



HAL
open science

Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France. Freins et motivations

Aurélie Darrier

► **To cite this version:**

Aurélie Darrier. Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France. Freins et motivations. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00832041

HAL Id: dumas-00832041

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00832041>

Submitted on 10 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Spécialité : Médecine Générale)

PAR

DARRIER Aurélie

Née le 27/07/1984 à Louviers

Présentée et soutenue publiquement le 22/03/2013

**Recours aux soins primaires des Africains d'origine
subsaharienne en Ile de France : Freins et Motivations**

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Jacques WEBER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Céline CHATAIGNE

Membre du jury :

Monsieur le Professeur Loïc FAVENNEC

Madame le Professeur Véronique MERLE

Monsieur le Docteur Dominique FARRE

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

*A mon Président de Jury, Monsieur le **Professeur Jacques WEBER***

Vous me faites un grand honneur en présidant ma soutenance de thèse. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury :

*A Monsieur le **Professeur Loïc FAVENNEC***

Vous avez accepté de siéger à mon jury, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements.

*A Madame le **Professeur Véronique MERLE***

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de vous intéresser à mon travail en participant au jury de ma thèse.

*A Monsieur le **Docteur Dominique FARRE***

Vous m'honorez en ayant accepté de juger mon travail, vous qui m'avez accompagné durant ces trois années d'internat en me donnant des conseils lors des séances d'Enseignements Dirigés. Merci de m'avoir aidée à la rédaction de cette thèse.

*A ma directrice de thèse, Madame le **Docteur Céline CHATAIGNE***

Merci pour m'avoir accompagnée dans la rédaction de cette thèse ces derniers mois; merci pour ta patience.

*Merci à tous les **Africains** qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires sans que ce travail n'aurait pu aboutir.*

*Au **Docteur Philippe PLE**, qui m'a accueillie dans son service en tant que jeune interne. Merci pour ta patience et ton écoute !*

*Aux membres du **service de médecine et d'urgences** de **Lillebonne** qui m'ont beaucoup soutenue et appris durant ma première année d'internat !*

*Aux membres du **service de gynécologie** de **Lillebonne** pour leur patience et leur compréhension pendant ces six derniers mois.*

*Aux membres du **service de pédiatrie d'Evreux**, où j'ai découvert un intérêt insoupçonné pour la pédiatrie, un grand merci à toute l'équipe médicale et en particulier à Hicham.*

Aux Docteurs Tisca et Soenen,

Vous m'avez fait découvrir la médecine générale, Merci !

A Vincent et Marie Sophie Thiébault

Merci de m'avoir accueillie durant ce SASPAS, dans votre cabinet et dans votre vie. Cette expérience m'a permis de réaliser quel type d'exercice professionnel je souhaite pour mon avenir.

Et à ceux qui comptent le plus dans ma vie ... :

A mes parents,

Merci d'avoir toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'écouter dans les moments de doute.

Je vous aime très fort !!

A ma sœur, pour ton soutien inconditionnel.

A Daniel, mon chéri

Merci pour tes conseils et ton écoute dans les moments difficiles.

Merci d'être à mes côtés depuis ces dernières années...

Aux disparus :

A mes grands-parents, je ne vous oublie pas !

En particulier à mémé Simone, je sais que tu as toujours cru en moi.

Tu me manques !

Et à pépé Lucien, pour qui la médecine était une passion !

A ma marraine, disparu trop tôt.

A tous mes ami(e)s sur qui je peux compter et en particulier

A Minh Tam, pour ces bons moments à Paris ou ailleurs ! Merci pour cette grande amitié !

A Kassi, pour cette entraide entre thésards ces derniers mois et ces moments ensemble !

A Dorothee et Guillaume : ces années d'externat resteront gravées !

Et également à Stéphanie, Milène, Florian, Pierre, Aimé, Grégoire, Franck, Aude, Elise, Florence, Violaine, Audrey et à ceux que j'ai oubliés ...

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M ^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologie
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdelham CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine-générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	17
LISTE DES FIGURES.....	21
LISTE DES TABLEAUX.....	22
ABREVIATIONS.....	24
INTRODUCTION.....	25
GENERALITES : <i>Pourquoi étudier le recours aux soins primaires dans la population migrante d'origine subsaharienne ?</i>	26
I. La population d'Afrique subsaharienne : une population à ne pas négliger.....	26
II. Perception et vécu de la maladie en Afrique Noire.....	27
III. Un recours aux soins différent du nôtre.....	29
1. La médecine professionnelle ou biomédicale.....	29
2. La médecine traditionnelle.....	29
3. La médecine traditionnelle améliorée.....	29
4. L'automédication moderne.....	29
IV. Une offre de soins adaptés à cette population en France.....	30
1. Les aides financières spécifiques.....	30
2. Un accès aux soins adapté à chacun.....	32
V. Des pathologies fréquentes, souvent diagnostiquées au stade de complications dans cette population.....	34
METHODE.....	36
I. Objectif de l'enquête.....	35
II. Description de l'enquête.....	35

1.	Type d'enquête.....	35
2.	Le questionnaire.....	35
•	Choix de la méthode.....	35
•	Réalisation du questionnaire.....	36
•	Test des questionnaires.....	36
3.	Distribution des questionnaires.....	36
•	Population cible.....	36
•	Lieux de l'étude.....	37
•	Période de distribution.....	37
•	Consentement et Anonymat.....	37
III.	L'analyse des données.....	37
IV.	La recherche bibliographique.....	38
RESULTATS	39
I.	Participation.....	40
II.	Description de la population.....	40
1.	Répartition par sexe.....	40
2.	Répartition par âge	41
3.	Origine.....	42
4.	Durée de séjour en France.....	43
5.	Lieu de vie.....	44
III.	Aides financières aux soins.....	45
IV.	Raison de l'immigration.....	48
V.	Recours aux soins primaires.....	52
VI.	Raison du recours aux médecins généralistes.....	53
VII.	Pathologies.....	54
VIII.	Freins au recours aux soins.....	58
IX.	Satisfaction du système de santé.....	60
DISCUSSION	61
I.	Originalité de l'étude.....	61
II.	Discussion sur la méthodologie.....	61
a.	Choix de la méthodologie.....	61

• Etude.....	61
b. Critique de la méthodologie.....	62
• Les biais.....	62
III. Interprétations des résultats.....	63
a. Profil sociodémographique de notre étude.....	63
1. Le sexe.....	63
2. L'âge.....	63
3. L'origine.....	64
4. La durée de séjour.....	64
5. Le domicile	64
6. Le profil d'immigration	65
b. Le recours aux soins primaires.....	65
1. Le mode de recours aux soins primaires.....	65
• La médecine traditionnelle.....	65
• La médecine générale.....	66
• Les PASS.....	66
• L'automédication et recours aux pharmaciens	
• Le Service d'Accueil et d'Urgences (SAU)...	66
• Le non recours aux soins primaires.....	67
2. Les freins.....	67
• La précarité.....	67
• L'absence d'aides financières.....	68
• L'irrégularité du séjour.....	68
• Les séjours temporaires pour études ou tourisme.....	69
• Le manque de temps.....	69
• La difficulté d'obtenir un RDV.....	69
3. Les motivations.....	69
• Les pathologies.....	69
• La prévention.....	70
• Le suivi gynécologique.....	70

4. Satisfaction sur le système de santé.....	71
IV. Recommandations.....	72
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	74
ANNEXES.....	80
Annexe 1 : Carte de l’Afrique Subsaharienne.....	80
Annexe 2 : Quelques définitions.....	81
Annexe 3 : La médecine traditionnelle.....	83
Annexe 4 : La Pharmacie ambulante.....	83
Annexe 5 : Publicité d’un marabout parisien.....	84
QUESTIONNAIRE.....	86
RESUME.....	90

FIGURES

Figure 1. Proportion hommes/femmes.....	40
Figure 2. Répartition par âge.....	41
Figure 3. Répartition par âge et par sexe.....	41
Figure 4. Répartition de la population selon l'origine.....	42
Figure 5. Durée de séjour des migrants d'Afrique subsaharienne.....	43
Figure 6. Répartition selon le lieu de vie	44
Figure 7. Répartition des aides financières à la santé.....	45
Figure 8. Les raisons de l'immigration primaire.....	48
Figure 9. Motifs d'immigration selon le sexe.....	49
Figure 10. Les différents recours aux soins primaires des personnes interrogées....	52
Figure 11. Motifs de recours au médecin généraliste selon le sexe.....	53
Figure 12. Répartition des principales pathologies rencontrées dans la population interrogée.....	54
Figure 13a. Difficulté au recours aux soins.....	58
Figure 13b. Les différents obstacles au recours aux soins chez les migrants interrogés.....	58
Figure 14. Taux de satisfaction des migrants concernant le système de soins français.....	60

TABLEAUX

Tableau 1. Lien statistique entre le recours au médecin généraliste et les aides financières.....	46
Tableau 2. Lien statistique entre le recours à l'automédication et les aides financières	46
Tableau 3. Lien statistique entre le recours aux urgences et les aides financières	46
Tableau 4. Lien statistique entre le recours aux pharmaciens et les aides financières	47
Tableau 5. Lien statistique entre le recours à la famille et les aides financières...	47
Tableau 6. Lien statistique entre le recours à la PASS et les aides financières.....	47
Tableau 7. Lien statistique entre l'absence de recours et les aides financières.....	48
Tableau 8. Lien statistique entre le recours au médecin généraliste et la raison de l'immigration.....	49
Tableau 9. Lien statistique entre l'automédication et la raison de l'immigration	50
Tableau 10. Lien statistique entre le recours aux urgences et la raison de l'immigration.....	50
Tableau 11. Lien statistique entre le recours aux pharmaciens et la raison de l'immigration.....	50
Tableau 12. Lien statistique entre le recours à la famille et la raison de l'immigration	51
Tableau 13. Lien statistique entre le recours à la PASS et la raison de l'immigration	51
Tableau 14. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours au médecin généraliste.....	55

Tableau 15. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à l'automédication.....	55
Tableau 16. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours aux urgences	56
Tableau 17. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours aux pharmaciens	56
Tableau 18. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à la famille...	57
Tableau 19. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à la PASS	57
Tableau 20. Lien statistique entre le recours au médecin généraliste et les freins à la consultation.....	59

ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CASO : Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CDC : Centers for Disease Control

CEPED : Centre Population et Développement

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire

COMEDE : Comité MEDical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MDM : Médecins du Monde

MTR : Médecine Traditionnelle

OFPRA : Office Français de protection des réfugiés et apatrides

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SDF : Sans Domicile Fixe

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le recours aux soins des migrants issus de l’Afrique subsaharienne ainsi que leur accès aux soins constituent un problème de santé publique. De nombreuses études concernant les migrants ont été menées, mais elles ne s’intéressent pas spécifiquement à la population africaine par manque d’information sur la nationalité d’origine dans ces enquêtes.

Les africains d’origine subsaharienne représentent près de 350 000 personnes sur le territoire français, chiffre en constante progression.

Il semble que le recours aux soins et l’état de santé des migrants soient fondamentalement différents de ceux de la population native. Une différence due notamment au phénomène de sélection lié à la migration, à la situation économique, à la perte de lien social, à la barrière linguistique ou encore à la méconnaissance du système de santé français.

Depuis une dizaine d’année, les pouvoirs publics ont réalisé l’importance de s’occuper de cette population. Ainsi des aides financières spécifiques adaptées à chaque situation ont été créées: l’Aide Médicale d’Etat et la Couverture Maladie Universelle.

Malgré cela, les études les plus récentes tendent à démontrer un moins bon état de santé des Africains subsahariens par rapport aux natifs français.

Cette étude se donne pour objectif principal d’étudier le recours aux soins primaires des Africains d’origine subsaharienne, leurs freins et leurs motivations, afin d’expliquer les raisons de cette différence d’état de santé.

GENERALITES :

Pourquoi étudier le recours aux soins primaires dans la population migrante d'origine subsaharienne ?

I. La population d'Afrique subsaharienne : une population à ne pas négliger

L'Afrique subsaharienne ou Afrique Noire (Annexe 1) comptait 770 millions d'habitants en 2006 (1) soit environ 11% de la population mondiale.

En 1962, les immigrés d'Afrique subsaharienne ne représentaient que 20 000 personnes en France. Depuis lors, ce chiffre est en constante progression (2). En 2007, il était estimé à 347 000, soit une augmentation de 64,5% depuis 1999. Ce chiffre représente 9,7% de la population migrante en France (3). Les immigrés clandestins, les enfants de migrants nés et vivant en France (immigration secondaire) ne sont pas pris en compte car non recensés.

Les principaux pays d'émigration primaire sont le Sénégal (51 468 personnes), le Congo (48 890 personnes), la Côte d'Ivoire (43 690 personnes), le Cameroun (41 519 personnes) et la République Démocratique du Congo (38 548 personnes) (4).

Les deux principales raisons de l'immigration sont le regroupement familial (68% en 2005) et la demande d'asile (9%). 9% des Africains d'origine subsaharienne bénéficient de titre de séjour pour un statut d'étranger malade. Les Africains représentent 37,5% des étrangers malades en France (5).

La majorité de ces migrants (60%) résident en Ile de France (6).

Dans cette population d'africains, 27% ont moins de 17 ans, 69% entre 18 et 60 ans et 4% plus de 60 ans en 2009. Il y a environ autant d'hommes que de femmes (sex-ratio H/F à 1,17 en 1999 et 1,01 en 2009) (4).

II. Perception et vécu de la maladie en Afrique Noire

La culture africaine a une image particulière de la maladie. L'Africain préfère se dire intimement, que la maladie ne peut venir que de l'extérieur : sorcellerie, maraboutage, korté (substance envoyée sur quelqu'un afin de le détruire se traduisant par des éruptions cutanées), mauvais sort jeté, envoutement sentimental ou maléfique, empoisonnement, possession. Pour cette raison, les bébés sont très tôt protégés des attaques maléfiques par des gris-gris ou amulettes. Il s'agit d'une médecine préventive qui accompagnera l'Africain durant toute son existence.

En Afrique, il existe un lien fort entre nature et maladie. Le bon état de santé résulte d'un écosystème équilibré entre l'esprit du feu, l'esprit de l'eau, l'esprit de la terre et l'esprit du vent. Un déséquilibre entre ces quatre esprits, causé par la sorcellerie, le maraboutage, le korte, l'envoutement ou un mauvais sort jeté, explique la maladie. A ce stade, seul le marabout ou le guérisseur peuvent intervenir.

La maladie ne se décrit pas uniquement par la symptomatologie mais également par une histoire et une causalité. La maladie peut concerner tout le groupe familial et social. Le sens de la maladie est primordial pour tout diagnostic et prise en charge. Il est toujours recherché de manière très précise.

La survenue de la maladie peut signer :

- Un message envoyé souvent par un esprit de brousse ou un esprit d'ancêtre. Le malade est ainsi le messenger.
- Une punition du fait d'une provocation gratuite envers un membre de la famille ou un innocent. La culpabilité s'exprime alors dans la maladie.

- Une attaque envoyée par un ennemi par jalousie sous forme de sorcellerie, mauvais sort ou envoutement. Il s'agit de la forme la plus fréquente.
- Une vengeance venant d'une tierce personne à qui on a causé un tort. La personne elle-même envoie la maladie. La guérison se trouve dans le règlement du conflit.
- Un rappel à l'ordre envoyé par un esprit d'ancêtre. Il rappelle certains engagements non tenus par la famille. Il peut toucher un ou plusieurs membres de la famille : c'est un avertissement. Dans ce cadre, la maladie est donc programmée dans une histoire familiale (7).

Toutes ces croyances sont très fortes et profondément ancrées culturellement d'où un recours aux soins spécifique.

III. Un recours aux soins différent du nôtre

Le recours aux soins en Afrique est spécifique. Il y existe différents systèmes thérapeutiques

1. **La médecine professionnelle ou biomédicale**, proche de la nôtre, est exercée par les médecins de ville ou à l'hôpital. Cependant, en milieu rural, les actes médicaux sont pratiqués par les infirmiers diplômés d'état. Il n'existe pas de protection sociale et la majorité des soins sont à la charge du patient et de sa famille (8).
2. **La médecine traditionnelle** (MTR) réunit l'ensemble des connaissances, compétences et pratiques basées sur les théories, croyances et expériences. Elle regroupe le marabout, les plantes, le tradipraticien, les accoucheuses traditionnelles (9) ... Elle représente une part importante de la médecine en Afrique. En effet, 80% de la population y a recours pour répondre à ses besoins de soins primaires (10) (prévenir, diagnostiquer, soulager ou soigner des maladies physiques et mentales). Contrairement à la médecine moderne, elle s'inscrit dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance du milieu social du patient. D'autre part, son coût est faible et la rend accessible aux plus pauvres (11-12) (Annexe 3). Aujourd'hui, l'objectif de l'OMS, est de créer des liens entre médecine traditionnelle et moderne. (par exemple entre les accoucheuses traditionnelles et les sages-femmes professionnelles).
3. **La médecine traditionnelle améliorée** se développe en Afrique. Elle propose des thérapeutiques moins chères, dérivées de plantes médicinales africaines étudiées dans des universités ou instituts de recherche (13). Efficace, elle constitue une bonne alternative aux médicaments modernes.
4. **L'automédication moderne** est une pratique de plus en plus courante car les coûts liés aux soins restent élevés. Elle se traduit par l'expansion de marchés parallèles et illicites de médicaments quelques fois prohibés et souvent dangereux. On voit ainsi se multiplier « pharmacies par terre », « pharmacies ambulantes » ou « pharmacies trottoirs » (13) (Annexe 4).

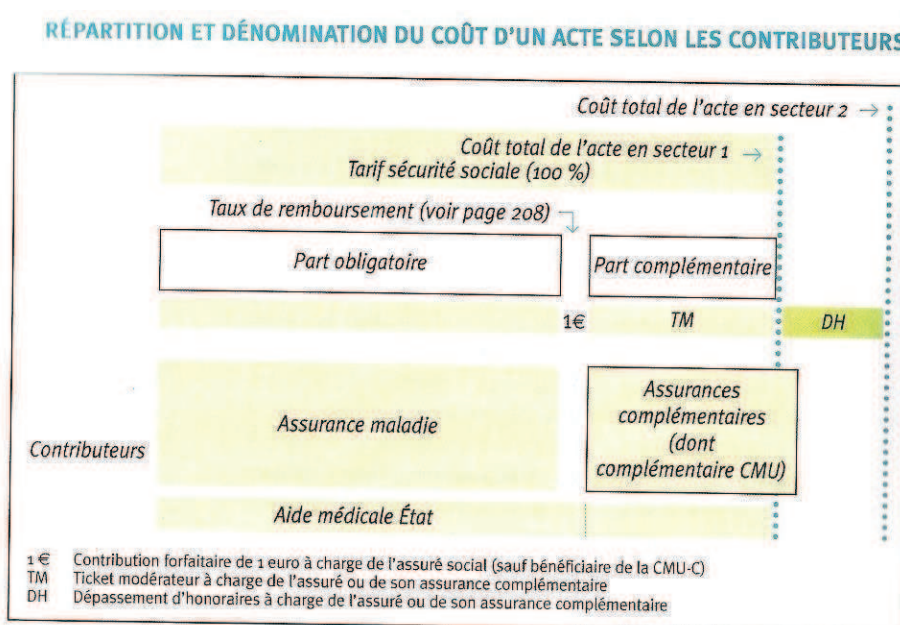
Les Africains n'hésitent pas à associer ces quatre modes de recours aux soins.

IV. Une offre de soins adaptée à cette population en France

1. Les aides financières

- **L'Aide Médicale d'Etat de droit commun (AME)** : Elle a été introduite en 1999. Il s'agit d'un régime d'exception. Elle assure une protection sociale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, de par leur situation irrégulière de séjour en France. Pour en bénéficier, l'étranger doit justifier d'un séjour en France d'au moins 3 mois (14). Elle prend en charge les consultations, les soins infirmiers et dentaires, les examens complémentaires, les médicaments, les prothèses dentaires et optique (dans la limite du tarif de responsabilité) ainsi que le forfait journalier hospitalier (15). En revanche, elle ne couvre pas les frais de la procréation médicalement assistée ni des cures thermales. Cette AME aurait un coût de 580 millions d'euros en 2010 (16). Les étrangers en cours d'instruction d'une demande d'AME peuvent avoir un recours rapide aux soins en cas d'urgence par une procédure dite d'instruction prioritaire (14).
- **Le fond de financement pour des soins urgents et vitaux** : Il a été mis en place, en 2003, pour les étrangers en situation irrégulière, résidant depuis moins de trois mois en France. Il leur permet d'être pris en charge à l'hôpital public de manière ponctuelle en cas d'urgence vitale. Il ne constitue donc pas un système de protection maladie (14).
- **La Couverture Maladie Universelle de base (CMU)** : Elle facilite l'accès aux soins et le remboursement des soins à toute personne résidant en France en situation régulière et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Elle est gratuite sauf si les revenus dépassent un certain plafond (9 356 euros par foyer pour 2013). Dans ce cas, une cotisation annuelle est à payer, égale à 8 % du montant des revenus dépassant ce plafond. Elle ne prend en charge que la part obligatoire (17)

- La Couverture Maladie Universelle agréementée d'une complémentaire (CMUc)** : Elle prend en charge la part obligatoire et le ticket modérateur. Elle concerne les personnes en situation régulière mais dont le revenu est inférieur au plafond national fixé par l'Etat (revenus par an inférieur à 7934 Euros pour une personne seule en 2012) (17). Ces personnes sont alors dispensées de cotisations sociales. Les étrangers peuvent en bénéficier. Une procédure d'admission immédiate à la CMUc peut être demandée si le délai de la procédure normale (3 mois) peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé du demandeur (14).



- L'aide à la mutualisation** : elle a été créée en 2005. Elle concerne les résidents en France mais dont le revenu dépasse le plafond de la CMUc de moins de 35%. Cette aide permet la réduction des coûts de souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire (7). Elle varie en fonction de l'âge des membres du foyer.

Pour bénéficier de ces aides, il faut justifier d'un domicile. Les Sans Domicile Fixe (SDF) peuvent se domicilier auprès d'associations agréées, leur permettant d'avoir accès à la CMUc ou l'AME. (14)

Pour les étrangers en situation régulière et travaillant en France, la couverture sociale est la même que pour les natifs. Ils bénéficient donc d'une protection sociale, associée ou non à une complémentaire santé, soumise à cotisations.

Les étrangers venant en France pour y recevoir des soins ne peuvent prétendre à une protection sociale en France. Afin d'obtenir ce visa pour besoins de soins, l'étranger doit payer ses frais médicaux par avance (14).

2. Un accès aux soins adapté à chacun

En France, du fait des aides financières, l'offre de soins est la même pour les étrangers que pour les natifs. En effet, l'accès aux médecins généralistes, aux infirmiers, à l'hôpital ou aux médicaments est alors assuré.

Mais, il reste des exclus du système : les étrangers arrivés sur le territoire français depuis moins de trois mois.

- De ce fait, **les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS)** ont vu le jour en 1998. Ce sont des cellules médico-sociales. Elles regroupent des représentants de la Sécurité Sociale, des travailleurs sociaux, des associations destinées aux personnes en situation de précarité. Elles assurent la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques. Elles permettent aussi la délivrance gratuite de traitements médicamenteux dans les pharmacies hospitalières et ont également un rôle de prévention (contraception, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), lieu d'accueil pour les enfants) mais aussi un rôle de lien entre les services d'aide sociale à l'enfance et la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Il existe trois sortes de PASS : intra hospitalières, en ville et mixte (centres d'hébergements pour les Sans Domicile Fixe dans les hôpitaux). En 2006, on comptait environ 400 PASS réparties sur le territoire français (18-19). Y ont principalement recours les demandeurs d'asile (20).

- Les **dispositifs de santé publique** assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de population. Il s'agit des Centre de dépistage anonyme et gratuit ou CDAG, Centre Médico-psychologique ou CMP, Centre de lutte anti tuberculeuse ou CLAT. Certains de ces centres délivrent des médicaments gratuitement (14).

- Il existe, aussi, des centres d'aide créés par des associations :
 - « Médecins du Monde » (Mdm) a ainsi ouvert des **Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)** afin de garantir un accès aux soins aux personnes qui en sont exclus. L'objectif est de les informer sur leurs droits et les démarches à effectuer. A travers « l'Observatoire de l'accès aux soins » crée en 2010, ils alertent également les autorités sur les problèmes de santé publique et d'exclusion des migrants et tentent de proposer des solutions durables afin de leur permettre une meilleure prise en charge. En 2010, Mdm était présent dans 30 villes en France (21).

 - Le centre de santé du **Comité MEDical pour les Exilés (COMEDE)** situé à l'hôpital Kremlin Bicêtre à Paris propose, depuis 1979, un accueil et une prise en charge médico-psycho-sociale des exilés et constitue ainsi un poste d'observation unique de leur santé en France (14-22). Les patients sont pris en charge médicalement avec un interprète si besoin, l'usage de la langue maternelle évite les malentendus culturels entre soignant et patients exilés.

 - Enfin, « **Médecins Sans Frontières** » offre également un accès aux soins gratuits à tous (14).

- **La Protection Maternelle et Infantile** (PMI) organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. On compte 4600 lieux de consultations en France destinées à un public précaire (23-24).

V. Des pathologies fréquentes, souvent diagnostiquées au stade de complications

Les pathologies les plus souvent retrouvées chez ces migrants sont les suivantes :

1. **Le VIH**, touche 29 millions d'Africains subsahariens en Afrique. Le diagnostic de VIH-1 est souvent réalisé en France à l'occasion de bilan de dépistage (17%) ou devant des signes cliniques (31%) (4). En 2009, plus de 2000 personnes d'Afrique subsaharienne ont découvert leur séropositivité en France. Cela représente un tiers de l'ensemble des découvertes de séropositivité cette année-là (33%). Parmi eux, 15% était déjà au stade SIDA (25-26).
2. **La Tuberculose** : En Afrique subsaharienne, elle avait une incidence de 260 cas par an pour 100000 habitants en 2011. En France, 36% des cas déclarés de tuberculose en 2009 en étaient originaires (27).
3. **L'hypertension artérielle** a une prévalence de 8 à 12% en Afrique subsaharienne. Elle touchait 80 millions de personnes en 2000. Dans cette population, les complications sont fréquentes et précoces, témoignant à la fois d'une prise en charge thérapeutique tardive et déficiente et d'une très probable susceptibilité d'origine génétique (28).
4. **Le diabète** touche 2 à 5% de la population africaine (29). Elle peut présenter un diabète de type 1 ou 2, mais on retrouve souvent un diabète qui lui est spécifique, le diabète de type 3 ou de type 1B qui nécessite un recours à l'insuline plus précoce. Le diabète est également très souvent découvert à un stade tardif (30).

Les Africains souffrent aussi de nombreuses autres pathologies prises en charge en médecine générale : les céphalées, les lombalgies, les gastralgies, l'asthme, les pathologies dermatologiques (xérose cutanée, pseudo-folliculite...), les anomalies de l'hémogramme (anémie chronique, neutropénie, hyper éosinophilie), les infections virales (Hépatites B et C), les maladies cardiovasculaires et les parasitoses (14).

Le fait que ces pathologies soient souvent diagnostiquées au stade de complications dans cette population engendre un coût d'autant plus important pour la société (31).

Le rôle du médecin généraliste dans cette population n'est pas négligeable. Il peut intervenir auprès de ces patients dans le diagnostic, le suivi des pathologies citées précédemment, la coordination des soins et la prise en charge du patient dans son environnement familial, social et économique mais également en prévention et en dépistage.

Les Africains, en séjour régulier ou non, ont donc une offre de soins ainsi que des aides financières à la santé qui semblent leur être adaptées. Cependant, d'après des études récentes, l'état de santé des migrants africains est plus altéré à long terme que l'état de santé des natifs vivant en France (14).

Il nous a paru important de mieux comprendre ce recours aux soins primaires des Africains subsahariens, d'en identifier freins et motivations pour leur proposer une prise en charge plus précoce et plus adaptée à leur culture.

METHODE

I. Objectif de l'enquête

L'objectif de cette étude est

- d'évaluer le recours aux soins primaires des Africains subsahariens en France.
- d'identifier les freins et les motivations à ce recours.

II. Description de l'enquête

1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête quantitative prospective unicentrique.

2. Le questionnaire

- **Choix de la méthode :**

La méthode qui semblait la plus adaptée est le questionnaire. Il présente plusieurs avantages :

- Rapide à remplir
- Peu coûteux
- Reproductible
- Totalelement anonyme
- Permet d'atteindre une population plus importante que par des entretiens dirigés.

- **Réalisation du questionnaire**

Le questionnaire s'intéresse à différents points :

- les données démographiques : âge, sexe, origine
- le lieu d'habitation
- les aides financières à la santé
- les raisons de l'immigration
- le recours aux soins
- les freins aux recours
- évaluation de la satisfaction du système de soins français par une question ouverte.

- **Test des questionnaires :**

Le questionnaire a été testé par 4 Africains d'origine togolaise pour étudier la faisabilité en temps et l'acceptabilité des questions.

3. Distribution des questionnaires :

- **Population cible :**

Le seul critère d'inclusion de l'étude est l'origine subsaharienne des Africains âgés d'au moins 18 ans rencontrés au hasard, dans la rue.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les Africains ne souhaitant pas répondre aux questionnaires
- Les questionnaires non remplis entièrement
- Les questionnaires remplis par d'autres nationalités (antillais)

- ***Lieux de l'étude***

L'étude a été réalisée à Paris dans le quartier nord de la Goutte d'or où se concentre de nombreux commerces et restaurants africains (aux environs du métro « Château rouge » dans le 18ème arrondissement). Par conséquent, on y trouve une présence importante de migrants originaires d'Afrique Subsaharienne.

L'Ile de France a été choisie comme lieu d'étude car 60% de la population originaire de l'Afrique subsaharienne s'y concentre en particulier aux environs de la station de métro « Château rouge », haut-lieu du commerce africain. On y retrouve principalement une population issue de l'immigration récente, souvent moins intégrée dans le système français, par la méconnaissance de ce système ou par l'absence de papiers en règle.

- ***Période de distribution***

L'étude a été réalisée du 15 septembre 2012 au 28 décembre 2012.

- ***Consentement et Anonymat***

Lors de la remise du questionnaire, il était précisé au passant, l'objectif de cette étude et surtout son caractère anonyme.

III. L'analyse des données

Les données ont été intégrées dans un logiciel de statistique EPI Info 7, logiciel créée par le Centers for Disease Control (CDC).

Les tests statistiques utilisés sont le calcul du risque relatif avec intervalle de confiance à 95% et le test de Fisher. Le test de Fisher est un test non paramétrique qui a été choisi pour la comparaison de deux variables quantitatives (pourcentages). L'utilisation de ce test est justifiée par le faible échantillon de notre population.

IV. La recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en langue française et anglaise dans les bases de données SUDOC, PUBMED, CISMEF et google scholar.

RESULTATS

I. Participation :

Le questionnaire a été proposé à 191 Africains subsahariens.

41 Africains ont refusé de le remplir.

4 questionnaires ont été remplis par des antillais.

II. Description de la population :

1. Répartition par sexe :

Le sex-ratio est de 1,34 dans notre étude. Il est en faveur des hommes.

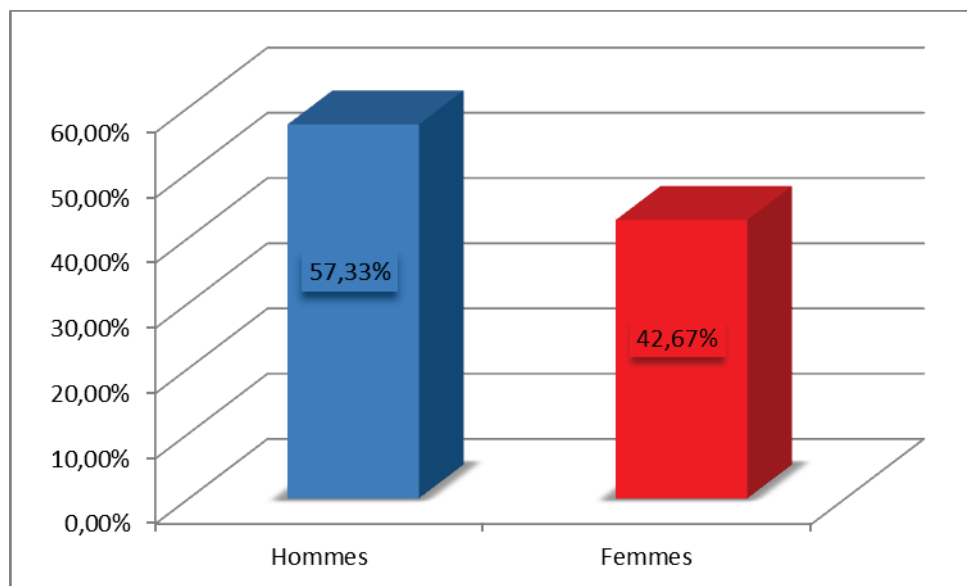


Figure 1. Proportion hommes/femmes.

2. Répartition par âge

La moitié de notre échantillon a moins de 30 ans. Plus de 90% de la population se concentre dans la tranche 18-50 ans. Notre population ne compte pas de personnes de plus de 70 ans.

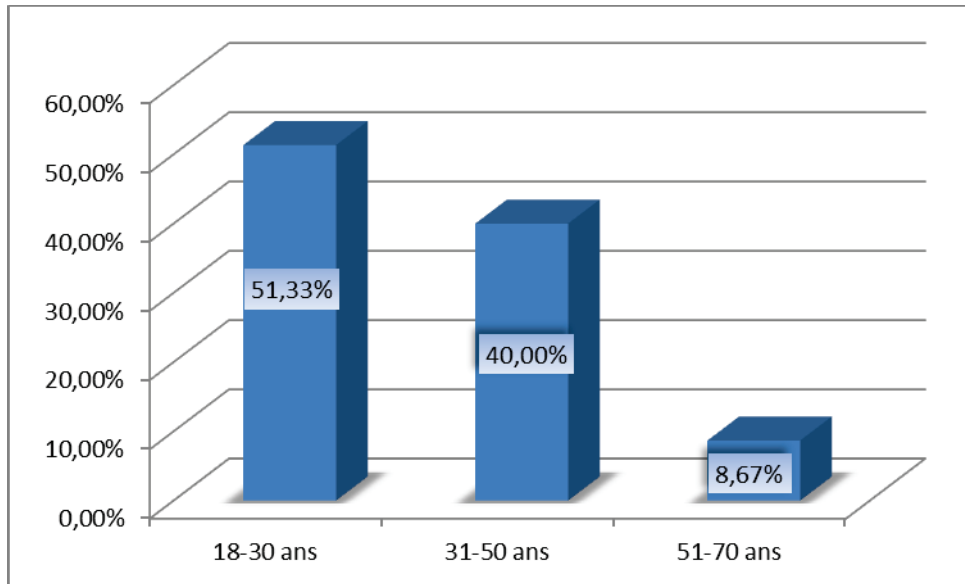


Figure 2. Répartition par âge.

Les hommes sont majoritaires dans la tranche d'âge 18-30 ans puis ce sont les femmes au-delà de 31 ans. (46,88% entre 31 et 50 ans puis 14,06% entre 51 et 70 ans.)

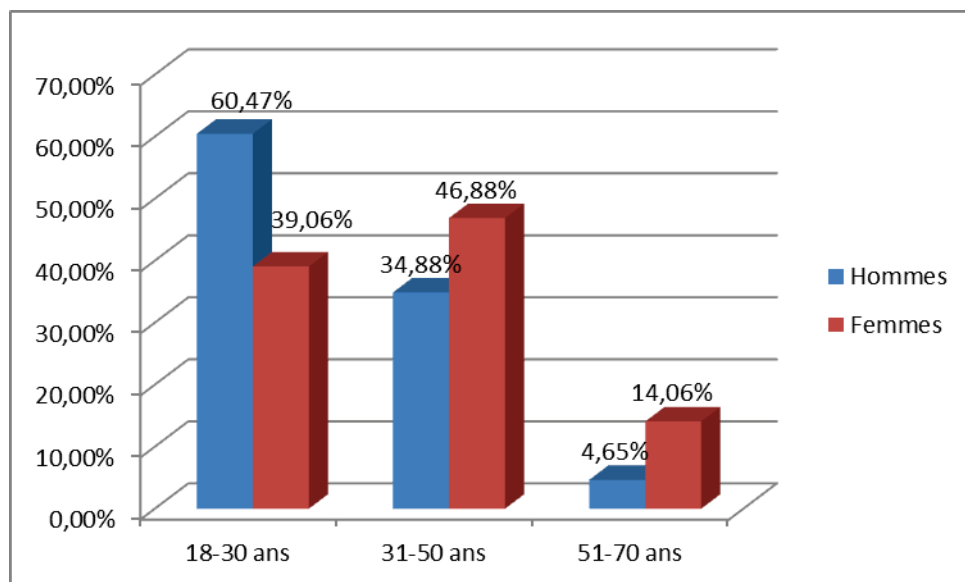


Figure 3. Répartition par âge et par sexe.

3. Origine

Les trois principaux pays d'émigration sont la Côte d'Ivoire (28,67%), le Cameroun (16,67%) et le Congo (12,67%) soit 58% pour ces 3 pays.

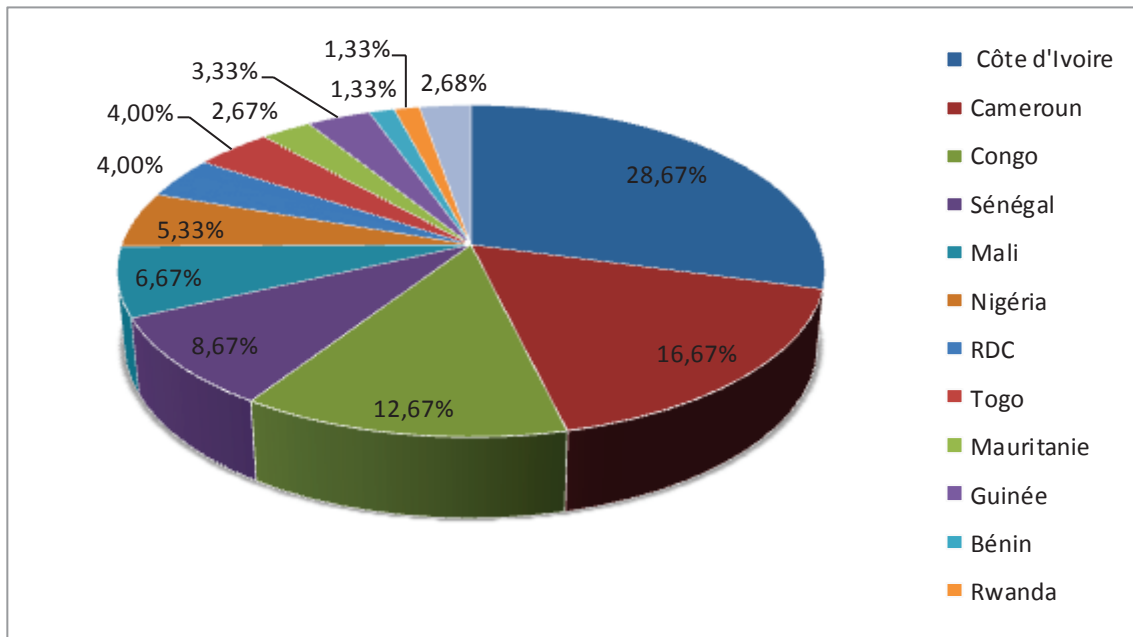


Figure 4. Répartition de la population selon l'origine.

4. Durée de séjour en France

Un quart des migrants interrogés (23%) est arrivé en France depuis moins de 2 ans. 7% de la population interrogée est en France depuis 1 mois.

Près de deux tiers de la population est sur le territoire depuis moins de 10 ans.

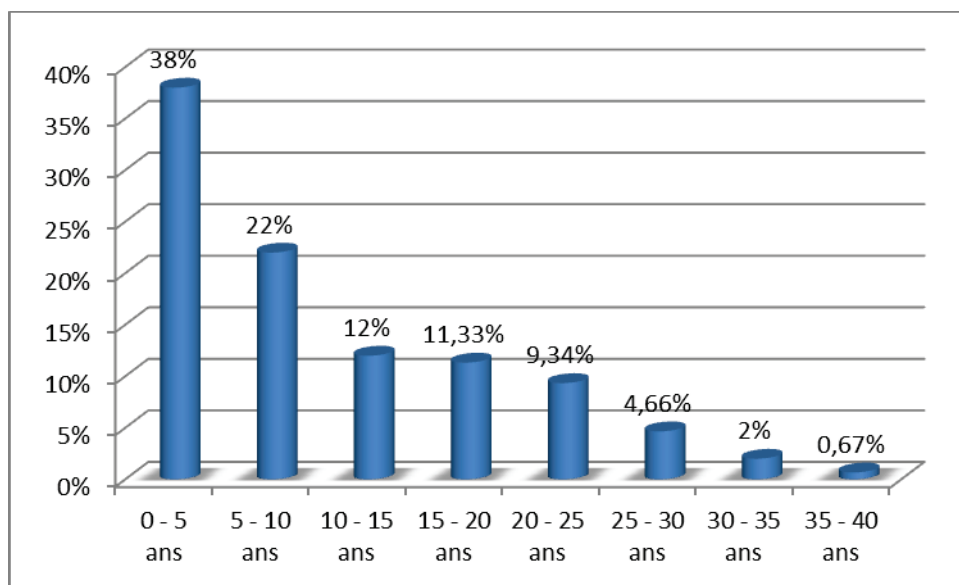


Figure 5 : Durée de séjour des migrants d'Afrique subsaharienne.

5. Lieu de vie

La majorité de notre population vit à son propre domicile (56,67%). Près de 40% des interrogés vivent chez un parent ou ami. Une minorité représentée par 4% vit dans un foyer. Par contre, aucun n'est sans domicile fixe.

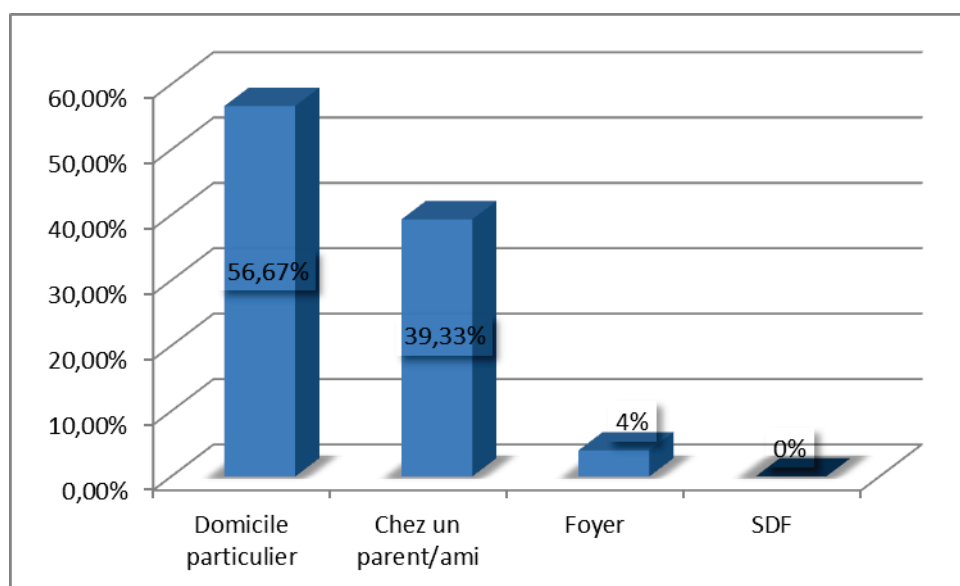


Figure 6. Répartition selon le lieu de vie.

III. Aides financières aux soins

80% de notre échantillon possèdent une aide financière de la part de la CPAM. (Sécurité sociale de base, CMU, ou AME). 13% de notre population possèdent l'AME et près d'un quart a accès à la CMU (22,67%)

30% d'entre eux bénéficient de la sécurité sociale agrémentée d'une complémentaire santé et 4% n'ont qu'une assurance ou mutuelle comme protection maladie. Par contre, 16% d'entre eux n'a aucune aide financière.

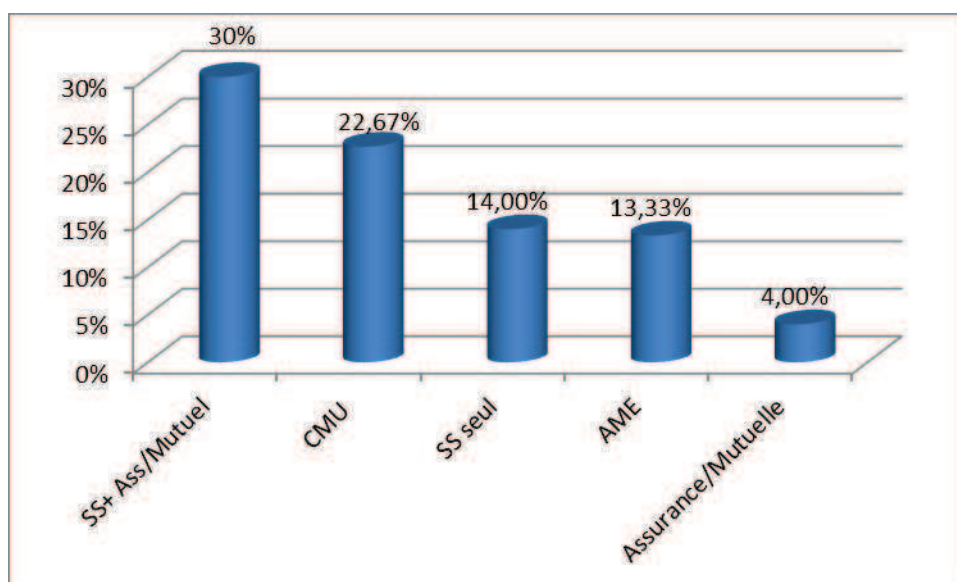


Figure 7. Répartition des aides financières à la santé.

Tableau 1. Lien statistique entre le recours au médecin généraliste et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	1,1273	1,0062-1,2629	0,074
CMUc	1,09	0,9769-1,2201	0,36
AME	1,0263	0,8749-1,2040	0,074
Assurance/Mutuelle	1,2222	1,1138-1,3412	0,00038
Aucune aide	0,6229	0,4928-0,8761	0,000033

Il existe un lien significatif entre le recours au médecin généraliste et le fait d'avoir une assurance complémentaire : les Africains possédant une assurance ou mutuelle consulteront 1,22 fois plus que ceux qui n'en ont pas. A contrario, ceux ne possédant pas d'aides auront 1,6 fois moins recours aux médecins généralistes. (RR=0,6229 avec IC à 95% compris [0,4928-0,8761])

Tableau 2. Lien statistique entre le recours à l'automédication et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	1,1136	0,8587-1,4442	0,502
CMUc	0,7945	0,5521-1,1434	0,2321
AME	0,9051	0,5948-1,3777	0,632
Assurance/Mutuelle	1,1238	0,8631-1,4633	0,482
Aucune aide	1,0500	0,7461-1,4777	0,8244

Tableau 3. Lien statistique entre le recours aux urgences et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	1,3113	0,9202-1,8687	0,1411
CMUc	0,9842	0,6410-1,5111	1
AME	1,1404	0,7060-1,8420	0,635
Assurance/Mutuelle	1,0834	0,75-1,5651	0,730
Aucune aide	0,6125	0,3198-1,1731	0,118

Tableau 4. Lien statistique entre le recours aux pharmaciens et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	1,1496	0,7733 -1,7089	0,505
CMUc	0,9642	0,5951-1,5623	1
AME	1,3265	0,8120-2,1671	0,33
Assurance/Mutuelle	1,4273	0,9659-2,1093	0,111
Aucune aide	0,4861	0,2172-1,0879	0,0664

Tableau 5. Lien statistique entre le recours à la famille et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	1,1030	0,5649-2,1536	0,83
CMUc	1,1373	0,5291-2,4446	0,803
AME	1,0833	0,4198-2,7958	1
Assurance/Mutuelle	1,0784	0,5381-2,1615	0,82
Aucune aide	0,63	0,2065-1,9216	0,569

Tableau 6. Lien statistique entre le recours à la PASS et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	0,2314	0,0531-1,0082	0,039
CMUc	1,0235	0,2985-3,5098	1
AME	2,8889	0,9814-8,5038	0,07
Assurance/Mutuelle	0,1618	0,0216-1,2096	0,06
Aucune aide	2,3333	0,7814-6,9673	0,225

On note qu'il n'existe pas de liens significatifs entre le recours à l'automédication, aux urgences, aux pharmaciens, à la famille ou à la PASS et les différentes aides financières.

Tableau 7. Lien statistique entre l'absence de recours et les aides financières.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Sécurité sociale	-	-	0,039
CMUc	-	-	0,337
AME	-	-	1
Assurance/Mutuelle	-	-	0,09
Aucune aide	-	-	0,0000009

Un Africain sans aide financière ira significativement moins consulter que les autres. (Test de Fischer < 0,05)

IV. Raison de l'immigration

Huit personnes interrogées sur cinq sont des immigrants primaires.

La première raison de l'immigration, dans notre étude, est le travail (28,80%). L'immigration pour besoins de soins ne représente que 4% dans notre population.

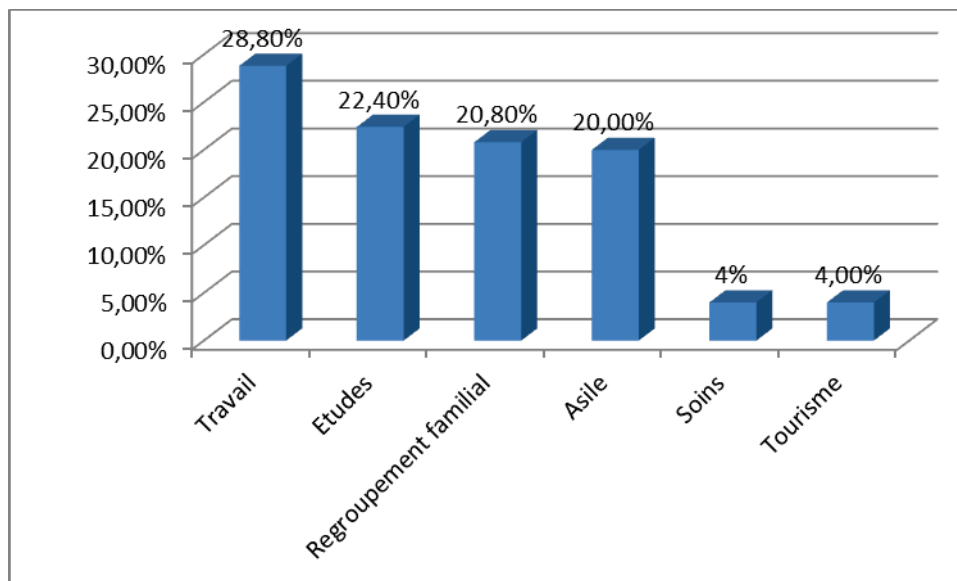


Figure 8. Les raisons de l'immigration primaire.

Un quart des femmes interrogées arrive sur le territoire français par regroupement familial. Les hommes sont principalement motivés par le travail (26,74%), l'asile (25,58%) et les études (20,93%).

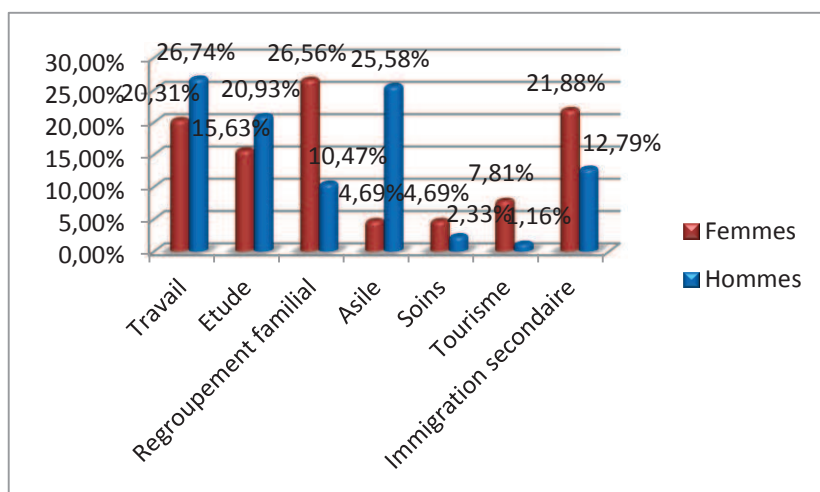


Figure 9. Motifs d'immigration selon le sexe.

Tableau 8. Lien Statistique entre le recours au médecin généraliste et la raison de l'immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	0,85	0,7095-1,0244	0,04
Etudes	1,01	0,88-1,17	1
Regroupement familial	1,1143	1,0042-1,2365	0,201
Asile	0,89	0,72-1,09	0,18
Besoins de soins	1,14	1,0739-1,2139	1
Tourisme	1,1429	1,0744-1,2156	1
Immigration secondaire	1,11	0,99-1,235	0,31

Tableau 9. Lien Statistique entre l'automédication et la raison de l'immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	0,9048	0,6548-1,2540	0,562
Etudes	1,1660	0,8673-1,5676	0,397
Regroupement familial	0,9538	0,6664-1,3653	0,8279
Asile	0,9211	0,6331-1,3400	0,66
Besoins de soins	0,6591	0,2235-1,9457	0,387
Tourisme	1,41	0,9627-2,0703	0,402
Immigration secondaire	1	0,7043-1,4199	1

Tableau 10. Lien Statistique entre le recours aux urgences et la raison de l'immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	1,1633	0,7883-1,7166	0,564
Etudes	1,1633	0,8411-1,8781	0,3018
Regroupement familial	1,0406	0,657-1,6477	1
Asile	1,0909	0,6932-1,7167	1
Besoins de soins	1,3594	0,64-2,8456	0,656
Tourisme	0,3636	0,0602-2,1955	0,22
Immigration secondaire	0,4918	0,2393-1,0107	0,027

Tableau 11. Lien Statistique entre le recours aux pharmaciens et la raison de l'immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	0,8085	0,4849-1,3482	0,439
Etudes	0,8892	0,5171-1,5291	0,830
Regroupement familial	1,0929	0,6626-1,8029	0,826
Asile	1,0204	0,6022-1,7291	1
Besoins de soins	0,5	0,0856-2,9190	0,648
Tourisme	1,7455	0,9553-3,1892	0,211
Immigration secondaire	1,1458	0,6986-1,8794	0,656

Tableau 12. Lien Statistique entre le recours à la famille et la raison de l’immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	0,5278	0,1961-1,4203	0,2256
Etudes	1,1883	0,5319-2,6549	0,788
Regroupement familial	0,7949	0,3012-2,8977	0,78
Asile	1,3636	0,6164-3,0168	0,573
Besoins de soins	2,23048	0,7216-6,8960	0,233
Tourisme	1,8462	0,5651-6,0315	0,311
Immigration secondaire	0,8333	0,3167-2,1928	1

Tableau 13. Lien Statistique entre le recours à la PASS et la raison de l’immigration.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Travail	1,9792	0,6907-5,6709	0,3044
Etudes	-	-	0,128
Regroupement familial	0,3974	0,0540-2,9242	0,467
Asile	4,2857	1,5730-11,577	0,009
Besoins de soins	2,4167	0,3858-15,13	0,425
Tourisme	2	0,3084-12,96	0,425
Immigration secondaire	-	-	0,12

Il existe un lien statistiquement significatif: les demandeurs d’asile consultent 4,28 fois plus les PASS.

Quant aux autres recours aux soins, il n’y a pas de lien significatif entre les motifs d’immigration et le recours aux médecins généralistes, à l’automédication, aux urgences, aux pharmaciens, ou à la famille.

V. Recours aux soins primaires

88% des personnes interrogées déclarent consulter un médecin généraliste. Près de la moitié a eu, au moins, une fois recours aux urgences.

Seulement 1,33% des interrogés consultent les marabouts et 5,33% ont recours aux plantes pour se soigner.

Un quart de notre population (26,67%) demande à leurs amis ou famille des conseils concernant leur santé. Près de 40% de notre population ont recours aux pharmaciens.

4% de notre population déclarent ne jamais consulter ni demander conseils.

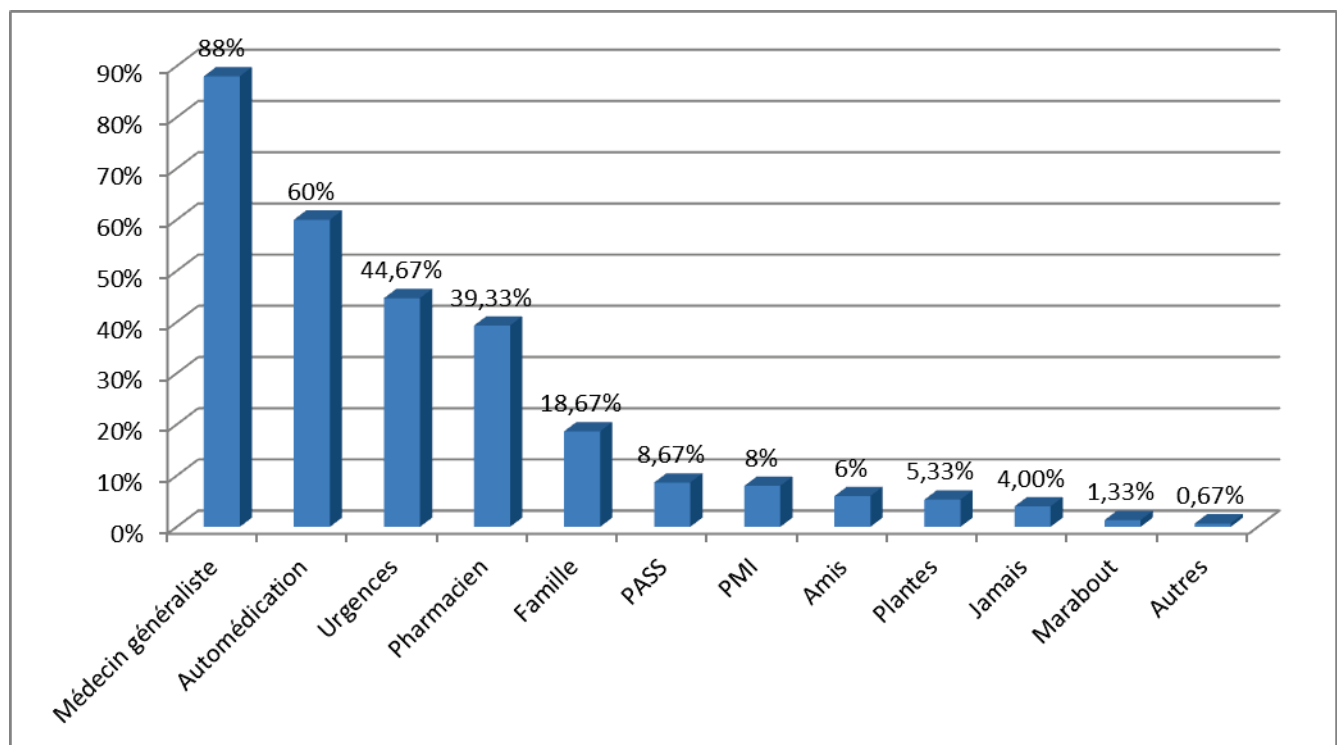


Figure 10. Les différents recours aux soins primaires des personnes interrogées.

VI. Raison du recours aux médecins généralistes

Seule la moitié des personnes interrogées a recours au dépistage et/ou à la vaccination. 12,79% des hommes disent ne jamais consulter de médecin généraliste contre 3,13% des femmes. On peut voir sur ce graphique que les femmes consultent plus que les hommes, tous motifs confondus.

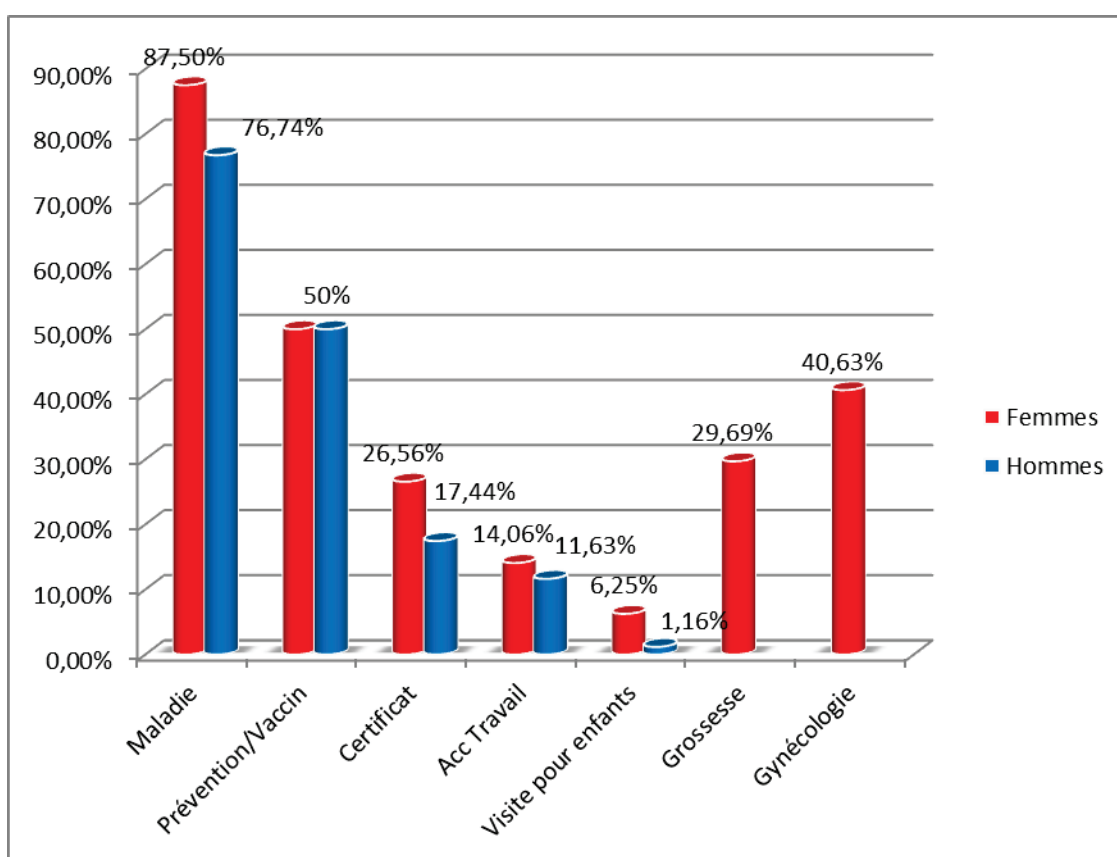


Figure 11. Motifs de recours au médecin généraliste selon le sexe.

VII. Pathologies:

Près d'un Africain sur deux déclare souffrir d'une pathologie chronique.

Les deux principales pathologies retrouvées sont les lombalgies et l'insomnie.

12,67% des Africains interrogés souffrent de lombalgies. 12% souffrent de stress et de trouble du sommeil. Les maladies virales ne représentent que 2%.

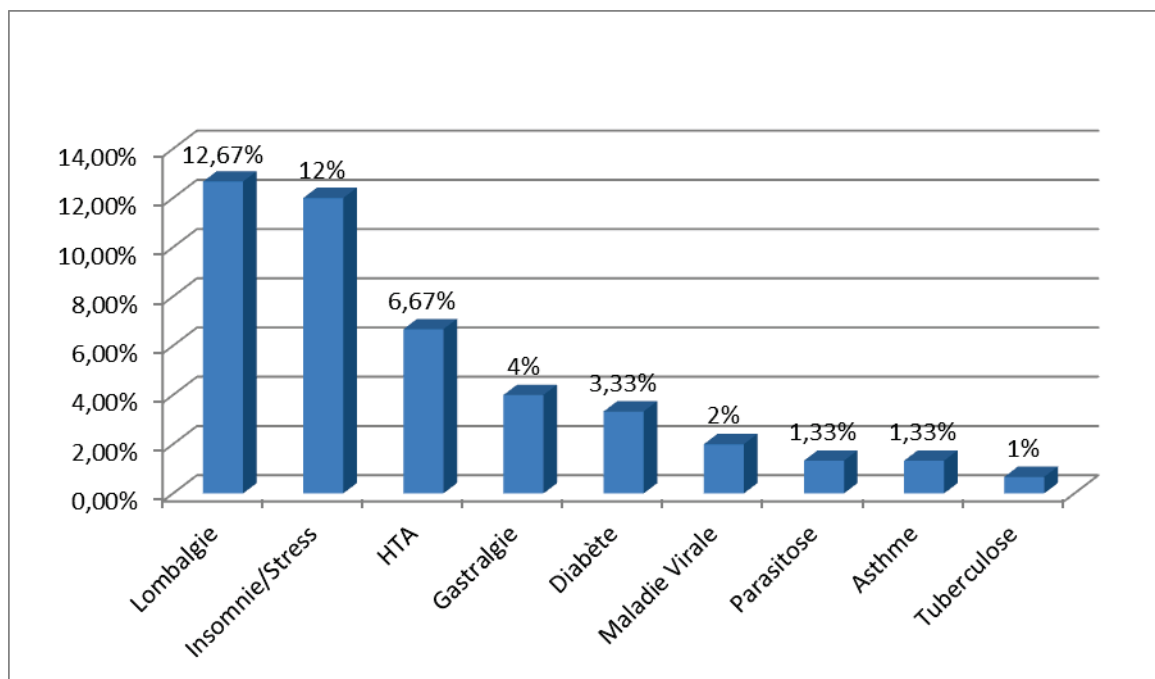


Figure 12. Répartition des principales pathologies rencontrées dans la population interrogée.

20% déclarent souffrir d'autres pathologies non ciblées notamment des céphalées, des douleurs articulaires (genou ou épaule), d'anémie, de drépanocytose ou encore d'allergie.

Tableau 14. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours au médecin généraliste.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	0,9032	0,6588-1,2384	0,34
Lombalgie	1,0886	0,9608-1,2335	0,47
Diabète	1,1417	1,0739-1,2137	1
Maladie Parasitaire	1,1385	1,0722-1,2088	1
Insomnie/Stress	0,9402	0,7580-1,1662	0,445
Maladie Virale	1,1395	1,0728-1,2105	1
Tuberculose	1,1374	1,0717-1,2072	1
Gastralgie	0,75	0,4247-1,3245	0,15
Asthme	1,1385	1,0722-1,2088	1
Autres pathologies	0,9346	0,7871-1,1097	0,36
Aucune	1,1469	1,0202-1,2893	0,025

Tableau 15. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à l'automédication.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	1,3659	0,9724-1,9185	0,316
Lombalgie	0,8618	0,5507-1,3489	0,61
Diabète	0,6591	0,2253-1,9437	0,38
Maladie Parasitaire	-	-	0,15
Insomnie/Stress	0,9167	0,5930-1,4169	0,79
Maladie Virale	1,1136	0,4949-2,5060	1
Tuberculose	1,6742	1,4674-1,9101	1
Gastralgie	1,1163	0,6241-1,9967	1
Asthme	0,8315	0,2067-3,3453	1
Autres pathologies	0,8	0,5450-1,1742	0,219
Aucune	1,39	1,06-1,81	0,01

Tableau 16. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours aux urgences.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	0,6563	0,2503-1,7205	0,512
Lombalgie	0,8044	0,4338-1,4916	0,62
Diabète	0,8923	0,3004-2,6503	1
Maladie Parasitaire	2,2769	1,8979-2,7316	0,197
Insomnie/Stress	0,8556	0,4656-1,5723	0,62
Maladie Virale	1,5077	0,6637-3,4250	0,58
Tuberculose	-	-	1
Gastralgie	1,9355	1,2920-2,8994	0,08
Asthme	2,2769	1,8979-2,7316	0,197
Autres pathologies	1,0566	0,6858-1,6272	0,839
Aucune	1,0173	0,7123-1,4530	1

Tableau 17. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours aux pharmaciens

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	1,0182	0,4637-2,2357	1
Lombalgie	1,2411	0,7366-2,0910	0,460
Diabète	1,0175	0,3413-3,0338	1
Maladie Parasitaire	-	-	0,519
Insomnie/Stress	0,9872	0,5329-1,8288	1
Maladie Virale	0,8448	0,1684-4,2384	1
Tuberculose	-	-	1
Gastralgie	0,8421	0,2668-2,6581	1
Asthme	1,2759	0,3145-5,1759	1
Autres pathologies	0,7200	0,4006-1,2939	0,29
Aucune	1,2187	0,8844-1,9663	0,184

Tableau 18. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à la famille.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	1,0769	0,2973-3,9014	1
Lombalgie	0,8274	0,2763-2,4177	1
Diabète	-	-	0,58
Maladie Parasitaire	-	-	1
Insomnie/Stress	0,8800	0,2954-2,62	1
Maladie Virale	-	-	1
Tuberculose	-	-	1
Gastralgie	-	-	0,594
Asthme	-	-	1
Autres pathologies	1,3333	0,6260-2,8399	0,443
Aucune	1,4386	0,7543-2,9178	0,296

Tableau 19. Lien statistique entre la pathologie présente et le recours à la PASS.

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test exact de Fischer
Hypertension Artérielle	1,1667	0,1682-8,0904	1
Lombalgie	2,0684	0,6248-6,847	0,215
Diabète	-	-	1
Maladie Parasitaire	-	-	1
Insomnie/Stress	3,25	1,11-9,5012	0,052
Maladie Virale	4,0833	0,7537-22,1228	0,239
Tuberculose	-	-	1
Gastralgie	-	-	1
Asthme	-	-	1
Autres pathologies	1,2	0,3519-4,0917	0,721
Aucune	0,4945	0,1592-1,5360	0,254

Il n'existe aucun lien significatif entre les différents types de pathologies et le recours aux médecins généraliste, à l'automédication, aux urgences, aux pharmaciens, à la famille ou à la PASS.

VIII. Freins au recours aux soins

Plus de la moitié rencontre des difficultés à consulter le médecin généraliste.

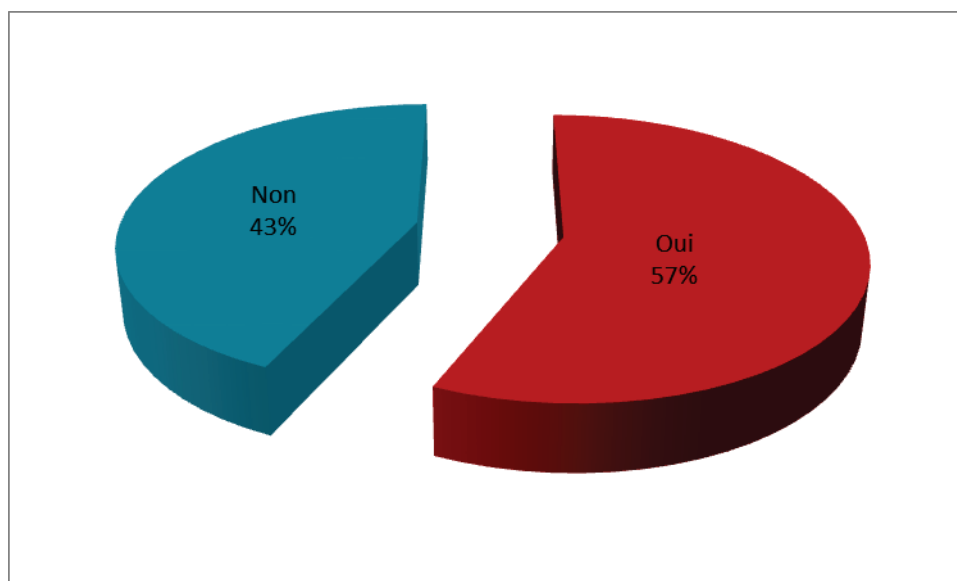


Figure 13a. Difficulté au recours aux soins

Plus d'un quart renonce aux soins par manque d'argent. 10% des Africains interrogés ne vont pas consulter du fait de leur irrégularité de séjour. La peur de la maladie et le manque de confiance ne représentent respectivement que 2% des raisons de non consultation.

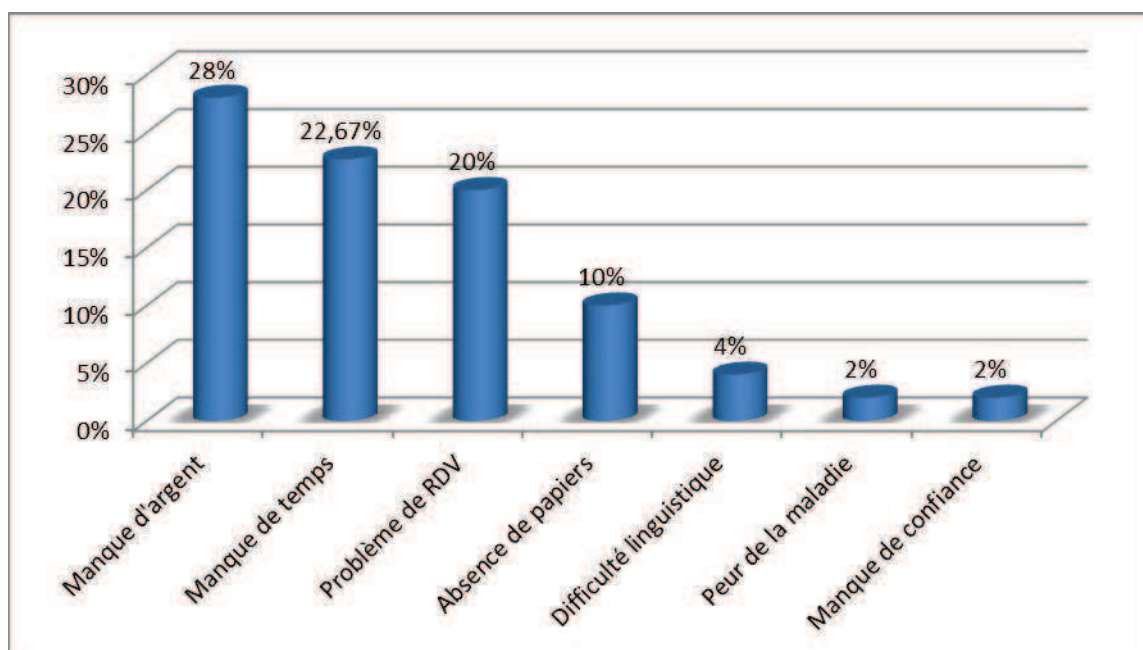


Figure 13b. Les différents obstacles au recours aux soins chez les migrants interrogés.

Tableau 20. Lien statistique entre le recours au médecin généraliste et les freins à la consultation

	Risque Relatif	Intervalle de Confiance	Test Exact de Fischer
Manque d'argent	0,7563	0,6213-0,9207	0,0003
Manque de Temps	1,0918	0,9769-1,2201	0,366
Difficulté à obtenir RDV	1,2857	0,8968-1,1797	1
Problème de langue	0,9449	0,6574-1,3581	0,54
Peur d'un diagnostic	1,1395	1,0728-1,2105	1
Manque de confiance	0,7538	0,3379-1,6816	0,32
Absence de papiers	0,58	0,3607-0,9347	0,0039
Absence de freins	1,1940	1,0684-1,3344	0,004

Les africains en séjour irrégulier vont 1,72 fois moins consulter le médecin généraliste. De même, ceux qui souffrent d'un manque d'argent ont 1,32 fois moins recours à ces derniers.

Les personnes interrogées qui n'expriment pas de freins à la consultation iront 1,19 fois plus vers le médecin généraliste.

IX . Satisfaction

On remarque que 93,20% des Africains sont satisfaits du système de soins français.

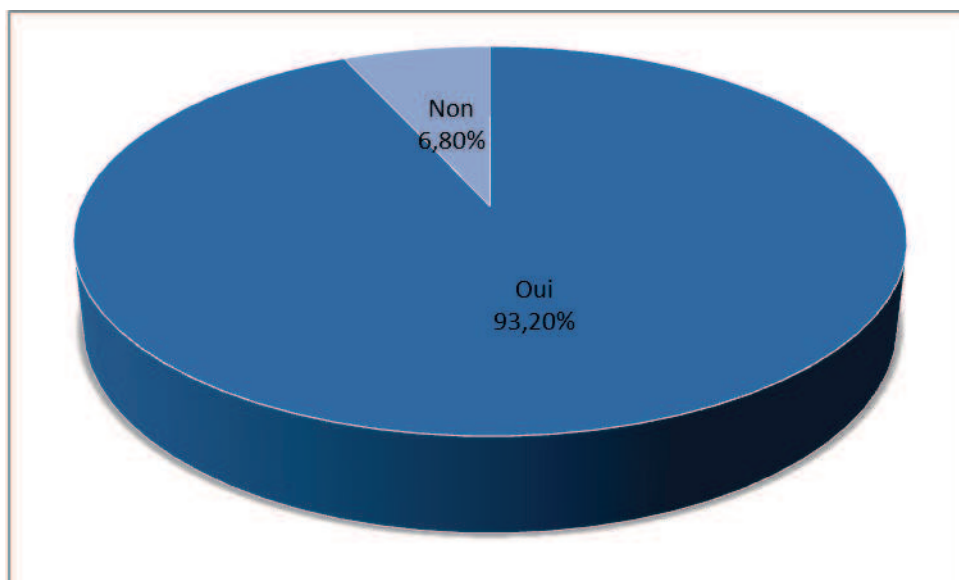


Figure 14. Taux de satisfaction des migrants concernant le système de soins français

DISCUSSION

I. Originalité de l'étude

En matière de soins primaires aux Africains d'origine subsaharienne en France, de nombreuses études se sont intéressées plus à l'offre qu'au recours. Les pouvoirs publics restent frileux quant à la réalisation d'études mentionnant la nationalité d'origine. L'originalité de cette étude repose sur son mode de recrutement, au fil de la rue, au hasard des rencontres (32).

II. Discussion sur la méthodologie

a. Choix de la méthodologie

- **Etude**

Cette étude s'est faite sur le mode quantitatif pour inclure un nombre important d'africains et permettre d'obtenir des réponses standardisées et interprétables.

Il aurait été cependant intéressant de procéder à une étude qualitative comme l'a fait Alice Matthieu (33).

En effet, le questionnaire limite les réponses et ne laisse pas la place aux informations complémentaires, plus subjectives. De nombreuses autres données nous ont d'ailleurs été communiquées lors du remplissage oral des questionnaires. Elles n'ont malheureusement pu être prises en compte dans notre étude: situation personnelle des personnes interrogées, conditions de vie précaires dans les foyers à Paris, violences subies au pays qui ont motivé

leur venue en France, difficulté d'accès à la médecine traditionnelle qui conditionne également leurs recours aux soins...

Il nous a semblé cependant difficile de réaliser des entretiens dans la rue, par manque d'intimité, par peur des policiers, par impossibilité d'utiliser un dictaphone, par des conditions météorologiques peu propices et par manque de temps des passants.

Nous ne pouvions pas interroger la population ciblée dans un lieu de soins, comme l'a fait Alice Matthieu (dans une PASS), ce qui aurait évidemment constitué un biais de sélection (33).

b. Critique de la méthodologie

- ***Les biais***

Le lieu de l'enquête. L'Ile de France concentre la majorité des Africains, mais leur profil diffère du reste de la France : immigration récente, population jeune.

Cette étude peut donc être le reflet de la situation des Africains en Ile de France mais non systématiquement extrapolable à la province.

Les refus : Parmi les personnes interrogées, 41 n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, soit près d'une sur cinq. Ces refus s'expliquent par le manque de temps, mais aussi par une situation irrégulière et la peur d'être dénoncé. En effet, dans le quartier de château rouge, la police est omniprésente avec des contrôles réguliers, surtout envers les marchands ambulants.

Certains passants, Nigériens notamment, ne parlent pas français, et ont donc refusé de participer à l'enquête. D'autres n'ont pas su lire les questions posées; l'illettrisme concerne une part importante d'Africains. Selon l'UNESCO, quatre Africains subsahariens sur dix sont analphabètes (34).

La distribution du questionnaire. Le questionnaire devait initialement être rempli par le passant lui-même. Pour des raisons pratiques, ils nous ont très souvent demandé de noter leurs réponses. Notre influence inconsciente sur les réponses ne peut être exclue.

III. Interprétations des résultats

Nous pouvons tout d'abord remarquer que les réponses des passants interrogés sont cohérentes et logiques. En effet, selon leurs dires, il existe un lien significatif entre le non recours aux médecins généralistes et l'absence de pathologies ou d'aides financières.

Cependant, la principale critique que l'on peut émettre est l'absence de caractère statistiquement significatif d'une partie de nos résultats. En effet, notre échantillon est trop petit ($n = 150$) pour autoriser des comparaisons à grande échelle (manque de puissance).

a. Profil sociodémographique de notre étude

1. Le sexe

Notre sex-ratio H/F est de 1,34. Cela va à l'encontre des études récentes réalisées dans la population d'Afrique subsaharienne où l'on retrouve un sex-ratio proche de 1 (4). Dans notre étude, les hommes ont été plus abordables. En effet, on les rencontre plus souvent à proximité des magasins, à discuter entre amis.

En revanche, à partir de l'âge de 31 ans, les femmes de notre population sont plus nombreuses que les hommes. Ceci est en accord avec l'enquête annuelle de recensement 2004-2005 de l'INSEE dans laquelle les femmes sont majoritaires pour les tranches d'âge 20-52 ans et plus de 74 ans (6). Une des raisons en est l'arrivée tardive des femmes en France : l'immigration par regroupement familial est très importante depuis une trentaine d'année et concerne plus souvent les femmes (27% des femmes versus 10% des hommes de notre étude). Les femmes ont aussi une espérance de vie plus longue que les hommes, ce qui explique leur majorité au-delà de 74 ans (14).

2. L'âge

Plus de la moitié de notre population est âgée de moins de 30 ans. Il s'agit donc d'une population jeune, comme dans le recensement de 2004-2005 de l'INSEE dans laquelle 21% des Africains immigrés ont moins de 25 ans et seulement 4% plus de 65 ans (6).

3. L'origine

Plus de 90% des personnes interrogées sont originaires d'anciennes colonies françaises. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'enquête annuelle de recensement 2004-2005 de l'INSEE dans laquelle 7 Africains sur 10 viennent de pays qui ont été administrés par la France (6). Les habitants des anciennes colonies ont gardé des liens forts avec la France : langue française souvent officielle, organisation administrative proche et accord entre la France et ces pays (accords universitaires, reconnaissance du permis de conduire...).

Dans notre étude, les principaux pays d'émigration sont la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Congo et le Sénégal comme dans les données de l'INSEE (4).

4. La durée de séjour

Dans notre échantillon, près de 4% de la population réside en France depuis moins de 3 mois et 38% depuis moins de 5 ans. Cela constitue donc une population récemment arrivée en France.

Ce délai de 3 mois est la durée minimum de présence sur le territoire pour prétendre à des aides financières.

Par ailleurs, selon C.Regniard et F.Domergue dans un article écrit en 2011, la durée moyenne de présence sur le territoire français pour obtenir une régularisation de papiers est de deux ans (35).

5. Le domicile

Dans notre étude, seulement une personne interrogée sur deux vit dans son propre domicile. En revanche, près de 40% des africains sont hébergés par un parent ou ami. En effet, en région parisienne, les loyers étant élevés, être locataire est devenu difficile surtout pour des migrants récents. Les primo-arrivants ont des conditions de logement moins favorables du fait d'une situation plus précaire. Le revenu des migrants est de 32% inférieur à celui des français et leur niveau de vie est inférieur de 26% d'après l'INSEE (36).

Ces difficultés pour l'accès au logement rendent plus difficile l'obtention d'une couverture santé.

6. Le profil d'immigration

Dans notre étude, la principale raison d'immigration est le travail (28,80%). Ce profil diffère de celui d'une étude de la Direction des Populations et des Migrations de 2005 où le regroupement familial domine (68%) et le travail ne représentent que 3,2% (37). Notre population est constituée d'une majorité d'hommes, qui migrent principalement pour le travail alors que les femmes arrivent en France par le regroupement familial comme vu précédemment (5).

Les demandeurs d'asile représentent 20% des interrogés, versus 9% d'après une étude du CEPED en 2010 (5). Cette différence peut s'expliquer par la part importante d'ivoiriens dans notre population. Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), le nombre de demandeurs d'asile provenant de la Côte d'Ivoire était de 1504 en 2011 contre 500 en 2009 (38). Cette progression est due aux troubles politiques secondaires à l'élection présidentielle de 2010. Ces demandes d'asile sont souvent motivées par des violences subies dans leur pays d'origine (tortures, viols, mutilations sexuelles) ce qui fragilise cette population sur le plan psychologique.

b. Le recours aux soins primaires

1. Le mode de recours aux soins primaires :

- *La médecine traditionnelle*

Parmi les Africains interrogés, seul 5,33% a recours aux plantes traditionnelles et 1,33% au marabout. Pourtant l'offre des marabouts est importante en France (Annexe 5) et surtout à Paris. Nombreux sont ceux qui avouent y avoir recours « au pays » par manque de moyens, mais qui abandonnent cette pratique à l'arrivée sur le territoire. En effet, en France, les africains peuvent avoir recours à la médecine moderne grâce aux aides financières proposées. Paradoxalement selon l'OMS, 75% des français ont recours à la médecine traditionnelle au moins une fois dans leur vie (10). Ces derniers cherchent une alternative à la médecine moderne.

- *La médecine générale*

Il semble que le recours au médecin généraliste des Africains et des français soit proche, grâce aux aides financières. En effet, 88% de notre population y a recours (87,01% chez les 18-30 ans, 88,33% chez les 31-50 ans et 92,31% chez les 51-70 ans). Dans l'étude de l'INSEE concernant la santé des français, toutes classes d'âge confondues, le recours au médecin généraliste est de 80%. On note une augmentation des consultations avec l'âge chez les français (77% chez les 11-24ans, 84% chez les 25-29 ans, 90% chez les plus de 60 ans) (39).

- *Les PASS*

Elles sont fréquentées par 8,66% des personnes interrogées, alors que notre échantillon compte au moins 10% d'Africains en séjour irrégulier. Cette différence peut s'expliquer par la méconnaissance de cet accès aux soins ou par l'accès aux soins par l'AME.

Par ailleurs, les demandeurs d'asile ont un recours à la PASS significativement plus important que les autres Africains. (RR= 4,2857 avec IC à 95% [1,5730-11,577])

- *L'automédication et recours aux pharmaciens*

Elle est pratiquée par 60% de notre échantillon versus 70% des français d'après une étude du ministère de la santé (40). 39,33% de notre échantillon demandent conseil à leur pharmacien pour se soigner versus 45% des français selon un sondage Ipsos en 2008 (41). Ces chiffres sont proches. L'accès aux soins par les pharmaciens est facilité par leurs conseils gratuits et leur accessibilité sans rendez-vous.

- *Le Service d'Accueil et d'Urgences (SAU)*

Dans notre échantillon, près d'un Africain sur deux a déjà consulté directement aux urgences. Il s'agit donc d'un recours aux soins non négligeable. On peut supposer que l'absence d'avance des frais de santé motive ce type de recours. Une majorité d'Africains ne va pas spontanément ouvrir ses droits à la CPAM, mais en cas de problème de santé s'orientera vers le seul accès gratuit et permanent: les urgences (14).

- *Le non recours aux soins primaires.*

4% de notre échantillon assure ne jamais avoir recours aux soins. Cependant, ces Africains déclarent également souffrir de lombalgies, d'insomnie ou encore d'autres pathologies non ciblées. Ces 4% font partie de ceux qui n'ont pas d'aides financières pour la santé ce qui explique ce non recours.

2. Les freins

- *La précarité*

Selon l'INSEE (42), les immigrés travaillent plus souvent que les non-immigrés dans des emplois peu qualifiés (38% de ceux qui ont un emploi sont ouvriers ou employés non qualifiés contre 19% pour les non-immigrés). Ils rencontrent aussi des difficultés pour accéder à un emploi ou s'y maintenir. En 2008, 57% des immigrés de 18 à 54 ans ont un emploi contre 69% des non-immigrés. Hommes comme femmes, ils sont plus touchés par le chômage (39).

Cette difficulté à accéder à l'emploi conditionne nécessairement leurs revenus, de ce fait plus faibles que celui des natifs.

D'ailleurs, malgré l'existence d'aides financières, 28% des africains interrogés dans notre étude déclarent ne pas consulter par manque de moyens.

De plus, 14% de notre population bénéficiant de l'assurance maladie ne possède pas de mutuelle. Il leur reste donc le ticket modérateur à payer, ce qui constitue un frein supplémentaire au recours aux soins.

D'autre part, il faut noter qu'en région parisienne, 20% des médecins généralistes appartiennent au secteur 2 selon les chiffres de la sécurité sociale. De ce fait, ils peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, non pris en charge, ce qui limite d'autant plus l'accès aux soins des personnes en situation précaire.

Enfin, bénéficier d'aides financières n'est pas un gage d'accès aux soins car en France, 8% des médecins généralistes en secteur I refusent les détenteurs de la CMU et 34% ceux de l'AME d'après une étude sur la discrimination de MdM (43). Ces refus s'expliquent par la lourdeur administrative et par le non-respect du parcours de soins (44).

- *L'absence d'aides financières*

En France, 90,1% des étrangers ont théoriquement droit à une couverture sociale selon une étude de MDM ; en réalité, seuls 7,2% en bénéficient (45). Cette différence est le fruit d'un manque d'information, d'un souhait de rester anonyme, et de la difficulté importante à constituer un dossier d'après le COMEDE (14).

Dans notre étude, 16% des Africains ne possèdent aucune aide financière alors que 4% d'entre eux seulement sont en France depuis moins de 3 mois. Comme nous l'avons vu en introduction, légalement, même une personne en séjour irrégulier peut prétendre à l'AME au-delà de 3 mois de présence sur le territoire français. Cependant, beaucoup d'Africains primo-arrivants ne connaissent pas les démarches à effectuer s'ils ne vont pas dans les centres qui leur sont dédiés. En effet, d'après Médecins du Monde, 45% des étrangers en France ayant droit à une protection sociale l'ignorent et n'entreprennent pas les démarches pour l'obtenir (45). Par ailleurs, ils nous signalent également qu'il existe une importante méconnaissance de ces aides par les médecins généralistes. Ceux-ci ne peuvent donc pas les orienter de manière adaptée.

D'autre part, d'après une étude de Aeberhard P., Brechat P-H. et al (46), les CPAM rendent les procédures longues et difficiles et freinent ainsi la mise en place de ces aides. Leur méconnaissance par les acteurs du système de santé (y compris la CPAM) et la complexité des démarches entraînent une nette augmentation des délais d'obtention de ces aides voire même des refus illégaux d'après un rapport du COMEDE (14).

De plus, la condition de séjour en France depuis au moins trois mois est souvent difficile à prouver pour de nombreux migrants en situation irrégulière d'où une proportion importante d'exclus du système de santé (14).

- *L'irrégularité du séjour*

10% des africains interrogés pensent que leur manque de papiers en règle les empêche d'accéder aux soins. Pourtant seulement près de 4% sont en France depuis moins de 3 mois. Par conséquent, cela signifie que 6% des africains de notre population ignorent qu'ils pourraient prétendre à l'AME.

- *Les séjours temporaires pour études ou tourisme*

D'après un membre d'une association humanitaire togolaise (STEJ), ces jeunes Africains, qui viennent pour des courts séjours, prennent des assurances dans leur pays d'origine. Ces assurances ont un caractère obligatoire pour obtenir un visa. Selon les contrats, elles ne prennent pas toutes en charge les dépassements d'honoraires. De plus, un accord de l'assurance doit être demandé préalablement aux soins pour leur prise en charge financière, ce qui complique donc également l'accès aux soins.

- *Le manque de temps*

Dans notre étude, près d'un quart des Africains n'ont pas recours aux médecins par manque de temps, alors que dans une étude menée en 2011, par l'ARS, dans la population francilienne (47), ce frein à la consultation concernait 12% des natifs. Les Africains semblent donc accorder moins de temps à leur santé.

- *La difficulté d'obtenir un RDV*

En région parisienne, le nombre de médecins est suffisant : en janvier 2012, la densité médicale est de 158 généralistes pour 100000 habitants d'après une étude RPPS/DREES (48). Malgré cela un quart de notre population estime rencontrer des difficultés à obtenir un RDV contre 70% des Français de l'étude citée ci-dessus (47).

3. Les motivations

- *Les pathologies*

83% des Africains interrogés malades consultent un médecin généraliste.

20% de notre population souffre de pathologies non ciblées initialement : céphalées, douleurs articulaires, anémie, hémorragie méningée.... Les pathologies proposées dans le questionnaire étaient en effet les pathologies fréquentes et graves étudiées par le COMEDE. D'après le COMEDE (14), les psycho-traumatismes ont notamment une prévalence de 90 pour 1000 parmi les Africains de l'ouest. Dans notre échantillon, en effet, le stress et l'insomnie représentent une part non négligeable des pathologies déclarées (12%). Ces

symptômes peuvent s'expliquer en partie par le traumatisme de l'exil. L'exil est en effet une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs (14). D'autre part, ces populations ont également pu subir tortures, violences ou persécutions dans leur pays d'origine.

Ces traumatismes s'expriment très souvent par une somatisation. Les lombalgies, notre deuxième motif de consultation (12%), peuvent notamment être un signe évocateur de violences subies antérieurement.

- *La prévention*

Seule la moitié des personnes interrogées consulte le médecin pour prévention ou vaccination. Ce chiffre reste faible et peut expliquer pourquoi de nombreux africains nous consultent tardivement au stade de complications, en particulier pour les pathologies suivantes: VIH, diabète ou hypertension artérielle.

D'après l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'INSEE (49), les immigrés étrangers ont moins recours à la vaccination de l'hépatite B (23,1%) que les natifs français (34,2%).

Néanmoins selon MdM, 65,1% des Africains d'origine subsaharienne bénéficient d'un dépistage du VIH en France (45). A contrario dans la population française, ce dépistage n'a été réalisé que sur 7,9% des gens selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) (25).

- *Le suivi gynécologique*

Dans notre étude, deux femmes sur cinq disent consulter un médecin généraliste pour leur suivi gynécologique, ce qui semble important au vu des données concernant les femmes françaises : seules 15% d'entre elles ont recours au généraliste pour ce suivi. En revanche, 70% des Françaises consultent un gynécologue (50). Notre étude ne permet pas d'évaluer le recours à ces spécialistes. Mais, selon l'étude du BEH (51), il ressort que les femmes étrangères ont deux fois plus de risques que les femmes françaises de ne pas être dépistées par frottis cervicovaginal pour les cancers du col de l'utérus. Le recours des africaines concernant la gynécologie en France a été peu étudié contrairement à l'obstétrique et la périnatalité.

4. Satisfaction sur le système de santé

La quasi-totalité (93,20%) des Africains sont satisfaits de notre système de soins. Beaucoup évoquent d'ailleurs des conditions de prise en charge souvent médiocres, dans leur pays respectif.

En France, la prise en charge des frais de santé est pour eux un élément primordial.

Ils éprouvent un sentiment de sécurité avec les médecins français et trouvent un environnement propice à l'écoute de leurs problèmes de santé.

Les rares « non-satisfaits » se plaignent principalement du temps d'attente trop important pour obtenir un rendez-vous chez le médecin généraliste ou lors de leur passage aux urgences.

IV. Propositions

A l'attention des professionnels de santé :

- Développer la formation des étudiants en médecine et des médecins généralistes en exercice concernant les pathologies spécifiques à cette population ainsi que les aides financières auxquelles ils peuvent prétendre. De nombreux médecins ignorent encore ce qu'est l'AME et l'apprennent au contact de leurs patients alors qu'ils devraient au contraire pouvoir les conseiller et les orienter.

A l'attention des pouvoirs publics :

- Multiplier les campagnes d'information destinées aux étrangers récemment arrivés en France :
 - Campagne de vaccination
 - Campagne de dépistage des maladies graves
 - Développer l'information sur leurs droits et les conditions d'accès aux aides financières
 - Les orienter vers les structures qui leur sont dédiées.
- Favoriser le travail des PASS et des associations telles que le COMEDE ou MSF en leur attribuant des aides financières adaptées à leur besoin.

Pour mieux soigner, connaître la population cible est indispensable. Il persiste de nombreuses réticences culturelles et politiques à investir ce champ d'étude en distinguant les origines. Il semble donc nécessaire de poursuivre les études représentatives concernant les Africains d'origine subsaharienne et en particulier en différenciant l'immigration primaire de la secondaire.

CONCLUSION

Le mode de recours aux soins primaires des Africains subsahariens ne semble pas très différent de celui des français : pour la plupart, ils consultent les médecins généralistes et s'automédiquent.

Notre étude révèle que ce recours est entravé par des difficultés financières liées à une plus grande précarité, notamment chez les migrants récemment arrivés en France. La méconnaissance du système de santé français et les difficultés d'accès aux aides financières (AME ou CMU) constituent de véritables obstacles pour cette population.

Malgré ces difficultés, le recours aux plantes et au marabout restent largement minoritaire, soulignant un quasi abandon des pratiques traditionnelles en France. En contrepartie, les Africains s'adaptent au système de santé français et consultent pour la plupart les médecins généralistes lorsqu'ils s'estiment malades.

En revanche, notre étude a également démontré que la prévention ne concerne qu'un africain sur deux. Il reste donc des efforts à réaliser pour motiver le dépistage des principales maladies virales ou cardiovasculaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. XU Z., RATHA D. Équipe Migration et envois de fonds, Groupe d'étude des perspectives de développement, Banque mondiale. Disponible sur <http://siteresources.worldbank.org/NEWSFRENCH/Resources/migration08-AFR.pdf> (consulté le 02 septembre 2012)
2. LESSAULT D., BEAUCHEMIN C. Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité, Population et société, INED, janvier 2009, n°452.
3. CROGUENNEC Y. La population étrangère en 2007. Infos migrations, février 2011, n°20.
4. INSEE. Répartition des étrangers par nationalité en 2009. Recensement 2009, exploitation principale.
5. MAIDER C. « Les Africains subsahariens vivant en France. Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins », Working Paper du CEPED, numéro 08, UMR 196 CEPED Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Février 2010. Disponible sur <http://www.ceped.org/wp>. (consultée le 02 janvier 2013)
6. BOREL C. Enquêtes annuelles de recensements 2004 et 2005 : Près de 5 millions d'immigrés à la-mi 2004. INSEE Première, 2006, n°1098, 4p.
7. CHERIF A. Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration : diagnostic, pronostic, prise en charge .Paris : Edition L'Harmattan, mars 2012, 238p.

8. AMAT T. Les structures médico-sanitaires de première ligne. In: La santé dans le tiers monde. Prévenir, 1986, n°12, p. 61-66
9. FRANCKEL A. Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar. Thèse de doctorat en démographie. Paris X-Nanterre : Université de Paris X-Nanterre, 2004, 465p.
10. OMS de Genève. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 ; 2002
11. SINGLETON M. Soins de santé primaire en Afrique. Cause perdue ?. Cahiers du CIDEP, 1991, 150p.
12. DELAUDE C. Afrique Guérisseurs, plantes médicinales et plantes utiles. Paris : Ed Maisonneuve et Larose, 2005, 319p.
13. AMANGOUA JL. Médicaments traditionnels améliorés et valorisation des pharmacopées traditionnelles en Afrique. Thèse de doctorat en pharmacie. Montpellier : Université de Montpellier 1, 2011, 93p.
14. COMEDE. Le Guide Comede, guide pratique de prise en charge médico-psychosociale des exilés et migrants/étrangers en situation précaire. édition 2008, 568 p.
15. AIDE MEDICALE DE L'ÉTAT (AME). Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/aide_medicale_de_l_etat.pdf , 2008. (Consultée le 02 janvier 2013)
16. GOASGUEN C., SIRUGUE C. Présidence de l'Assemblée Nationale. Rapport fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État, 2011, n° 3524

17. CPAM. CMU de base : une assurance maladie pour tous. (en ligne). In : Ameli. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/cotisation-et-prise-en-charge-de-vos-soins.php> (Consultée le 10 janvier 2013)
18. JOURDAIN MENNINGER D. Les personnes en situation de précarité. In : BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D. Traité de Santé publique. Paris, Flammarion, 2007, 745p.
19. LEBAS S. Rapport Mission PASS : Permanences d'accès aux soins de santé. Bulletin signalétique Direction des hôpitaux, 2000, 1, n°6, p. 9-59
20. BALLIERE F. Le recours aux soins des demandeurs d'asile : Approche ethnographique de l'expérience de l'exil. Paris : L'Harmattan, 2011, 136p.
21. DROUOT N., TOMASINO A., PAUTI M-D., et al. L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendance principale depuis 2000. BEH, 2012, n°2-3-4, p. 41-44
22. DELBECCHI G., ROULEAU FAVRE F., VESCOVACCI K. Comede : des consultations pour promouvoir la santé des exilés. La santé de l'homme, 2007, n°392, p. 32-33
23. DRESS. Données concernant la protection maternelle et infantile (PMI). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-concernant-la-protection-maternelle-et-infantile,6274.html> . (Consultée le 20 décembre 2012)
24. JOURDAIN-MENNINGER D., ROUSSILLE B., VIENNE P., et al. Etude sur la Protection maternelle et infantile en France-Rapport de Synthèse. In : La documentation française. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000139/index.shtml>. (Consultée le 20 décembre 2012)

25. LUCAS E., CAZEIN F., BRUNET S., et al. Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003 : données de huit années de surveillance. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2012, n°46-47, p 534.
26. LOT F., ANTOINE D., PIOCHE C., et al. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. BEH, 2012, n°2-3-4, p. 26-29
27. Tuberculose. Aide-mémoire n°104, octobre 2012. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>. (Consultée le 15 décembre 2012)
28. FOURCADE L., PAULE P., MAFART B. Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives. Revue Générale Med Trop, 2007, n°67, p.559-567
29. BESANÇON Stéphane. Une épidémie mondiale de diabète. Maux d'exil, 2007, n°21, p. 5-6
30. VEXIAU Patrick. Le diabète, une maladie à prévenir d'urgences. Maux d'exil, 2007, n°21, p.3-4
31. INSEE. Les coûts humains et financiers du diabète sont très élevés. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=12101®_id=24#g3. (consultée le 02 janvier 2013)
32. VEISSE A., STANAJEVICHE A. Repère sur la santé des migrants. La santé de l'homme, 2007, 392, p. 21-24
33. MATHIEU A. Prise en charge des migrants en médecine générale, points de vue des patients. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille-Etat, 2011, 83p.

34. UNESCO. La longue route vers l'alphabétisation en Afrique. Disponible sur www.humactions.org/UNESCO%20illettrisme.doc (Consultée le 10 mars 2013)
35. REGNARD C., DOMERGUE F. Les nouveaux migrants en 2009. Spécial ELIPA. Infos migration, 2011, 19, 16p.
36. INSEE. Les immigrés en France. Statistique publique, 2005
37. REGNARD C. Rapport annuel de la direction de la population et des migrations. Immigration et présence étrangère en France en 2005. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du logement et Direction de la population et des migrations, 2006, 260 p.
38. OFPRA. Rapport d'activité 2011. 2012, 105p.
39. ALIAGA C., division Conditions de vie des ménages., INSEE. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première, 2002, n°869, 4p.
40. COULOMB A., BAUMELOU A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030/0000.pdf> (Consultée le 18 février 2013)
41. Sondage IPSOS. Les Français et leur pharmacien.2008. Disponible sur : <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/francais-et-leur-pharmacien> (Consultée le 03 mars 2013)
42. MONSO O., GLEIZES F., Division emploi. Langues, diplômes : des enjeux pour l'accès des immigrés au marché du travail. INSEE Première, 2009, n°1262

43. Médecins du Monde, coordination Mission France : « test de discrimination sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes de France ». Novembre 2006.
44. Ministère de la santé et des sports. Conférence nationale de santé, droit et accueil des usagers. Résoudre les refus de soins. 2010, 48p.
45. Médecin Du Monde. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière – Observatoire européen de l'accès aux soins des Médecins du Monde. 2007, 76p.
46. AEBERHARD P., BRECHAT P-H., HACHIMI M., JEDIDI S., LEBAS J. L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins. Les Études Hospitalières, 2011, 106 p.
47. ARS. Premier forum santé en Ile-de-France pour l'accès aux soins et les droits des patients. Disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Premier-Forum-Sante-Citoyen-en.126475.0.html> (Consultée le 06 mars 2013)
48. Agence Régionale de Santé. Point sur la démographie médicale en Ile de France. 2012
49. DOURGNON P., JUSOT F., SERMET C., SILVA J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Question d'économie de la santé, 2009, n° 146, 6 p.
50. DAVID M., PERIGOIS E., LETOMBE B. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique: Synthèse des résultats. FNCGM. 2008
51. GRILLO F., SOLER M., CHAUVIN P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. BEH, 2012, n°2-3-4, p.45-47

ANNEXE 2 : Quelques définitions

- *Migrants* : personnes ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, nées étrangères dans un pays étranger.
- *Immigré* : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- *Etranger* : personne qui n'a pas la nationalité française. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- *Exilé* : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.
- *Demandeur d'asile* : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- *Réfugié* : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.
- *Sans papiers ou clandestin* : étranger en séjour irrégulier, termes 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.
- *Immigration secondaire* : représente la seconde génération d'immigrée : ce sont donc les enfants de migrants nés et vivants en France.

Titres de séjour pour les étrangers

- *Séjour stable* : titre de séjour de 1, 5 ou 10 ans (carte de résident) avec autorisation de travail et garantie de renouvellement.
- *Séjour précaire* : absence de titre de séjour ou document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement.
- *Carte de résident* : conditions légales d'attribution (dont parent d'enfant français, conjoint de français, réfugié statutaire), validité de 10 ans, avec autorisation de travail.
- *Carte de Séjours temporaire (CST)* : conditions légales d'attribution dont étudiants, scientifiques, membres de famille, malades, validité inférieur ou égale à 1 an, avec ou sans autorisation de travail.
- *Récépissé de demande de carte de séjour* : délivré à l'étranger « admis à souscrire à une première demande de titre », validité de 1 à 6 mois, avec ou sans autorisation de travail
- *Autorisation provisoire de séjour (APS)* : document provisoire de séjour, le plus souvent sans autorisation de travail, validité de 1 à 6 mois.

ANNEXE 3 : La médecine traditionnelle



ANNEXE 4 : La pharmacie ambulante



ANNEXE 5 : Publicité d'un marabout parisien



Prof. Daniel Diakhaby

tél : 01 42 82 05 35

tél : 06 75 10 66 11

47, boulevard de la Chapelle

bât. b - rdc

métro : Barbès

75010 - Paris

email

: m.danieldiakhaby@hotmail.fr

UN GRAND VOYANT : LE PROFESSEUR DANIEL DIAKHABY

**Le médium du "tout-Paris" connu et apprécié
pour sa grande sagesse et sa discrétion**

Vous ne trouvez pas la solution de vos problèmes...

Alors, n'hésitez plus... Contactez-moi !

**Le Prof. Daniel Diakhaby intervient dans le football, dans le business et
pour les problèmes de famille. Il est également réputé comme étant un des
meilleurs marabouts du couple !**

Consultez-moi ! Votre partenaire sera à vos pieds !

Très fort, compétent et Honnête

EFFICACITE EN 3 JOURS ET 100% GARANTI

**Retour définitif de l'amour. Si l'être aimé vous a quitté(e),
il ou elle reviendra sous l'effet de ma magie et sera soumis(e) !
Résultats dans la même semaine.**

Protection contre tous les ennemis

- Désenvoûtement et puissance d'action pour les travaux occultes -

FIDELITE ABSOLUE ENTRE EPOUX - MARIAGE RAPIDE ET DEFINITIF

ARGENT - TRAVAIL - CHANCE - REUSSITE DANS LE COMMERCE

**Interventions occultes contre les mauvais sorts et sortilèges diaboliques -
interventions contre les complexes physiques et moraux - attraction de
clientèle pour les vendeurs - réussite aux examens - accroissement de la
puissance sexuelle - harmonie du couple et éloignement du ou de la rivale
réussite dans le sport et surtout dans le football**

N'hésitez pas à me contacter si vous êtes poursuivi par la malchance !

Venez me voir si vous voulez faire quelque chose de votre vie

Je vous aiderai ! Venez à moi dans la confiance et prenez rendez-vous

Je reçois tous les jours de 9.00h à 21.00h

tél : 01 42 82 05 35 - 06 75 10 66 11

**JE ME DEPLACE DANS LE MONDE ENTIER SUR DEMANDE ET NOTAMMENT A
LA GUADELOUPE, EN MARTINIQUE, A LA REUNION ET EN GUYANE**

travaux occultes par correspondance : joignez une photo à votre courrier postal avec votre date de naissance et votre numéro de téléphone ainsi qu'une enveloppe timbrée et libellée à votre adresse pour la réponse.

- Discretion assurée -

note de l'équipe du site : Les célébrités qui rendent régulièrement visite à ce marabout, ne communiquent pas sur le sujet mais posez-vous la question suivante : pourquoi des photos circulent sur le web ainsi que des vidéos sur Youtube ou on voit le marabout Daniel Diakhaby en compagnie de Yannick Noah, de Claude Makélélé et de Djibril Cissé !..

QUESTIONNAIRE

Thèse de Médecine générale sur le recours aux soins primaire de la population du 18^{ème} arrondissement de Paris originaire d'Afrique subsaharienne.

➤ **Etes-vous ?**

- Un homme
- Une femme

➤ **Age ?**

- 18-30 ans
- 31-50 ans
- 51-70 ans
- > 70 ans

➤ **Pays d'origine :**

➤ **Durée de séjour en France :**

➤ **Où vivez-vous ?**

- Dans un foyer
- Chez un parent/ami
- A votre propre domicile
- Sans domicile

➤ **Possédez-vous une aide financière pour la santé ?**

- CMU
- Sécurité Sociale
- AME
- Assurance, mutuelle
- Aucune

➤ **Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu en France?**

- Travail
- Besoin de soins
- Regroupement familial
- Demande d'asile
- Etudes
- Tourisme
- Autres raisons (naissance en France...)

➤ **Qui allez-vous voir en cas de problème de santé ?**

- Je me soigne seul(e)
 - ✓ Plantes
 - ✓ Médicaments connus (paracétamol...)
- Un membre de la famille
- Un ami
- Un marabout
- PMI
- PASS
- Pharmacien
- Médecin généraliste
- Urgences
- Médecin du pays d'origine pour conseils (par téléphone ou internet)
- Autres (Médecins du monde...)
- Personne

➤ **Pour quelle(s) raison(s) avez-vous déjà consulté un médecin généraliste en ville ?**

- Maladie
- Accident de travail
- Certificat
- A l'occasion d'une visite pour vos enfants
- Grossesse
- Problème gynécologique, contraception
- Prévention, vaccination
- Jamais

➤ **Avez-vous une ou plusieurs maladies ?**

- Oui
- Non

Si Oui, laquelle/lesquelles vous amène à consulter ?

- Tension Artérielle trop élevée
- Diabète
- Mal de dos
- Difficultés à dormir, stress
- Maladie parasitaire (paludisme ...)
- Asthme
- Maladie virale (Hépatite B ou C , VIH ...)
- Tuberculose
- Mal à l'estomac
- Autres

➤ **Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous pour aller consulter ?**

- Manque d'argent
- Manque de temps
- Difficultés à obtenir un RDV
- Problème de langue
- Peur de l'annonce d'une maladie
- Manque de confiance
- Absence de papiers en règle
- Autres
- Aucune

➤ **Etes-vous satisfait du système de santé français ?**

- Oui
- Non

Pourquoi ?

MERCI ...

RESUME

Contexte : Les migrants d'Afrique subsaharienne représentaient près de 350 000 personnes en France, en 2007. En Afrique, le recours aux soins de cette population s'articule entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Arrivés en France, les Africains doivent s'approprier le système français avec ses acteurs, ses aides financières et ses modes d'accès aux soins. Des études récentes mettent en lumière un moins bon état de santé des Africains migrants par rapport à celui des Français natifs.

Objectifs : Identifier les modes de recours aux soins primaires des Africains subsahariens en France ainsi que leurs freins et leurs motivations à ce recours.

Méthode : Etude quantitative unicentrique dans le 18^{ème} arrondissement de Paris. Un auto-questionnaire a été distribué à 191 Africains au hasard dans la rue.

Résultats : 150 questionnaires ont été remplis (21,5% de refus). Il s'agit d'une population jeune (51,33% ont moins de 30 ans), majoritairement masculine (57% d'hommes) et principalement originaire de Côte d'Ivoire (28,67%) et du Cameroun (16,67%). Cette immigration primaire est motivée par le travail (28,80%), les études (22,4%) et le regroupement familial (20,80%). Près d'un quart de notre population (23%) est en France depuis moins de deux ans. Le principal mode de recours aux soins primaires est le médecin généraliste (88%) avec pour motif : la maladie (81,33%), la prévention (50%) et la gynécologie (40,63% des femmes). L'automédication est pratiquée par 60% d'entre eux. A l'opposé, le recours aux médecines traditionnelles est minoritaire : 5,33% des interrogés déclarent utiliser des plantes et 1,33% consultent un marabout. Les pathologies les plus fréquentes sont les lombalgies (28,78%), l'insomnie et le stress (27%). 57% des Africains interrogés estiment avoir des difficultés à d'accès aux soins : le manque d'argent (28%) est en le principal responsable. L'absence de recours aux soins concerne 4% de notre population.

Conclusion : Le recours aux soins primaires des Africains est orienté vers les médecins généralistes. Nombre d'entre eux, récemment immigrés, y ont moins facilement accès du fait de contraintes financières fortes et de difficultés à obtenir des aides de l'Etat auxquelles ils peuvent prétendre.

Mots clés : *Africains subsahariens, recours aux soins, soins primaires, accès aux soins.*