la nécessité de prendre un rendez-vous avant de venir consulter un médecin généraliste. Une personne a précisé avoir choisi un médecin avec une permanence de soin pour s'affranchir le recours à la prise de rendez-vous.

3.4. Les migrants face à la déclaration d'un médecin traitant

Trente-quatre migrants sur 38 ont répondu « oui » quant à leur possibilité de déclarer un médecin traitant (figure n°16).



Les 4 individus ayant répondu non à cette question étaient 3 personnes rencontrées au Relais Charbonnier et 1 personne rencontrée à la PADA. Ces 4 individus n'avaient jamais consulté de médecin généraliste.

Deux personnes rencontrées au CHRS avaient répondu n'avoir jamais consulté de médecin généraliste mais ont répondu qu'ils pouvaient en déclarer un.

3.5. La question de l'avance de frais

Nous avons exclu les personnes n'ayant jamais consulté de médecin généraliste. L'effectif étudié était donc de 32 migrants (figure n°17). L'intégralité des personnes affirmait l'absence d'avance de frais en médecine de ville. Respectivement 30 et 25 migrants sur 32 affirmait que leurs soins pouvaient être sans avance de frais à l'hôpital et au Relais Charbonnier.

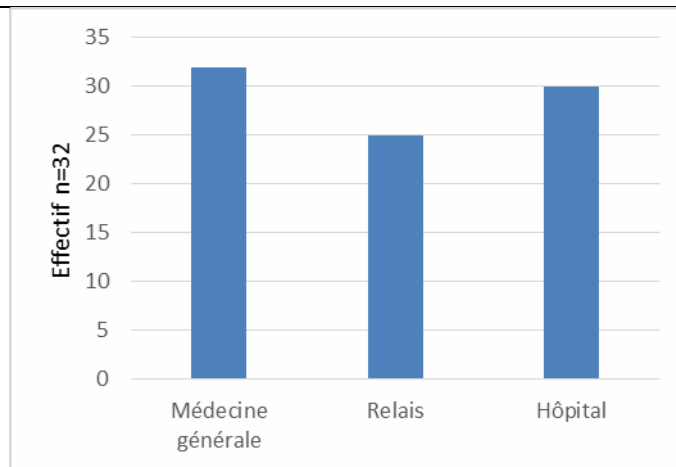


Figure n°17: A propos du lieu de recours aux soins vis-à-vis de la dispense d'avance de frais

3.6. Impression d'avoir le même droit

Trente-deux migrants rencontrés sur 38 ont répondu avoir l'impression d'être dans le droit commun à propos de l'accès à la santé. C'est-à-dire d'avoir les mêmes droits que les français sur ce sujet.

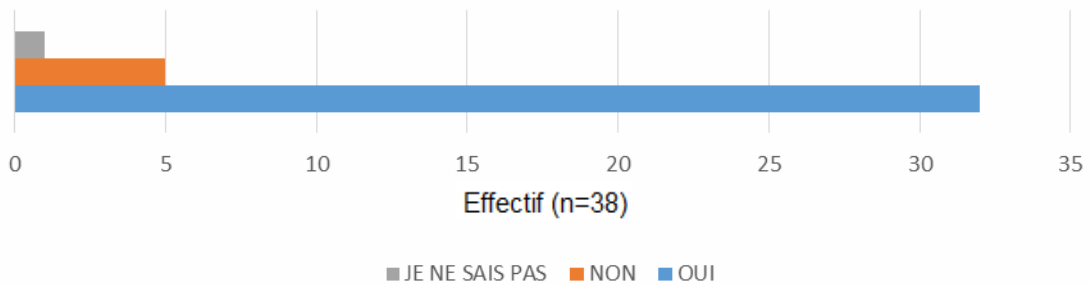


Figure n°18 : Nombre des migrants ayant la sensation d'être dans le droit commun

Les réponses des 5 individus qui ne ressentent pas avoir les mêmes droits que les français en terme de santé ont été étudiées selon trois critères : le sexe, l'antériorité du recours à la médecine générale et la note d'autoévaluation concernant la connaissance du système de soin français.

Au sein de ce sous-groupe, on retrouvait 2 des 29 hommes et 3 des 9 femmes. Quatre d'entre eux avaient déjà consulté un médecin généraliste, le dernier n'en avait jamais rencontré. Trois s'étaient évalués entre 0 et 5, les 2 autres s'étaient évalués à 10 et 15.

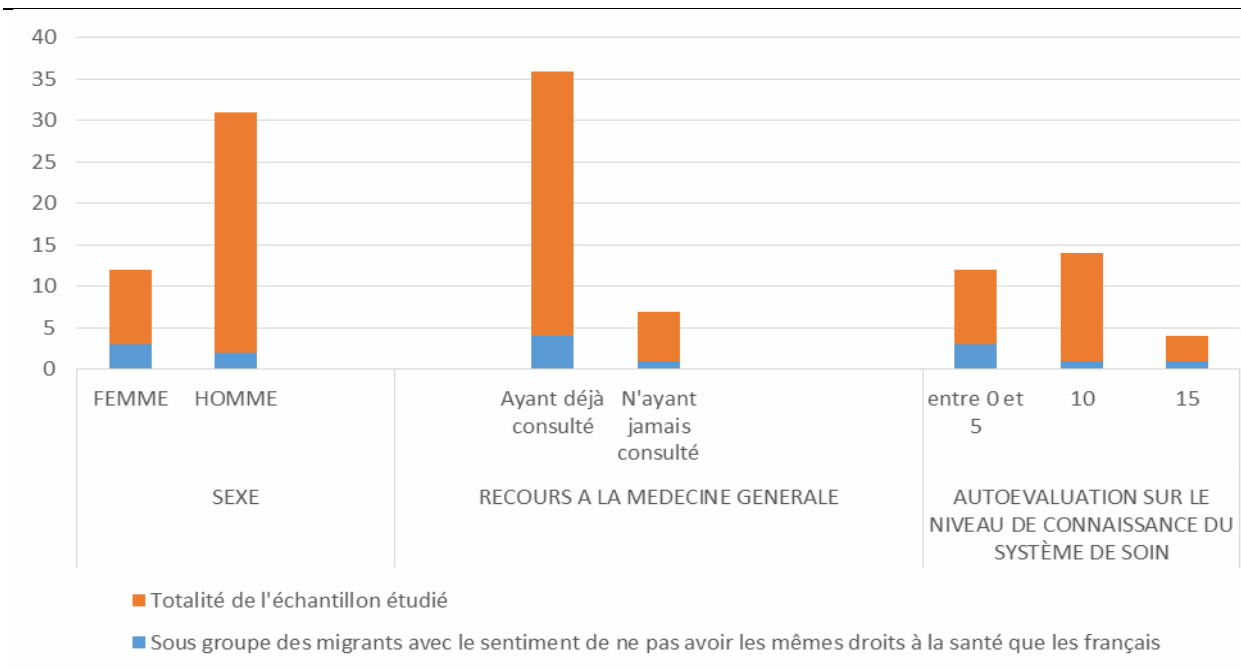


Figure n°19 : Comparaison des migrants avec un sentiment d’avoir des droits à la santé différents de ceux des français, avec la totalité de l’échantillon

3.7. Identification du vecteur principal d’information

Trente et un migrants rencontrés sur 38 ont répondu qu’un travailleur social leur avait fourni les premières informations sur l’organisation du système de soin français (figure n°20). Cinq migrants ont répondu qu’un ami ou un membre de leur famille était à l’origine de ces informations, un que c’était un médecin, et enfin un a précisé que jamais personne ne lui avait parlé de l’organisation du système de soin français.

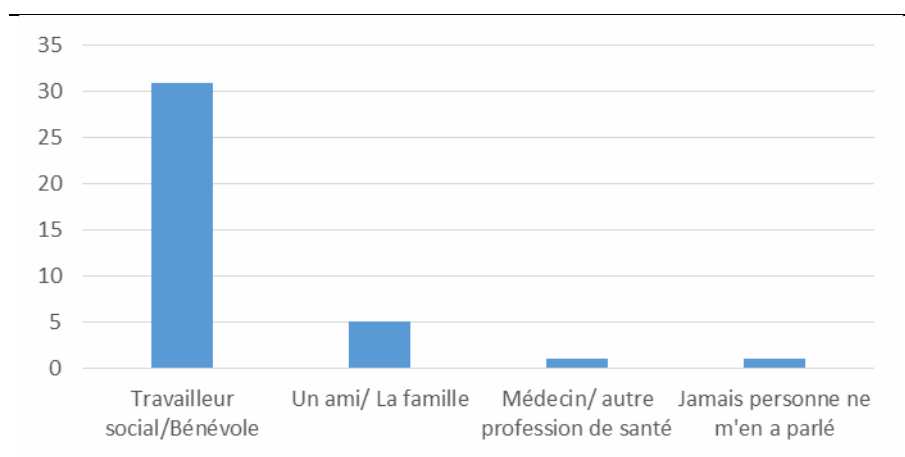


Figure n°20 : L’initiateur de l’information sur l’organisation du système de soin français

4. Utilisation du système de soin français.

4.1. Recours à différents lieux de soins en fonction du motif

La figure n°21 illustre l'ensemble des réponses obtenues quant au recours des migrants aux différents lieux de soin selon les 10 situations énoncées. Pour chaque situation clinique proposée lors de notre enquête, nous avons précisé le résultat de consultation qui en faisait référence, ainsi que son classement dans le Top 15 des Résultats de Consultation les plus fréquents en médecine générale selon l'observatoire de la médecine générale (Annexe n°2).

Les situations n°1 et n°2 illustraient le recours aux soins en rapport avec un examen systématique et/ou de prévention, et respectivement 24 et 25 migrants sur 38 ont répondu consulter en médecine générale. Ce motif de consultation était le 1^{er} motif de recours à la médecine générale du Top 15. Le recours au Relais Charbonnier était respectivement retrouvé pour 4 et 2 personnes sur les 38 totaux, et le recours à l'hôpital l'était pour 8 et 7 personnes. Seulement 2 et 4 individus ont répondu ne pas être concernés par la question.

Le 2^{ème} résultat de consultation du Top 15, qui était représenté par la situation clinique n°3, était un état fébrile (a priori viral). Vingt-sept migrants sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Trois consultaient au Relais Charbonnier, 5 consultaient à l'hôpital et 3 ne se sentaient pas concernés.

L'hypertension artérielle était présentée par la situation n°4 et constituait le 3^{ème} résultat de consultation du Top 15. Vingt-six migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Cinq consultaient au Relais Charbonnier, 3 consultaient à l'hôpital et 4 ne se sentaient pas concernés.

La situation n° 5 sur la vaccination était le 5^{ème} résultat de consultation du Top 15. Vingt-sept migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Cinq consultaient au Relais Charbonnier, 4 consultaient à l'hôpital et 2 ne se sentaient pas concernés.

L'état morbide afébrile était présenté situation n°6, 6^{ème} résultat de consultation du Top 15. Trente et un migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Cinq consultaient au Relais Charbonnier, 1 consultait à l'hôpital et 1 ne se sentait pas concerné.

Le 8^{ème} résultat de consultation du Top 15 était la lombalgie, exposée situation n°7. Vingt-sept migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Quatre consultaient au Relais Charbonnier, 5 consultaient à l'hôpital et 2 ne se sentaient pas concernés.

Le 9^{ème} résultat de consultation du Top 15 était les arthropathies. Ces dernières étaient illustrées dans notre étude par des douleurs de poignet dans la situation n°10. Trente et un migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Quatre consultaient au Relais Charbonnier, 2 consultaient à l'hôpital et 1 ne se sentait pas concerné.

Les plaintes abdominales de la situation n°9 illustraient le 14^{ème} résultat de consultation du Top 15. Trente et un migrants rencontrés sur 38 ont répondu consulter en médecine de ville. Trois consultaient au Relais Charbonnier, 3 consultaient à l'hôpital et 1 ne se sentait pas concerné.

La Situation n°8 portait sur la contraception, 15^{ème} résultat de consultation du Top 15. Vingt-sept personnes sur 38 ont répondu ne pas être concerné par la question. Dix consultaient en médecine de ville, 1 à l'hôpital et aucun au Relais Charbonnier.

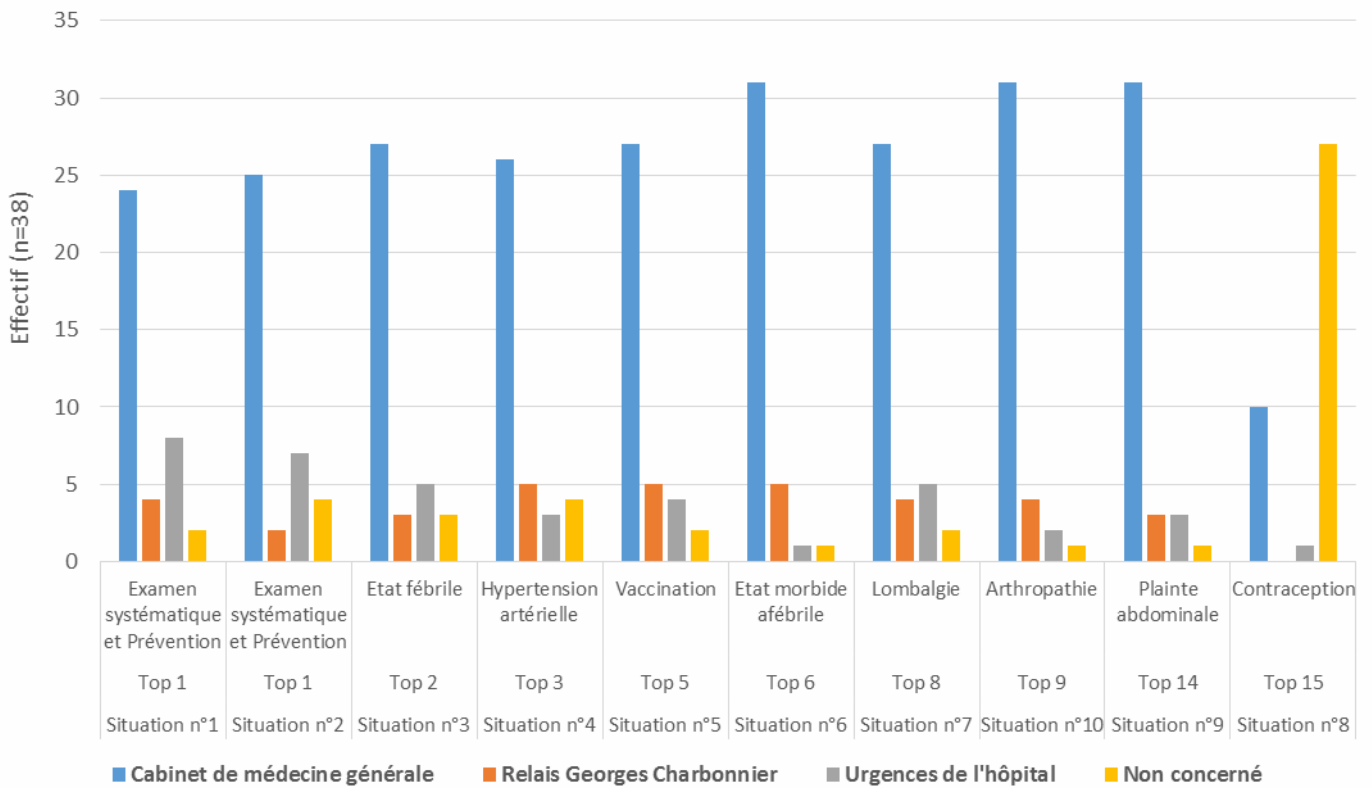


Figure n°21 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des motifs de consultation

Sur les 11 personnes qui se sentaient concernées par la contraception, 8 étaient des femmes. (Figure n°22).

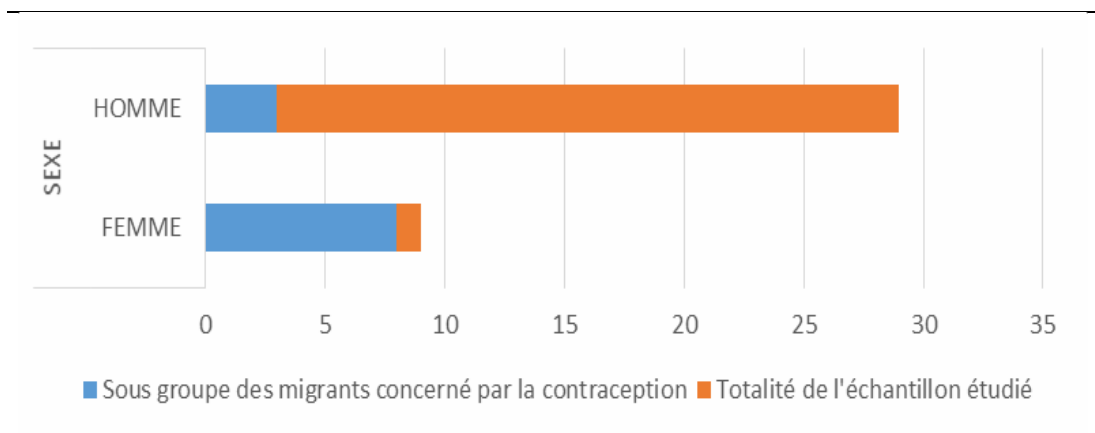


Figure n°22 : Proportion de migrants se disant concernés par la contraception par rapport à l'effectif total et selon le genre

4.2. Les différents lieux de recours en fonction du lieu d'interview

Pour chaque lieu d'interview, nous avons additionné l'ensemble des réponses obtenues pour chacune des situations cliniques. Nous avons exclu les réponses « non concerné ». Puis, nous avons retracé vers quel lieu de recours au soin chacune de ces réponses se dirigeait (tableau IV).

Tableau IV : Nombre de réponses de migrants aux questions sur leur lieu de recours aux soins en fonction du lieu d'interview						
	PADA	Coallia	CHRS	Relais	CHUS	CADA CRF
Médecine de ville	84	71	28	13	36	26
Relais Charbonnier	2	0	7	23	0	2
Urgences de l'hôpital	5	9	17	8	0	0
TOTAL	91	80	52	44	36	28

Nous avons ainsi pu étudier la répartition du lieu de recours aux soins en fonction du lieu d'interview (figure n°23).

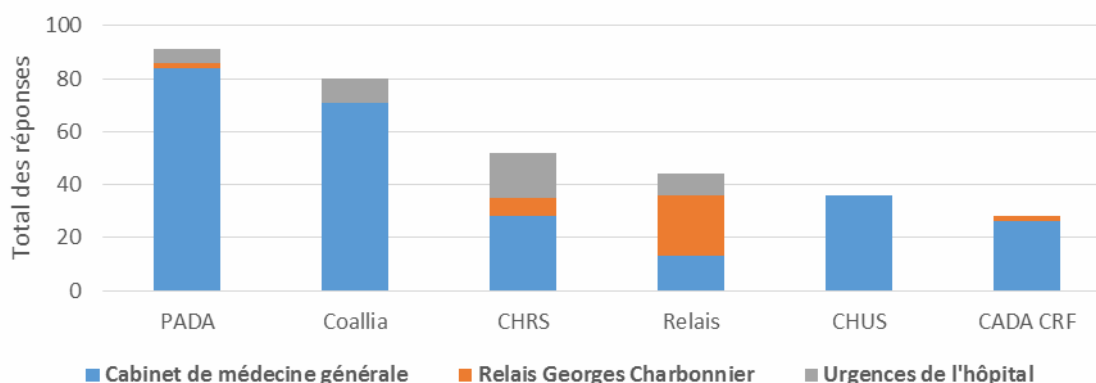


Figure n°23 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des lieux d'interview

Les trois lieux de recours proposés ont été retrouvés dans les réponses de la PADA, du CHRS et du Relais Charbonnier. Aucune des personnes rencontrées au CADA de Coallia n'avait répondu le Relais Charbonnier. Aucune des personnes rencontrées au CADA CRF n'avait répondu l'hôpital. Toutes les personnes interrogées au CHUS consultaient exclusivement en médecine de ville.

Quarante-quatre réponses ont été recueillies au Relais Charbonnier. Dans ces réponses, 23 choisissaient un recours au Relais Charbonnier, 8 un recours à l'hôpital et 13 la médecine de ville.

Cinquante-deux réponses ont été recueillies au CHRS. Dans ces réponses, 7 choisissaient un recours au Relais Charbonnier, 17 un recours à l'hôpital et 28 à la médecine de ville.

4.3. Utilisation du système de soin français par les guinéens

La population guinéenne représentant une forte proportion de notre échantillon (16 sur 38) nous l'avons étudiée individuellement (Figure n°24).

Le recours à la médecine de ville concernait 11 personnes pour la situation n°1, 13 personnes pour la situation n°2, 14 personnes pour la situation n°3, 13 personnes pour la situation n°4, 13 personnes pour la situation n°5, 15 personnes pour la situation n°6, 14 personnes pour la situation n°7, 15 personnes pour la situation n°10, 15 personnes pour la situation n°9 et 3 personnes pour la situation n°8.

Le recours au Relais était retrouvé chez 2 personnes pour la situation n°1 et une personne pour les situations n° 3 et n°5. Ce recours était totalement absent dans les situations n°2, n°4, n°6, n°7, n°10, n°9 et n°8.

Le recours à l'hôpital était identifié chez 2 personnes dans les situations n°1 et n°4 et 1 personne dans les situations n°2 et n°7. Aucun individu de ce sous- groupe n'allait à l'hôpital pour les six autres situations.

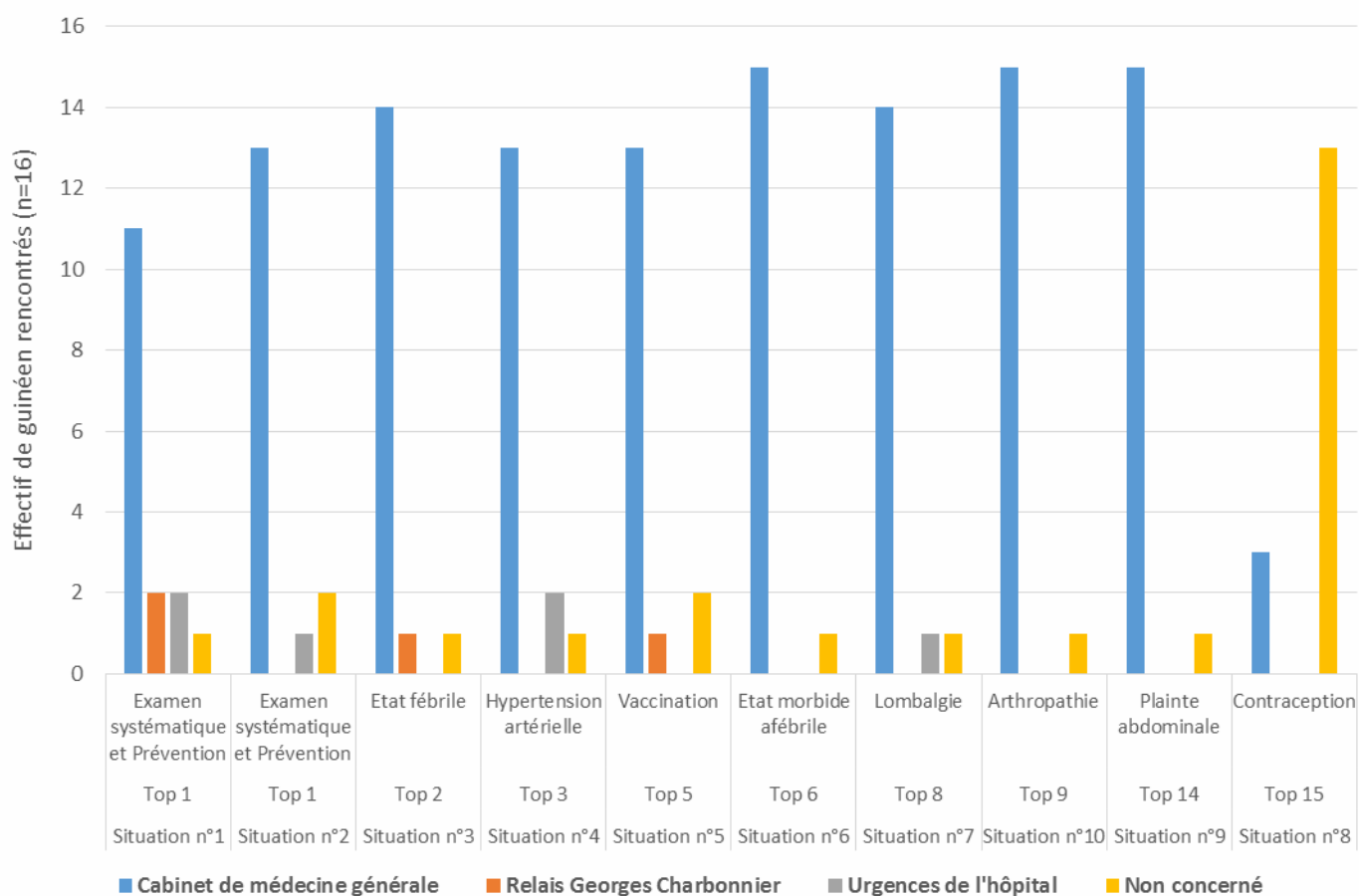


Figure n°24 : Répartition des lieux de recours aux soins en fonction des motifs de consultation proposés, dans le sous-groupe des Guinéens

5. La triangulation

Le retour de la triangulation a été positif. Les résultats sont apparus comme cohérents avec la réalité du terrain et la pratique quotidienne des travailleurs sociaux. Mme Locret a insisté sur la particularité du public rencontré. Elle précisait que nos résultats n'étaient pas surprenants, car les personnes interrogées avaient d'une part déjà droit à la CMU et étaient d'autre part accompagnées par des travailleurs sociaux. Elle rapportait également que ses collègues avaient en général une « liste de médecin » avec lesquels ils travaillaient. Cette « liste » était officieuse et empirique.

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Critères d'inclusion

1.1. Biais de recrutement par la protection sociale effective

Dans une interview publiée en 2015¹², Didier Maille, responsable du service social et juridique national du COMEDE, soulignait que « le principal problème [pour les étrangers pour se faire soigner] était l'ouverture des droits, l'entrée dans le système ». Il expliquait que cette absence initiale de droit conduisait à une précarité et à un retard de consultation. Dans notre étude, nous avons inclus uniquement des ayants droit à la CMU car nous voulions étudier le recours à la médecine générale. Nous avons donc sélectionné une population possiblement déjà entrée dans le système. Il existe donc un biais de recrutement puisque nous avons exclu les migrants "en amont" de la CMU, et de ce fait une des premières raisons de renoncement aux soins (6). Mais notre étude portait davantage sur la connaissance du système de santé que sur l'accès réel au système.

Il pourrait être intéressant de comparer le recours aux soins des migrants ayants droit à la CMU, des ayants droit à l'AME et des sans droit. Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale prônait, dans son avis de juillet 2011, une simplification de l'accès aux droits à l'AME et à la CMU, afin de favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire. Les débats politiques de ces dernières années ne vont pas dans le sens de cette recommandation.

1.2. Impact des lieux de rencontres

Nos entretiens se sont déroulés au sein de structures sociales bien identifiées. Les migrants rencontrés ont le plus souvent été encouragés par les travailleurs sociaux qui les connaissaient. On peut logiquement penser que ces migrants ainsi sélectionnés sont ceux qui ont été jugés les plus « faciles » à interroger car déjà sur la voie d'une intégration au système, y compris de soin.

De plus, nous n'avons recruté aucune personne du pôle migrant de Coallia. La première raison a été la moindre disponibilité de la responsable de service au moment de nos sollicitations. La seconde raison s'explique par le caractère

¹² Causes communes n°83. 2015. p23-25. <https://www.gisti.org/>

diffus¹³ des hébergements du public concerné. Il constituait pourtant un réel effectif du public migrant de Poitiers, leur avis aurait donc certainement été pertinent dans notre étude.

Enfin, l'effectif variant du simple au triple (cf. pages 48) suivant les lieux de rencontre s'explique par le temps consacré dans chacun des lieux, par la proportion de la population répondant à nos critères, et par l'implication du ou des travailleurs sociaux faisant le lien entre nous et les migrants. C'est une limite à la comparaison des sous-groupes selon le lieu de l'interview.

1.3. Les motifs de consultation

Nous avons construit la partie « Utilisation du système de soins » du questionnaire en partant du top 15 des résultats de consultation (RC) les plus fréquents, selon l'observatoire de la Médecine générale en 2009.

Première remarque, il existait une confusion sémantique assumée entre ce que nous proposons aux interviewés, des motifs de consultation, et ce qui émanait de notre outil de référence, des Résultats de consultation. En revanche, cet outil, le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) (Annexe n°3), a le grand mérite de permettre d'identifier la réalité des situations cliniques rencontrées en médecine de premier recours, et d'avoir donné lieu à des données épidémiologiques quantifiées. Les situations cliniques soumises aux migrants interrogés correspondaient donc à ce qui se voit généralement en soins primaires. Deuxième remarque, ces motifs de consultation, fréquents pour la globalité des français, ne l'étaient peut-être pas pour notre population étudiée. Une étude française a comparé les motifs et résultats de consultation des populations accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) avec les données d'un échantillon national de patients ayant consulté en médecine générale de ville (7). La répartition des résultats de consultation entre ces deux populations était différente. Les consultants des Caso venaient plus pour des problèmes de santé d'ordre digestif, oculaire, cutané et respiratoire. Les situations de prévention étaient peu fréquentes, de même que les problématiques cardiovasculaires. Cependant, l'échantillon de notre étude n'était comparable à aucune de ces populations, car étaient inclus sans condition au sein des Caso toutes les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion, là où nous avons inclus des migrants majeurs ayants

¹³ Les pôles dits « diffus » témoignent d'un hébergement en appartement individuel. En opposition aux structures collectives ou semi-collectives.

droit à la CMU uniquement. Une autre étude de 2010 (8) montrait elle que les différences n'étaient pas nécessairement si importantes, et qu'avec un même outil, le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG (Annexe n°3), le codage de la plupart des pathologies observées était possible, mis à part quelques maladies spécifiques tropicales.

2. Caractéristiques de l'échantillon

2.1. Une population jeune et masculine

Notre population était jeune et majoritairement masculine. Cette répartition de genre était en cohérence avec les statistiques sur l'asile présentées en 2016¹⁴. Cette dernière montrait environ 75 % de primo-demandeurs de sexe masculin chez les 18-34 ans et 60 % pour le groupe des 35-64 ans.

2.2. Un échantillon récemment arrivé en France

Recruté en 2017, notre échantillon était composé en majorité d'une population récemment arrivée en France, en moyenne en 2015. Plus de la moitié de l'échantillon étudié était en France depuis moins de 2 ans. Cette arrivée récente peut avoir un impact sur l'état de santé global de notre échantillon. En effet, les individus en bonne santé seraient les plus aptes à migrer (9). Les migrants récemment arrivés en France seraient donc en meilleure santé initialement, pour voir ensuite leur état de santé se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'allonge (10).

Tout juste arrivé, nous pouvons également supposer que notre échantillon a eu moins de temps à consacrer à l'information sur les différentes filières de soins. De plus d'autres préoccupations peuvent être prioritaires comme les problématiques d'hébergement, de localisation de leur proche ou d'alimentation, et comme bien entendu les contraintes administratives qu'impose une demande d'Asile (Cf. Introduction).

2.3. Les pays d'origine

Les pays d'origine étaient divers, pourtant les migrants originaires de Guinée étaient surreprésentés. Le sous-groupe guinéen représentait 16 personnes sur 38

¹⁴ Statistiques sur l'asile 2016. Eurostat Statistics Explained : ec.europa.eu

alors que l'effectif des autres nationalités n'excédait jamais 3 individus. Au cours d'un entretien concernant la présence des guinéens à Poitiers avec Noëlle Bouillé, chef de service du Cada de la CRF, celle-ci témoignait : « Il y a toujours eu beaucoup de guinéens à Poitiers, une grande communauté y est présente et ce depuis toujours, enfin sur mon expérience de 15 ans ». Dans son livre, Thomas Lacroix expliquait que le choix de la destination des migrants candidats au départ se faisait sur la base d'informations leur laissant penser qu'il a de bonnes chances de réussir. La circulation de ces informations semblerait se faire via les personnes déjà émigrées. Les individus se rendent prioritairement là où un proche pourra les aider à trouver un travail, un logement et plus largement à leur apprendre les bases du fonctionnement de la société d'accueil (4).

La majeure partie de l'échantillon était francophone. Toujours dans son ouvrage, Thomas Lacroix précisait que la langue parlée dans le pays d'accueil entrait également dans le choix de la destination. Il semble logique d'immigrer dans un pays dont on parle déjà la langue afin de faciliter son intégration. Cette forte proportion de francophonie dans notre échantillon est donc cohérente. De plus, nous pouvons supposer que la majorité des migrants ayant accepté l'entretien étaient ceux pour qui la langue française était la mieux maîtrisée. En effet, outre leur pays d'origine, plusieurs migrants ont appris le français depuis leur arrivée. Il aurait pu être pertinent d'apporter une autoévaluation sur la maîtrise du français dans le questionnaire. Néanmoins, le caractère qualitatif de l'étude a permis de recenser un niveau de compréhension globalement bon (cf. pages 34- 44). La moindre maîtrise de la langue du pays d'accueil représente un obstacle à l'accès au soin. Certains travaux ont montré que les personnes étrangères qui ne maîtrisaient pas cette langue avaient moins souvent recours aux soins et percevaient plus de barrières à son accès (11,12).

Une majorité des migrants arrivaient du continent africain (29 personnes). Cette tendance pouvait s'expliquer par le passé colonial de la France ainsi que par sa proximité géographique.

Les différents pays d'origine représentés dans notre étude étaient conformes aux données nationales. Pour l'année 2017, dans l'ordre, l'Albanie, le Soudan, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Congo et l'Algérie se trouvaient dans le top 10 des nationalités retrouvées dans les demandes d'asile¹⁵. Les nationalités présentes

¹⁵ L'essentielle de l'immigration n°2018-14. Janvier 2018. www.immigration.interieur.gouv.fr

notre étude mais non retrouvées dans ces données pouvaient s'expliquer par les différentes dates d'arrivée en France. Comme nous l'avons expliqué dans le préambule, la nature des déplacements de populations peut être humanitaire. Selon les années, certaines nationalités sont plus ou moins représentées en fonction de l'actualité géopolitique du moment dans les pays de départ.

Notre étude s'adressait uniquement aux migrants résidant à Poitiers. Or, il existerait un « effet ville » : une ville en particulier pourrait plus « attirer » une nationalité qu'une autre. On identifie deux éléments de réponse à cet effet, d'abord le rôle des réseaux de passeurs, ensuite, l'armature sociale qui se consolide au sein d'une ville via la population déjà implantée (les guinéens de Poitiers par exemple).

2.4. La composition du foyer au moment du départ

L'échantillon étudié était constitué en grande majorité d'individus venus seuls. Les 29 hommes et 8 des 9 femmes étaient partis de leur pays sans conjoint et sans enfant. Cela confirme l'isolement et la perte du lien social initial pour cette population migrante.

Au cours de notre étude, nous ne nous sommes malheureusement pas interrogés quant à la proportion de migrants venue retrouver des proches au sein de notre échantillon.

2.5. Les conditions socio-économiques

Certaines études françaises ont montré que la situation économique et sociale des immigrés expliquait en partie leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine de ville (5,10,13,14). Le revenu serait responsable de 42,5% des disparités de santé entre la population immigrée et la population native en France quand la profession et la catégorie socioprofessionnelle seraient responsables de 16% de ces disparités (2). Cependant notre questionnaire ne comprenait aucun renseignement sur le niveau socio-économique des migrants rencontrés. Il aurait été intéressant d'introduire des éléments tels que les ressources financières, la possibilité de travailler et la qualité d'hébergement.

3. Evaluation du niveau de connaissance des migrants

3.1. Evaluation de leur perception du niveau de connaissance

La première question à propos du niveau de connaissance était subjective. Chaque personne interrogée avait des connaissances sur l'organisation du système de soin français. Nous pourrions conclure que l'intégralité de l'échantillon a déjà reçu des informations sur le système de soin français et son organisation. Mais la majorité de l'effectif se donnait une note correspondant à une connaissance moyenne ou très mauvaise. En d'autres termes, les migrants rencontrés avaient en grande majorité l'impression de ne pas connaître les filières de soins françaises.

Par ailleurs, il n'est pas exclu que personne n'ait osé répondre 0 du fait du caractère potentiellement dévalorisant de cette note. A l'inverse, des notes au-delà de 15/20 ont pu être sous représentées par le caractère sans doute difficile de se juger très positif quand on se trouve dans une situation précaire.

3.2. Evaluation de la fréquentation des cabinets de médecine générale

La majorité des migrants rencontrés avait déjà consulté au moins une fois un médecin généraliste (32 migrants sur les 38). Parmi les 6 migrants n'ayant jamais consulté un médecin généraliste, nous avons constaté que ceux rencontrés au Relais Charbonnier étaient plus représentés (3 migrants du Relais sur les 5 totaux rencontrés dans ce lieu, contre 3 migrants répartis dans les 5 autres lieux). Ceci s'explique peut-être par le fait qu'il s'agit du seul lieu d'entretien où un médecin était disponible sur place. L'habitude conduit à une inertie à l'encontre du changement, alors que les droits eux évoluent : « c'est le seul endroit que je connaisse en ville » (entretien n°37) et « c'est bien ici, je ne connais pas ailleurs de toute façon » (entretien n°38). Cette notion d'habitude était relatée par les migrants qui fréquentaient le Relais Charbonnier, mais également dans d'autres structures. A la PADA, lors de l'entretien n°21, l'homme interrogé disait : « Je connais ce médecin, il me connaît, pourquoi se compliquer à tout recommencer ailleurs ? » Un autre disait aussi : « Seul la confiance amène à la confiance » (entretien n°23). A la vue de cet attachement aux habitudes, nous avons déduit qu'il y avait sûrement un lien entre le lieu du tout premier recours aux soins et le lieu qui devient habituel. Les migrants qui avaient initié une prise en charge au Relais restaient au Relais, ceux qui l'avaient initié en médecine de ville y restaient.

Ce constat semble faire écho avec l'accès au droit initial. Dans notre système, l'accès aux soins passe par l'accès aux droits. Alors, nous avons émis l'hypothèse que les migrants ayant obtenu l'AME ou la CMU avant leur premier recours aux soins seraient ceux qui fréquenteraient le plus la médecine de ville. Pendant l'entretien n°16, le migrant interrogé expliquait « moi, j'ai eu la Carte Vitale® rapidement », contrairement à des amis à lui. A l'inverse, le migrant de l'entretien suivant (entretien n°17) expliquait qu'il consultait au Relais Charbonnier car lorsqu'il y est allé pour la première fois, c'était pour une demande de soin sans avoir encore de droit : « Je suis arrivé avec des douleurs de dos abominables, comme je n'avais pas de papiers on m'a dit d'aller là-bas ».

Un des migrants de notre échantillon n'ayant jamais consulté de médecin généraliste a précisé n'avoir jamais eu besoin de consulter un médecin depuis son arrivée en France (entretien n°29). Il aurait été instructif de connaître le lieu de recours aux soins qu'il aurait choisi en cas de demande médicale. Une étude prospective sur ce type de profil pourrait être intéressante pour vérifier notre hypothèse.

3.3. Evaluation de la connaissance du système de soin

Suivi médical et médecine générale

Une majorité des migrants rencontrés connaissait le rôle de suivi du médecin généraliste, avec notamment la notion de dossier médical. Lors de l'énonciation de la question à propos de ce rôle, nous insistions sur l'association du suivi médical au fait que le médecin généraliste connaissait le patient et ou sa famille. A l'inverse, nous associons l'absence de suivi avec des consultations ponctuelles sans impression que le médecin ne se souvienne du contenu des précédentes. L'entretien n°23 illustre le sentiment de se faire connaître : « C'est avec lui que je parle, j'ai l'impression qu'il a plus de temps que d'autres que j'ai pu voir. Du coup j'ai plus confiance en lui ». L'entretien n°36 introduisait la notion de fidélité : « J'ai confiance en lui c'est tout ».

Disponibilité comparée des médecins en fonction du lieu de recours aux soins

La majorité des migrants rencontrés ne s'est pas positionnée quant à la disponibilité des médecins généralistes par rapport aux médecins des autres lieux de recours aux soins (cf. page 50). La fréquentation isolée d'un seul de ces lieux était l'explication préférentielle apportée à cette abstention majoritaire.

Prendre un rendez-vous : avantages et inconvénients

Vingt-trois migrants rencontrés connaissaient le fonctionnement le plus fréquent d'un cabinet de médecine générale, les consultations par prise de rendez-vous. C'est ainsi qu'une grosse majorité des migrants rencontrés déclarait qu'il était « obligatoire » de prendre rendez-vous pour avoir une consultation de médecine générale. Certains voyaient cela comme un frein dans leur accès à la médecine de ville. Par exemple, la 3^{ème} personne rencontrée expliquait qu'elle avait choisi volontairement un médecin fonctionnant avec une permanence sans rendez-vous, car elle n'aimait pas cette contrainte.

Au contraire, certaines personnes soulignaient l'importance du rendez-vous. Plus exactement, la relation qu'ils avaient avec la secrétaire. Un interviewé (entretien n°9) précisait que pour chaque demande médicale, il demandait conseil à la secrétaire : « En fait j'appelle la secrétaire de mon médecin pour lui demander si le docteur peut me recevoir pour tel ou tel symptôme, des fois elle me dit d'aller plutôt à l'hôpital ». Bastien Lestapis-Auroux, dans une thèse soutenue à Poitiers en 2018, avait mis l'accent sur le rôle social de secrétaire et le côté humain du métier (15). Ce recours à la secrétaire semble quasi systématique dans la prise des rendez-vous. Physiquement ou par téléphone, elle semble jouer un rôle de facilitatrice et de conseillère.

Les travailleurs sociaux qui accompagnent des migrants nous ont informés qu'ils prenaient souvent les rendez-vous médicaux pour ceux qu'ils suivaient. Le migrant de l'entretien n°15 disait choisir « celui avec qui mon accompagnatrice me prend rendez-vous, c'est simple ». De ce fait, les migrants rencontrés dans les structures d'hébergement comprenant un accompagnement (les 2 CADA et le CHRS) semblaient avoir un accès privilégié à la médecine de ville.

Enfin, certains tentaient de s'affranchir de la contrainte, comme par exemple « si la secrétaire me dit demain, j'essaie de venir le jour même et des fois le médecin me prend entre deux rendez-vous » (entretien n°5).

Outre l'aspect concret d'une prise de rendez-vous, elle a le mérite de fixer symboliquement un temps et un espace dédiés à la santé d'un individu. Sans ce moyen, le risque est important de voir la santé repoussée au second plan par d'autres préoccupations aussi majeures.

3.4. Les migrants savaient qu'ils pouvaient déclarer un médecin traitant

Le terme médecin traitant n'était pas réellement employé au cours des entretiens car ce terme était mal compris. Nous avons choisi d'assimiler les termes de médecin généraliste et médecin traitant. La notion de « médecin personnel » était plus intéressante que le réel statut administratif. Ceci dit, la grande majorité des migrants (34 sur 38) rencontrés connaissait la possibilité de déclarer un médecin traitant.

Aucun des 4 individus ayant répondu non à cette question n'avait déjà consulté un médecin généraliste. Ce constat est congruent.

Cependant, 2 individus rencontrés au CHRS connaissaient la possibilité de déclarer un médecin traitant mais n'étaient jamais allés en voir un. Le CHRS est une structure qui accueille surtout des français et une petite population migrante. Ceci explique peut-être une attention moindre ou moins systématique des travailleurs sociaux quant à l'information sur l'organisation du système de santé en France. Le rôle de l'information peut être mis en avant dans l'utilisation du recours au soin.

3.5. La gratuité des soins pour les ayants droit à la CMU

Une majorité des migrants rencontrés avait acquis la notion de gratuité des soins quel que soit le lieu de l'interview. Le terme « absence d'avance de frais » a été associé à l'oral aux notions de « soins gratuits » et « d'absence d'argent à la fin de la consultation ». Cette précision supposait la réalisation du tiers payant au public bénéficiant de la CMU en médecine de ville. Pour l'analyse de cette question, nous avons exclu les migrants n'ayant jamais consulté de médecin généraliste. L'intégralité des 32 migrants ainsi sélectionnés affirmait l'absence d'avance de frais en médecine de ville. Plusieurs d'entre eux justifiaient la gratuité par la Carte Vitale®, outil rendant possible la dispense de frais à leurs yeux. Le résultat discrètement moins franc pour les autres lieux était expliqué par la méconnaissance du Relais Charbonnier et/ou de l'hôpital par ceux qui n'avaient jamais eu besoin d'y aller.

La gratuité des soins semblerait être la condition première de l'accès aux soins des plus démunis, mais aussi et surtout la condition essentielle de la continuité des soins.

3.6. L'impression d'entrer dans le droit commun concernant la santé

Une majorité des migrants rencontrés savait qu'ils avaient les mêmes droits en termes de santé que n'importe quel français ayant droit à la CMU. Ce résultat était un symbole fort d'intégration. L'individu rencontré dans l'entretien n°26 avait répondu « Je ne connais pas de français donc je ne peux pas comparer ».

Nous avons choisi d'étudier les réponses des 5 migrants ne se sentant pas dans le droit commun. Nous avons comparé leur genre, leur fréquentation des cabinets de médecine de ville et leur autoévaluation sur leur connaissance du système de soin français. Il y avait proportionnellement plus de femme que d'homme dans ce sous-groupe. Le seul fait d'être une femme semblait accroître le sentiment de ne pas avoir les mêmes droits. Ce constat est intéressant quand l'on sait que chez les femmes le seul fait de migrer constitue un risque spécifique (5). Par ailleurs, il est possible de s'interroger sur le fait d'appartenir à une minorité, « femme migrante » serait peut-être un facteur de moindre intégration.

Il semblerait qu'il n'y avait pas de lien entre l'impression d'avoir les mêmes droits que les français et le recours aux cabinets de médecine générale. Cela peut s'expliquer par l'existence d'autres facteurs entrant en jeu dans le sentiment d'intégration, comme par exemple leur ressenti d'un mauvais état de santé (16) ou encore un sentiment de discrimination vis-à-vis d'autres sujets : droit au travail, droit au logement, etc... Ces faits pouvant rendre difficile le sentiment global d'intégration, ils altèreraient également le sentiment d'être dans le droit commun concernant la santé. L'individu n°25 avait initialement répondu *oui* puis *non* à propos de ce sujet. Sa justification : « Je sais que j'ai de la chance d'avoir été opéré ici, dans mon pays on ne l'aurait pas fait à un inconnu. Mais je sais aussi que l'on ne m'a pas pris en charge de la même façon qu'un français. Je suis sûr que si un français avait eu la même chose que moi, on n'aurait pas eu besoin de l'opérer 3 fois ! Je le sais car mon voisin de chambre d'hôpital me l'a dit. Franchement, j'ai l'impression d'avoir été un cobaye ».

Nous pouvons remarquer un lien possible entre les individus qui considèrent avoir une mauvaise connaissance du système de soin français et l'impression de ne pas avoir les mêmes droits que les français. Cependant, si un tel lien existe, cela accentue l'idée que la connaissance du système de soin français passerait par une information claire et adaptée, renforçant ainsi le sentiment d'intégration de la population migrante ayant la CMU.

3.7. Conclusion de l'appréciation du niveau de connaissance

Nous avons constaté que les migrants interrogés avaient une bonne connaissance du fonctionnement habituel d'un cabinet de ville, notamment en ce qui concerne la prise de rendez-vous, le rôle de suivi d'un médecin généraliste et l'universalité de la médecine de ville en France. Ils avaient conscience que l'accès à la médecine de ville n'était pas exclusif aux ressortissants français. Ils avaient par ailleurs un sentiment majoritaire d'appartenir au droit commun, soulignant l'impact de la gratuité des soins et de la possibilité de déclarer un médecin traitant.

Il nous a semblé important de souligner cette discordance entre leur perception de ne pas connaître le système de santé français alors qu'ils semblent le connaître dans les faits.

4. Identification du vecteur de l'information

La majorité des migrants rencontrés a témoigné qu'un travailleur social était à l'origine de leur connaissance du système de soin français (31 sur 38).

Le système de soin français étant particulier, il était difficile de se baser sur d'autres systèmes, plus ou moins bien organisés. Par exemple, le système de soin africain ne comporte pas de médecin traitant et n'est pas organisé selon un modèle de solidarité.

Dans les structures d'hébergement avec accompagnement, les travailleurs sociaux étaient les vecteurs de l'information initiale mais aussi et surtout les acteurs du soutien social sur la durée. Un article paru en 2012 sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés (1) avait établi les principaux déterminants des inégalités de santé liées à la migration. La notion de perte des liens sociaux induite par la migration apparaissait en 3^{ème} position. Cette exclusion sociale contribuerait à la dégradation de l'état de santé.

4.1. Le lien social retrouvé

La majorité des migrants rencontrés avait un accompagnement social, puisque nous les interrogeons au sein d'institutions à vocation sociale. La perte du lien social était d'autant plus réelle que la majorité de notre échantillon était venue seule en France. Les conclusions des études françaises suggèrent

l'existence de recours aux soins liés au soutien social (2). En effet le capital social présente la contribution la plus importante à l'explication des différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native en France (54%). Le travailleur social apparaît comme le médiateur entre la personne migrante et l'organisation de la société initialement inconnue.

Parce que nous avons essentiellement rencontré des individus suivis par un travailleur social, nous avons pensé que leur perte de lien social était moindre. Ainsi notre population aurait un meilleur accès à l'information par un capital social en partie retrouvé.

4.2. L'orientation réfléchie vers un praticien sensibilisé

Aucun migrant rencontré n'a témoigné de mécontentement vis-à-vis de son médecin généraliste habituel. Quelques noms de médecin revenaient souvent pendant les entretiens. Cela laisse penser que les médecins « choisis » par les travailleurs sociaux étaient des praticiens avec une certaine sensibilité vis-à-vis du public migrant. Evidemment, chaque médecin a le devoir « d'écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard »¹⁶. Cependant, certains comportements discriminatoires ont parfois été relevés chez les soignants (17). Afin de limiter ces éventuels comportements, nous supposons que les travailleurs sociaux orienteraient plus facilement les migrants vers une liste tacite de professionnels. Cette hypothèse pourrait être vérifiée en réalisant une enquête auprès des travailleurs sociaux à propos de leurs habitudes d'orientation.

4.3. En conclusion

Les travailleurs sociaux sembleraient être les vecteurs essentiels de l'information concernant les filières de soins, mais aussi et surtout, ils assureraient à cette population isolée un premier socle social. Les médecins généralistes sont les médecins les plus souvent consultés en soins de 1^{er} recours. Cela a soulevé une question : médecins et travailleurs se connaissent-ils ? Nous avons supposé que

¹⁶ Code de déontologie médicale. Article 7. Edition 2017

les travailleurs sociaux connaissaient les médecins généralistes chez qui ils orientaient par leur expérience personnelle. Mais qu'en est-il de la connaissance des médecins généralistes vis-à-vis des travailleurs sociaux ? Une étude à ce sujet pourrait être intéressante afin de déterminer les interrogations des médecins sur l'organisation du système social entourant un migrant.

5. Utilisation du système de santé

Dans ce cas aussi une majorité des migrants rencontrés a répondu avoir recours à la médecine de ville quel que soit le motif. Notre étude s'intéressait à l'utilisation du système de soin français par les migrants. Les résultats des diverses études françaises soutiennent l'idée d'un moindre recours de la population immigrée au généraliste par rapport à la population française (18). En collectant des informations précises, à la fois sur le pays de naissance et la nationalité ainsi que sur l'état de santé et le recours aux soins, l'Enquête décennale santé, menée en 2002-2003 par l'Insee en France, a offert l'opportunité d'étudier les liens existant entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins. Quatre-vingt-un pour cents des immigrés étrangers avaient recours au généraliste contre 85% des personnes nées en France. Seuls 76.2% des étrangers venus d'Afrique avaient vu un médecin généraliste (14).

Notre étude comprenait un petit échantillon que nous n'avons pas comparé à la population française. Nous ne pouvons donc pas savoir si nos résultats seraient congruents à ces chiffres. Cependant, nous notons qu'une majorité des migrants interrogés a recours à la médecine de ville, en cohérence avec les études sus-citées.

Les questions ouvertes sur la justification de leur lieu de recours nous ont permis d'émettre des hypothèses pour expliquer leur choix.

5.1. Les habitudes

Nous avons vu plus haut cette notion d'habitude que le migrant adopte après un recours initial dans un lieu. Au CHRS, 3 migrants sur les 6 rencontrés ont répondu faire vérifier leurs vaccins directement à l'hôpital. Ils avaient fait part de leur expérience et justifiaient leur recours ainsi : « A l'hôpital, il y a directement les

seringues ». Aucun autre migrant rencontré n'a répondu ainsi. Nous avons donc pensé qu'il pouvait exister des habitudes intrinsèques au CHRS.

5.2. L'interprétariat

La moindre maîtrise de la langue représente un obstacle à l'accès aux soins et contribue à détériorer l'état de santé des migrants (19). Dans notre étude, 24 migrants sur 38 venaient d'un pays francophone. Quatorze migrants rencontrés sur 38 n'avaient pas nécessairement une bonne maîtrise du français. Chez ces personnes, un soudanais avait justifié la majorité de ses recours à la médecine de ville de la façon suivante : « il est plus facile d'y être compris ». Une autre, érythréenne, nous avait raconté ses premières consultations lorsqu'elle ne parlait encore que peu le français : « Mon docteur a l'habitude des gens comme nous, on se débrouille avec ce qu'on a sous la main et ça se passe bien ». Une dernière, arménienne, nous avait quant à elle fait part du confort du Relais : « c'est bien car des fois il y a une interprète ».

Néanmoins, certains problèmes de compréhension sembleraient persister malgré une francophonie commune. Par exemple, la femme guinéenne de l'entretien n°10 parlait un français convenable mais ne comprenait pas la notion de vaccin. Même en utilisant l'expression « piqure contre les maladies » et en mimant l'injection d'un produit dans le bras, elle ne semblait pas comprendre cette notion, probablement parce qu'elle n'avait jamais eu de vaccin. Au-delà des limites de l'interprétariat, nous pouvons suggérer le rôle des barrières culturelles. Une étude réalisée en 1998 suggérait l'existence de barrières culturelles et informationnelles expliquant un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs dans les populations les plus pauvres (20).

5.3. Un vécu propre à chacun

L'argument de la rapidité a été employé pour justifier différents lieux de recours aux soins. Par exemple, l'individu rencontré dans l'entretien n°8 avançait un recours exclusif à la médecine de ville parce que « c'est le plus rapide et le plus près d'ici ». Celui rencontré dans l'entretien n°11 avait justifié ses deux choix de recours à l'hôpital (situation n°1 et n°2) comme étant plus rapides. Selon lui, « il y a juste besoin d'y aller et après c'est bon. Alors que pour le docteur [généraliste], il faut prendre le temps d'appeler pour le rendez-vous, attendre le rendez-vous, et ensuite prendre rendez-vous pour la prise de sang et encore

attendre les résultats ». Allant dans ce sens également, l'individu rencontré dans l'entretien n°12 précisait que le recours à l'hôpital était « le plus rapide pour les résultats de prise de sang », en référence à la situation n°1 avec le dépistage de maladies virales.

Nous avons également remarqué l'impact des antécédents personnels et familiaux des migrants. Pour un motif précis, le lieu de recours aux soins qui semblait autrement être systématique pouvait alors changer brusquement. Par exemple, dans l'entretien n°24, une géorgienne de 33 ans répondait avoir un recours essentiellement en médecine de ville sauf en ce qui concernait la situation n°2 et la prévention du risque cardio-vasculaire. Elle nous a expliqué qu'elle avait une histoire familiale à ce propos qui l'inquiétait particulièrement, donc que si elle avait des craintes concernant une possible crise cardiaque elle préférerait aller à l'hôpital. Autre cas de figure avec un jeune homme camerounais de 18 ans qui répondait une fois sur deux soit la médecine de ville ou soit le Relais. Mais il a répondu l'hôpital pour la situation n° 3 car selon lui « la fièvre c'est vraiment grave ».

Un dernier lien à évoquer entre le vécu personnel et le lieu de recours aux soins serait la douleur. Quelques personnes nous ont confié utiliser leur gradient de douleur comme élément décisionnel de leur lieu de recours aux soins. Par exemple, « si j'ai peu mal je vais voir le généraliste, si j'ai très mal je vais à l'hôpital », disait le guinéen de l'entretien n° 25. « Si j'ai beaucoup mal je vais aux urgences, si s'est supportable je viens ici [Relais Charbonnier] », expliquait l'arménienne de 38 ans de l'entretien n°37.

5.4. Les préjugés et idées préconçues

Un homme de 18 ans (entretien n° 35) expliquait ses choix en fonction « de l'expertise et de la compétence attendue de tel ou tel praticien. Le médecin du Relais va plus avoir l'habitude des problèmes des étrangers. Le médecin de ville a plus l'habitude des maladies françaises. Et quand c'est vraiment une urgence, là il faut aller à l'hôpital ».

5.5. L'orientation

Enfin, la plupart des migrants rencontrés avait très bien intégré le rôle d'orientation du médecin généraliste. « C'est lui qui sait, moi je n'en sais rien », répondait l'algérien de l'entretien n°27. « Je passe au moins un coup de fil à mon

docteur pour savoir », disait un guinéen (entretien n°33) lorsqu'il avait un doute sur la pertinence de son recours à la médecine de ville. Ou encore, « mon médecin fait ce qu'il a à faire et puis il m'oriente ailleurs si besoin », justifiait l'individu n°19 concernant ses recours à la médecine de ville.

Les justifications de lieu de recours aux soins ont été de diverses natures. Nous avons également constaté qu'une même justification pouvait être apportée pour des lieux de recours aux soins différents. Ce constat a mis en évidence la grande diversité de notre population étudiée, résultat que nous souhaitons voir apparaître en réalisant cette étude. Nous ne prôtons pas l'uniformisation du mode de recours aux soins, nous pensons au contraire qu'il est judicieux d'apporter une information claire, complète et adaptée, afin que tout migrant choisisse son lieu de recours aux soins en toute connaissance et en toute liberté.

6. Cas particuliers

6.1. La contraception

C'est la seule question à laquelle la majorité de notre échantillon n'a pas répondu, car elle ne se sentait pas concernée. Un élément de réponse a pu être apporté, la majorité d'hommes dans la population étudiée (29 hommes pour 9 femmes). En effet, la question de la contraception est un thème qui se conjugue classiquement au féminin. En ce sens, il nous a été impossible de trouver des données nationales récentes comparant la préoccupation des français à ce sujet selon le genre. Tous les sondages concernant la contraception étaient destinés aux femmes : « Les femmes et leur contraception », sondage Ifop 2017 ; « Pilule : inquiétudes des Françaises sur les conséquences hormonales », en 2013 ; ou encore le Baromètre santé, qui a interrogé les femmes sur leur contraception en 2016. Cette préoccupation unisexe était-elle le fait que la majorité des modes de contraception touche personnellement les femmes de par leur fonctionnement ? Heureusement, un des hommes de l'échantillon s'est senti concerné par la question.

Sans surprise donc, nous avons remarqué que le sous-groupe s'étant senti concerné par la contraception était à majorité de femmes (8 femmes sur les 9 migrants).

6.2. Les guinéens

C'était la nationalité majoritaire de l'échantillon. L'analyse des données de ce sous-groupe a montré une similitude globale avec l'ensemble de la population. Cependant, les guinéens semblaient avoir un recours à la médecine de ville plus systématique (15 sur 16 guinéens) et un sentiment d'être dans le droit commun plus important (13 sur 16 guinéens). Comme expliqué précédemment à propos de l'armature sociale solide et dense à Poitiers concernant les ressortissants guinéens, il semblerait licite de penser qu'existe un lien entre le capital social, l'utilisation du système de santé et le sentiment d'intégration (2).

6.3. Les lieux de rencontres

Le recours au Relais Charbonnier semble être plus fréquent chez les personnes interrogées au Relais même (23 réponses en ce sens sur 44) et au CHRS (28 réponses en ce sens sur 52). Le recours à l'hôpital semble aussi avoir une place plus importante chez les personnes rencontrées au Relais (8 réponses en ce sens sur 44) et au CHRS (17 réponses en ce sens sur 52).

Nous n'avons pas d'élément de réponse à apporter par rapport à cette tendance. Une autre étude comparant les habitudes des travailleurs sociaux de chaque structure pourrait être utile. Nous avons seulement remarqué qu'il s'agissait des deux seules structures de l'étude qui offraient une mixité du public : elles accueillaient à la fois une population migrante et une population dite de « public local ».

7. La triangulation

Mme Locret a proposé deux hypothèses pouvant expliquer la discordance entre la perception d'une mauvaise connaissance des filières de soin par les migrants rencontrés et leur connaissance réelle plutôt juste. Premièrement, il serait possible que les travailleurs sociaux orientent davantage vers les lieux de premier recours qu'ils n'expliquent réellement le cheminement nécessaire pour les choisir. Cette tendance sous-entendrait une discussion autour de l'autonomie et du maintien de la dépendance à moyen terme. Deuxièmement, quelle que soit l'avancée dans leur demande d'asile, elle précisait que chaque migrant en cours

de procédure OFPRA était obnubilé par sa problématique administrative. Dans ce contexte, il semble licite d'admettre que leur santé n'est pas forcément la priorité.

Lorsque nous avons évoqué le travail qu'il serait intéressant de fournir en vue de renforcer les liens entre les travailleurs sociaux et les médecins généralistes, il lui a semblé évident que cette piste était à privilégier. Elle a conclu : « L'essence même du travailleur social est la médiation ».

CONCLUSION

CONCLUSION

Dans un contexte d'augmentation des flux migratoires dans le monde et d'une probable accentuation du phénomène à moyen terme, il est légitime de se poser la question de l'intégration de ces populations dans notre société et en particulier de leur accès aux soins.

La situation de cette population est difficile à percevoir pour les soignants d'autant que le dispositif d'aide sociale est peu connu du public. Par ailleurs, le système de soin français encore peu structuré et hospitalo-centré reste difficile à déchiffrer, a fortiori par les personnes migrantes.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la connaissance du système de soin français par les migrants ayants droits à la CMU et de comprendre l'utilisation qu'ils en faisaient. Nous avons choisi d'étudier l'accès aux soins de premier recours des migrants de Poitiers. Nous avons réalisé 38 entretiens de migrants entre juillet et décembre 2017.

Les résultats montraient que ces migrants avaient une mauvaise perception de leurs connaissances sur le système de soin français. Cependant, les questions ciblées sur la médecine générale témoignaient d'une bonne connaissance du fonctionnement habituel d'un cabinet de ville en ce qui concerne notamment la prise de rendez-vous, le rôle de suivi d'un médecin généraliste et l'universalité de la médecine de ville en France. Ils avaient conscience que cet accès à la médecine de ville n'était pas exclusif aux ressortissants français. Ils avaient par ailleurs un sentiment majoritaire d'appartenir au droit commun en ce qui concerne la santé. En effet, la majeure partie de l'échantillon savait que leurs soins pouvaient être gratuits et qu'ils avaient la possibilité de déclarer un médecin traitant. L'étude de l'utilisation du système de soin par la population rencontrée a mis en exergue un net recours à la médecine générale pour les soins de premier recours.

L'étude de la population guinéenne, majoritaire dans l'échantillon et symbolisant un tissu social sous-jacent solide à Poitiers, nous a suggéré l'impact positif du capital social dans le sentiment d'intégration et dans l'utilisation raisonnée du système de soin français. Le fort taux de recours à la médecine de ville pourrait avoir un lien avec le lieu d'hébergement du migrant, le lieu de son premier recours aux soins ou encore la rapidité avec laquelle il a eu accès aux droits CMU.

Enfin, notre étude montrait que les travailleurs sociaux au contact de cette population avaient un rôle primordial dans l'information des migrants sur leur accès aux soins dans notre pays. Ce constat pourrait inciter à un renforcement du lien entre médecins de ville et travailleurs sociaux pour adapter réciproquement l'information transmise aux personnes migrantes. Cette hypothèse est confirmée par la triangulation.

Il ressort de notre étude que si le système de santé français est difficile à déchiffrer pour les migrants, ils en font une utilisation rationnelle pour peu qu'ils soient initiés et orientés lors de leur première démarche de santé. Ainsi, devant une probable accentuation des flux migratoires dans les décennies à venir, les solutions seraient moins à chercher dans le rajout de lieux dédiés, risquant d'accentuer l'exclusion, qu'à favoriser le recours au système de santé existant, contribuant ainsi à l'intégration de ces populations nouvelles.

Des études complémentaires pourraient prendre un autre angle et ainsi étudier le niveau de connaissance du système social français en terme d'asile par les médecins pourrait permettre de préciser les besoins afin d'améliorer les relations interprofessionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. IRDES. 2012.
2. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie Publique*. 2012;(24-25):73-100.
3. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et Accompagnement. Comede. 2015.
4. Lacroix T. Migrants, l'impasse européenne. Armand Colin; 2016, 192 p.
5. Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. *Rev Économique*. 2010;61(6): p1075- 98.
6. Beauchemin C, Simon P. Survey on Population Diversity in France. n°168. *Trajectoires and Origins*. 2010
7. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letriliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France: une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *BEH*. 2017; p430 436.
8. Bergeron D. Applicabilité du codage selon le dictionnaire des résultats de consultation de la société française de médecine générale en soins de santé primaire. [Creteil]; 2010.
9. Fennelly K. The « healthy migrant » effect. *Minn Med*. 2007;90(3):51- 3.
10. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés, *Health and Ageing of Immigrants*. *Retraite Société*. 2005;46(3): p89-129.
11. Zambrana RE, Eil K, Dorrington C, Wachsmann L, Hodge D. The relationship between psychosocial status of immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services. *Health Soc Work*. 1994;19(2): p 93- 102.

12. Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav.* 1994;35(4): p370- 84.
13. Jusot F. Inégalités de santés liées à l'immigration en France. *Rev Economique.* 2009;60:228.
14. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *IRDES.* 2009;(146):6.
15. Lestapis B. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes: étude qualitative auprès des secrétaires. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2018.
16. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France. *IRDES.* 2008;(133):6.
17. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique.* 2007;19(2):99- 109.
18. Mizrahi A, Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. *J Déconomie Médicale.* 2008;26(3):159- 76.
19. Chaouchi S, Casu C, Ledesert B. État de santé et accès aux soins des migrants en France: analyse et synthèse bibliographique. Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon. 2006.
20. Alberts JF, Sanderman R, Gerstenbluth I, van den Heuvel WJ. Sociocultural variations in help-seeking behavior for everyday symptoms and chronic disorders. *Health Policy.* 1998;44(1):57-72.

ANNEXES




ANNEXES

Annexe n°1 : Le questionnaire (1^{ère} partie)

INFORMATIONS GENERALES :

- Age : ans
- Sexe : femme homme
- Année d'arrivée en France :
- Nationalité :
- Composition familiale :
 - homme seul
 - femme seule
 - couple
 - famille monoparentale
 - homme +
 - femme +
 - groupe
- Quel droit ?
 - CMU
 - AME
 - aucun

CONNAISSANCE :

Comment évaluez vous votre niveau de connaissance de l'organisation du système de santé en France ?	
 MAUVAIS	 A PEU PRES
 CORRECTE	
0	5
10	15
20	
D'après vous, qu'est ce qu'un médecin traitant ? Et à quoi sert il ?	
Je ne sais pas, je ne suis jamais allé en voir un	Il permet des consultations ponctuelles, sans rendez-vous
Je suis déjà allé en consulter	Je le trouve plus disponible qu'au relais Georges Charbonnier
	Il connaît mon dossier et parfois ma famille
	Il est réservé aux personnes de nationalité française
D'après vous, pouvez vous avoir un médecin traitant attiré ?	
OUI	NON
	J'EN SAIS PAS
D'après vous, quels sont les lieux où vous n'avez pas à payer à la fin de la consultation	
RELAIS CHARBONNIER	GEORGE MEDECIN DE VILLE
	URGENCES
Avez vous l'impression d'être dans le droit commun (d'avoir le même accès aux soins que les français)?	
OUI	NON
	J'EN SAIS PAS
Où vous en a parlé de l'organisation du système de soin en France la 1ère fois ?	
Un ami/ La famille	Travailleur social/Bénévoles
	Médecin/ autre profession de santé
	Jamais/ personne ne m'en a parlé

Annexe n°1 : Le questionnaire (2^{ème} partie)

UTILISATION :

SITUATIONS	CAS CLINIQUES	OU ALLEZ VOUS CONSULTER ?					Remarques
		MG	Relais GC	Hôpital	AUTRE	NSPP	
1	Vous avez été en contact avec des personnes porteuses de l'hépatite C. Vous aimeriez une prise de sang pour savoir si vous êtes contaminé.						
2	Votre père a été victime d'une crise cardiaque quand il avait 50 ans. Vous aimeriez savoir si vous avez des risques de faire la même chose.						
3	Vous avez de la fièvre depuis 2 jours. Vous ne vous sentez pas très bien car votre nez est bouché et vous avez mal à la tête.						
4	Cela fait plusieurs années que chaque médecin que vous rencontrez vous dit que vous avez de la tension. Il vous parle de traitement à prendre à vie. Vous souhaitez faire un point sur cela.						
5	Vous aimeriez faire vérifier les vaccinations de l'ensemble de votre famille.						
6	Vous vous sentez fatigué depuis plusieurs jours. Vous toussiez et vous avez un peu perdu l'appétit. Vous n'avez pas de fièvre ni de frisson.						
7	Vous avez mal dans le bas du dos depuis hier, au niveau de la colonne vertébrale depuis que vous avez porté un carton très lourd. Cette douleur va un peu dans la fesse. Vous avez déjà eu cette douleur il y a 2ans. Vous aimeriez des médicaments contre la douleur et des conseils.						
8	Vous aimeriez avoir des conseils sur la contraception.						
9	Vous avez mal au ventre depuis 3 jours. Vous allez d'ailleurs un peu moins aux toilettes depuis 2 semaines. La douleur est supportable mais elle vous inquiète. Vous n'avez pas de fièvre. Vous avez tendance à être constipé.						
10	Vous avez mal au poignet et aux 3 premiers doigts de la main depuis 2 semaines. Vous n'êtes pas tombé. Vous travaillez sur des chantiers. Cette douleur vous réveille la nuit comme des fourmis dans vos doigts. Vous êtes inquiet.						

MG: Médecine Générale; GC: Georges Charbonnier; NSPP: ne se prononce pas

Annexe n°2 : Top 15 des Résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale en 2009 selon l'Observatoire de la Médecine Générale

Rang	Résultats de consultation
1	Examens systématique et prévention
2	Etat fébrile
3	HTA
4	Rhinopharyngite
5	Vaccination
6	Etat morbide afebrile
7	Hyperlipidémie
8	Lombalgie
9	Arthropathie
10	Douleur non caractérisable
11	Angine
12	Réaction à une situation éprouvante
13	Rhinite
14	Plainte abdominale
15	Contraception

Annexe n°3

Validité des situations cliniques dans le DRC

Situation n°1

Vous avez été en contact avec des personnes porteuses de l'hépatite C. Vous aimeriez une prise de sang pour savoir si vous êtes contaminé.

Définition du RC : EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION
++1 EXAMEN CLINIQUE POUR
++1 suivi du nourrisson et de l'enfant
++1 non contre-indication à la pratique du sport
++1 non contre-indication au travail
++1 non contre-indication à la vie en collectivité
++1 suivi post-natal légal de la mère
++1 autre (à préciser en commentaire)
++1 EXAMEN DE DÉPISTAGE
++1 sans facteur de risque
++1 avec facteur de risque
++1 personnel
++1 familial

Situation n°2

Votre père a été victime d'une crise cardiaque quand il avait 50 ans. Vous aimeriez savoir si vous avez des risques de faire la même chose.

Définition du RC : EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION
++1 EXAMEN CLINIQUE POUR
++1 suivi du nourrisson et de l'enfant
++1 non contre-indication à la pratique du sport
++1 non contre-indication au travail
++1 non contre-indication à la vie en collectivité
++1 suivi post-natal légal de la mère
++1 autre (à préciser en commentaire)
++1 EXAMEN DE DÉPISTAGE
++1 sans facteur de risque
++1 avec facteur de risque
++1 personnel
++1 familial
++1 dans le cadre d'un dépistage organisé

Situation n°3	Vous avez de la fièvre depuis 2 jours. Vous ne vous sentez pas très bien car votre nez est bouché et vous avez mal à la tête.	<p>Définition du RC : ETAT FEBRILE</p> <p>++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS</p> <p>++1 ISOLÉE (AVEC ÉVENTUELLEMENT FRISSONS, SUEURS, COURBATURES)</p> <p>++1 ASSOCIÉE A DES SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX</p> <p>+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)</p> <p>+ - céphalée</p> <p>+ - état vertigineux</p> <p>+ - courbatures, myalgies</p> <p>+ - obstruction, écoulement nasal</p> <p>+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées</p> <p>+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien</p> <p>+ - modification de la voix</p> <p>+ - toux</p> <p>+ - expectoration minime, non caractéristique</p> <p>+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs</p> <p>+ - sensation de brûlure rétrosternale</p> <p>+ - auriculaire : otalgie, tympans un peu rouges ou discrètement modifiés</p> <p>+ - oculaire : larmolement, rougeur conjonctivale</p> <p>+ - nausées</p> <p>+ - vomissements</p>
Situation n°4	Cela fait plusieurs années que chaque médecin que vous rencontrez vous dit que vous avez de la tension. Il vous parle de traitement à prendre à vie. Vous souhaitez faire un point sur cela.	<p>Définition du RC : HTA</p> <p>++++ ÉLÉVATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE</p> <p>++1 P.A.S. > ou = 140 mmHg</p> <p>++1 P.A.D. > ou = 90 mmHg</p> <p>++1 1RE OU 2E MESURE</p> <p>++1 AU MOINS 3 MESURES</p> <p>+ - H.T.A. à faible risque</p> <p>++++ P.A.S. entre 140 et 180 mmHg</p> <p>++1 P.A.D. entre 90 et 100 mmHg avec cofacteur de risque, antécédent cardio-vasculaire</p> <p>++1 P.A.D. > ou = 100 mmHg</p> <p>+ - H.T.A. à haut risque</p> <p>++1 P.A.S. > 180 mmHg</p> <p>++1 P.A.D. > 110 mmHg</p>
Situation n°5	Vous aimeriez faire vérifier les vaccinations de l'ensemble de votre famille.	<p>Définition du RC : VACCINATION</p> <p>++++ VACCINATION (INJECTION, SCARIFICATION, MULTIPUNCTURE)</p> <p>++1 grippe</p> <p>++1 diphtérie</p> <p>++1 tétanos</p> <p>++1 poliomyélite</p> <p>++1 coqueluche</p> <p>++1 haemophilus B</p> <p>++1 hpv</p> <p>++1 rougeole</p> <p>++1 rubéole</p> <p>++1 oreillons</p> <p>++1 tuberculose</p> <p>++1 pneumocoque</p> <p>++1 hépatite A</p> <p>++1 hépatite B</p> <p>++1 typhoïde</p> <p>++1 méningocoque</p> <p>++1 autre(s) (ex. leptospirose, rage, choléra. à préciser en commentaire)</p>
Situation n°6	Vous vous sentez fatigué depuis plusieurs jours. Vous toussiez et vous avez un peu perdu l'appétit. Vous n'avez pas de fièvre ni de frisson.	<p>Définition du RC : ETAT MORBIDE AFEBRILE</p> <p>++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX</p> <p>++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS</p> <p>++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE</p> <p>+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)</p> <p>+ - céphalée</p> <p>+ - état vertigineux</p> <p>+ - courbatures, myalgies</p> <p>+ - obstruction, écoulement nasal</p> <p>+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées</p> <p>+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien</p> <p>+ - modification de la voix</p> <p>+ - toux</p> <p>+ - expectoration minime, non caractéristique</p> <p>+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs</p> <p>+ - sensation de brûlure rétrosternale</p> <p>+ - auriculaire : otalgie, tympans un peu rouges ou discrètement modifiés</p> <p>+ - oculaire : larmolement, rougeur conjonctivale</p> <p>+ - nausées</p> <p>+ - vomissements</p> <p>+ - douleur abdominale</p>

<p>Situation n°7</p>	<p>Vous avez mal dans le bas du dos depuis hier, au niveau de la colonne vertébrale, depuis que vous avez porté un carton très lourd. Cette douleur va un peu dans la fesse. Vous avez déjà eu cette douleur il y a 2 ans. Vous aimeriez des médicaments contre la douleur et des conseils.</p>	<p>Définition du RC : LOMBALGIE</p> <p>++++ DOULEUR DU RACHIS LOMBAIRE</p> <p>++1 spontanée</p> <p>++1 lors des mouvements actifs</p> <p>++1 à la palpation</p> <p>++1 pression axiale d'épineuse</p> <p>++1 pression latérale d'épineuse</p> <p>++1 pression latérale contrariée</p> <p>++1 pression des ligaments interépineux</p> <p>++1 pression friction des massifs articulaires postérieurs</p> <p>++++ ABSENCE DE NÉVRALGIE</p> <p>+ - hyperalgique</p> <p>+ - effort déclenchant</p> <p>+ - début brutal</p> <p>+ - traumatisme ancien</p> <p>+ - position antalgique</p> <p>+ - rythme mécanique</p> <p>+ - rythme inflammatoire</p> <p>+ - contracture muscles paravertébraux</p> <p>+ - irradiation</p> <p>+ - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale ...)</p>
<p>Situation n°8</p>	<p>Vous aimeriez avoir des conseils sur la contraception.</p>	<p>Définition du RC : CONTRACEPTION</p> <p>++++ PRÉVENTION DE LA GROSSESSE</p> <p>++1 CONTRACEPTION HORMONALE</p> <p>++1 orale</p> <p>++1 injectable (y compris implants)</p> <p>++1 transcutanée</p> <p>++1 vaginale</p> <p>++1 pilule « du lendemain »</p> <p>++1 DISPOSITIF INTRA UTÉRIN</p> <p>++1 AUTRE MÉTHODE (SPERMICIDE, DIAPHRAGME, COURBE THERMIQUE...)</p> <p>++1 CONSEIL - INFORMATION - EXPLICATION</p>
<p>Situation n°9</p>	<p>Vous avez mal au ventre depuis 3 jours. Vous allez d'ailleurs un peu moins aux toilettes depuis 2 semaines. La douleur est supportable mais elle vous inquiète. Vous n'avez pas de fièvre. Vous avez tendance à être constipé.</p>	<p>Définition du RC : PLAINTÉ ABDOMINALE</p> <p>++++ DOULEUR OU PLAINTÉ DE LA RÉGION ABDOMINALE</p> <p>++1 spontanée</p> <p>++1 retrouvée à la palpation</p> <p>++++ ABSENCE DE SIGNE D'EXAMEN CARACTÉRISTIQUE D'UN AUTRE RC</p> <p>+ - douleurs permanentes</p> <p>+ - douleurs survenant par crises</p> <p>+ - digestion difficile</p> <p>+ - tendance à la diarrhée</p> <p>+ - tendance à la constipation</p> <p>+ - alternance diarrhée et constipation</p> <p>+ - ballonnement, météorisme</p> <p>+ - flatulences</p> <p>+ - crampes</p>
<p>Situation n°10</p>	<p>Vous avez mal au poignet et aux 3 premiers doigts de la main depuis 2 semaines. Vous n'êtes pas tombé. Vous travaillez sur des chantiers. Cette douleur vous réveille la nuit comme des fourmis dans vos doigts. Vous êtes inquiet.</p>	<p>Définition du RC : ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE</p> <p>++1 GÈNE FONCTIONNELLE ARTICULAIRE</p> <p>++1 DOULEUR ARTICULAIRE</p> <p>++1 de type mécanique (cède aux repos)</p> <p>++1 de type inflammatoire (douleur nocturne)</p> <p>++1 autres (à préciser en commentaire)</p> <p>++1 ÉPAULE</p> <p>++1 COUDE</p> <p>++1 POIGNET(S)</p> <p>++1 MAIN, DOIGT (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)</p> <p>++1 SACRO-ILIAQUE(S)</p> <p>++1 HANCHE(S)</p> <p>++1 GENOU(X)</p> <p>++1 CHEVILLE(S)</p> <p>++1 ORTEILS</p> <p>++1 AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)</p> <p>++++ ABSENCE DE TRAUMATISME DÉCLENCHANT</p>

RESUME

INTRODUCTION : Dans un contexte d'augmentation des flux migratoires et d'une probable accentuation du phénomène à moyen terme, nous avons jugé intéressant d'étudier le recours aux soins des migrants en France. L'objectif principal était d'évaluer leur connaissance du système de soin français et de comprendre l'utilisation qu'ils en faisaient.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à Poitiers de juillet à décembre 2017 auprès de migrants majeurs, ayant droit à la CMU. Le recrutement s'est opéré dans différents lieux de vie. Le questionnaire comportait 22 rubriques se composant de trois parties. Une première sur les caractéristiques sociodémographiques, une seconde sur le niveau de connaissance du système de santé français et une troisième sur l'utilisation du système de santé. Trois modes de premier recours aux soins avaient été identifiés : la médecine de ville, les urgences de l'hôpital et un centre d'accueil médical dédié aux étrangers et personnes en situation de précarité.

RESULTATS : Nous avons réalisé 38 entretiens. La majorité de l'échantillon était composée d'hommes africains francophones, récemment arrivés seuls en France. La connaissance des migrants sur les filières de soins était majoritairement perçue comme mauvaise ou moyenne. La majorité des migrants rencontrés avait recours à la médecine de ville. L'étude a permis de constater le rôle capital des travailleurs sociaux comme vecteur de l'information sur le système de santé.

CONCLUSIONS : Il ressort de notre étude que si le système de santé français est difficile à déchiffrer par les migrants, ils en font une utilisation rationnelle pour peu qu'ils soient guidés lors de leur première démarche de santé. Ainsi, devant une probable accentuation des flux migratoires dans les décennies à venir, les solutions seraient moins à chercher dans le rajout de lieux dédiés, risquant d'accroître l'exclusion, qu'à favoriser le recours au système de santé existant, contribuant ainsi à l'intégration de ces populations nouvelles. La question d'un contact direct entre le soignant et le travailleur social lors de la première consultation avec un migrant est une piste à explorer.

MOTS CLES : Migrant, étranger, CMU, système de santé, premier recours

ABSTRACT

BACKGROUND: In a context where migration flow is increasing and is likely going to continue to do so in short to medium term, we considered interesting to study how migrants get access to medical care in France and how they used it.

METHODS: It was a qualitative study done in Poitiers between July and December 2017 by interviewing migrants persons of legal age who could have access to Universal Health Coverage Act. Subjects were recruited in different living quarters. The survey had 22 entries divided in three parts. The first part was about their sociodemographic characteristic, the second one about their knowledge of french health and medical care and the last one about their use of the health care system. Three ways of getting access to first care have been identified: medical care from local physicians (often located in the city), hospital's emergency and medical center for foreigners and persons in precarious situations.

RESULTS: We interviewed 38 persons. The majority of the cross section was french speaking african men, newly arrived and alone in France. Self-assessed knowledge about french healthcare system was globally low to very low. A huge majority of migrants went to local physicians. The study highlighted the crucial role of social workers as vector of information about the health care system.

CONCLUSION: It appears in our study that even though french health care system is complicated to read for migrants, they use it rationally if they got guidance in their first steps through it. Consequently, in regards of the probable increasing migration flow in the decades to come, the solutions are not to be found in more places dedicated only to migrant's health rather in developing their access to existing health care solutions. Instead of risking an accentuation of migrant's exclusion, the access to pre-existing medical care solutions would contribute to this new social group's integration.

Possibility of a direct meeting between physician and social worker might be a path to explore as well.

KEYWORDS: Migrants, foreigners, Universal Health Coverage Act, health care system, first recourse.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

