



HAL
open science

Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une Affection de Longue Durée lors de leur séjour en Tunisie

Sarah Braham

► **To cite this version:**

Sarah Braham. Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une Affection de Longue Durée lors de leur séjour en Tunisie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01267329

HAL Id: dumas-01267329

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01267329v1>

Submitted on 4 Feb 2016

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.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

2015

THESE

**Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge
des patients atteints d'une Affection de Longue
Durée lors de leur séjour en Tunisie**

BRAHAM Sarah

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

2015

THESE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en
Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 9 décembre 2015

Par **BRAHAM Sarah**

Née le 28 mai 1986 à Sousse (Tunisie)

Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une Affection de Longue Durée lors de leur séjour en Tunisie

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT	Président du Jury
Monsieur le Docteur Yassine KABSY	Directeur de Thèse
Monsieur le Professeur Patrice BROCKER	Assesseur
Monsieur le Professeur Gilles GARDON	Assesseur
Madame le Docteur Céline CASTA	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte MONNIER	Membre supplémentaire

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe

Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca

Anglais

Mme ROSE Patricia

Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique

Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. AMBROSETTI Damien

Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie

Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José

Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine

Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny

Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain

Bactériologie-Virologie (45.01)

M. DOYEN Jérôme

Radiothérapie (47.02)

M. FAVRE Guillaume

Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry

Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe

Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa

Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte

Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mme LEGROS Laurence

Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle

Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela

Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra

Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad

Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

M. PHILIP Patrick

Cytologie et Histologie (42.02)

Mme POMARES Christelle

Parasitologie et mycologie (45.02)

M. ROUX Christian

Rhumatologie (50.01)

M. TESTA Jean

Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention

M. TOULON Pierre

Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jacques Levraut, pour avoir accepté de présider ce jury et pour la qualité de votre enseignement aux étudiants des urgences, permettez-moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Patrice Brocker, pour avoir accepté de juger mon travail, soyez assuré de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon, pour votre implication permanente dans la formation des internes de médecine générale, je vous prie de recevoir ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Céline Casta, pour vos conseils durant la cellule qualitative, je suis très honorée que vous fassiez partie de ce jury.

A Madame le Docteur Brigitte Monnier, pour tous vos riches enseignements pendant les geasp, je suis très touchée que vous fassiez partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Yassine Kabsy, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce projet. Merci pour votre patience et votre disponibilité. Merci pour tous vos conseils et corrections.

A ma famille,

Maman, mes premières pensées sont pour toi. Merci pour tout l'amour que tu nous as apporté à mes frères et moi. Merci de nous guider sur le chemin de la vie. Merci pour ton soutien et ta confiance pendant ces longues années d'études.

Papa, toi qui m'as fait partagé depuis toujours ta passion pour la médecine. Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années. Merci de m'avoir enseigné la médecine, pas celle des livres, mais celle qui se vit.

Minou, merci pour ton grand cœur. Je suis fière de toi, mon « petit » frère, d'avoir eu le courage de tout reprendre à zéro après cette période difficile. Accroche toi et tout te sourira dans cinq ans...ou six ?

Lilous, mon geek préféré. Même si la distance nous éloigne, je serai toujours là pour toi. Je te souhaite beaucoup de bonheur, de réussite et de prospérité.

Manel, ma sœur de cœur, je suis fière que l'on puisse être là l'une pour l'autre dans les bons comme dans les mauvais moments. **Mezri**, merci pour tous tes précieux conseils. Sans oublier vos « **puces** » et leur petit grain de folie.

Mimi, merci d'être ma deuxième maman, merci pour ta patience et ta générosité sans limites. Merci aussi pour les corrections que tu m'as faites depuis toujours.

Mamie, merci pour tout l'amour que tu nous as donné. Je n'oublierai jamais toutes les carottes et pommes de terre que tu nous as offertes, ni tous les mots que tu as inventés et qui nous font toujours autant rire.

A **Jetti**, merci pour toutes les « rfissa » que tu m'as spécialement faites.

A mes **tantes et oncles paternels**, leurs **conjointes** et mes **cousines** et **cousins**, merci pour toutes vos petites attentions.

Aux grands absents, **mes grands pères** et **Pi**, vous serez toujours présents dans nos mémoires et nos cœurs.

A mon chéri,

Thomas, merci de m'aimer chaque jour et de partager ma vie. Tes projets farfelus mettent du piment dans notre vie, ne change surtout pas ! Merci pour ta joie de vivre, ta bonne humeur, ton soutien sans faille, ta cuisine savoureuse et toutes tes autres qualités, même ta manie de « politesse des rois »... Surtout ne change pas le cap de ta rose des vents, je te suivrai jusqu'au bout du monde s'il le fallait.

A ma belle-famille,

Nicole et **JP**, merci d'avoir fait de mon pirate un homme droit. Merci pour votre gentillesse à mon égard.

Momo et **Juju**, merci de m'avoir acceptée au sein de votre famille.

A mes amis

Sarroua et **Aidouda** pour avoir été présentes, depuis toujours. Votre amitié est inestimable et les bons moments incalculables. C'est toujours un plaisir de partager un petit café sur la plage.

A **Marie Christine** et **Guy**, merci de m'avoir accueillie chez vous, de m'avoir considérée comme votre fille.

Inès merci pour ton soutien durant ces hivers froids, pluvieux et interminables, cet externat sans fin, prison break et tout ce que je ne peux pas écrire ! Merci à tes parents de m'avoir hébergée et surtout à ta maman pour ses bons petits plats tunisiens.

Antoine, merci pour ton grand cœur, toutes nos soirées cinéma et notre escapade parisienne. Un grand merci à tes parents pour ce déménagement.

Salha, pour tous ces petits flacons, merci.

Chabha, Appo, Aurore, Natalia, Etienne, Sarah, Laure pour nos samedis piscine, sorties shopping, ski et autres soirées.

Jessica, merci pour ce fameux semestre et tous tes conseils médico-administratifs et autres...

Clémence, merci de m'avoir aidée à affronter ma « bête noire ».

Stéphanie, Olivier et Quentin, Christelle et Titi merci pour votre accueil chaleureux et votre aide pour cette cuisine ! Clin d'œil à **Jacco** !

Sofiane et Ju, Romé et Tanguy, Julie et Jérôme pour votre amitié.

Nelly, merci pour tous tes conseils de navigatrice et tes découvertes culinaires.

Typhaine, pour toutes ces soirées de garde, tes mésaventures qui ne peuvent arriver qu'à toi et ces fous rires, merci.

A ma **Boullleeeette**, ta compagnie est inestimable et ta malice est sans limite. T'avoir à mes côtés tous les jours est un réel délice.

A **Lana**, merci de supporter Boulette.

A **Maya**, nos chevauchées durant ces 12 dernières années sont inoubliables.

A **Aphissos**, puisse tu nous mener loin et toujours à bon port.

Aux médecins qui m'ont beaucoup appris : Dr Monnier, Dr Chan, Dr Renault, Maud, Adel, Sana, Christophe, Dr Dubayle, Yassine, Dr Amoros, Sarah, Laurianne et Lilian.

A toutes les infirmières, infirmiers, aide-soignants et kinésithérapeutes.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BPCO : Bronchopathie chronique obstructive

CMU : Couverture Médicale Universelle

CFE : Caisse des Français à l'Etranger

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRC : Insuffisance rénale chronique

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de santé

SFD : Société Francophone du Diabète

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
1. INTERETS DU THEME	17
1.1. Expérience personnelle	17
1.2. Contexte et généralités	19
2. ENJEUX DE CETTE ETUDE	21
3. QUESTIONS ET OBJECTIF	22
MATERIEL ET METHODE	23
1. CHOIX DU TYPE DE L'ENQUETE	23
2. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	25
3. RECRUTEMENT	26
4. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	27
4.1. Critères d'inclusion	27
4.2. Critères d'exclusion	27
5. RECUEIL DES DONNEES	28
5.1. Guide d'entretien	28
5.2. Déroulement de l'entretien	29
5.3. Analyse des données	30
6. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	31
RESULTATS	32
1. RESULTATS QUANTITATIFS	32
1.1. Présentation de la population	32
1.1.1. Répartition selon le sexe	32
1.1.2. Répartition selon l'âge	32
1.1.3. Répartition selon l'ALD	32
1.1.4. Répartition selon la nationalité	32
1.1.5. Répartition selon le lieu de naissance	32
1.1.6. Répartition selon le pays de résidence	32
1.1.7. Répartition selon le lieu de résidence	33
1.1.8. Répartition selon le niveau scolaire	33
1.1.9. Répartition selon le niveau socio-économique	33
1.1.10. Répartition selon le type de couverture médicale	33
1.1.11. Répartition selon la déclaration de médecin traitant	33
1.1.12. Tableau 1 : Descriptif de la population	34
1.2. Entretiens	35

1.2.1. Dates des entretiens	35
1.2.2. Lieux des entretiens	35
1.2.3. Durée des entretiens	35
2. RESULTATS QUALITATIFS	36
2.1. Tableau 2 : Grille de catégorisation des résultats	37
2.2. Obstacles liés au patient	38
2.2.1. Doute sur les compétences techniques	38
2.2.2. Doute sur les compétences humaines	39
2.2.3. Aspect financier	40
2.3. Obstacles liés à des facteurs extérieurs	41
2.3.1. Avis médical	41
2.3.2. Pression familiale	43
2.4. Schéma : Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une ALD lors de leur séjour en Tunisie	45
DISCUSSION	46
1. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	46
1.1. Manque de confiance dans les médecins tunisiens	47
1.2. Doute sur les compétences techniques médicales tunisiennes	49
1.3. Aspect financier	50
2. DISCUSSION SUR LA METHODE	51
2.1. Points forts	51
2.1.1. Méthodologie	51
2.1.2. Originalité du sujet	52
2.1.2.1. Population étudiée	52
2.1.2.2. Position du chercheur	52
2.2. Biais et limites	53
2.2.1 Perte d'information	53
2.2.2. Biais d'interprétation	53
2.2.3. Limites de l'étude	53
3. PERSPECTIVES D'APPROFONDISSEMENT	54
3.1. Système de soin français et la relation médecin/malade chronique	55
3.2. Facteurs de décompensation des patients suivis pour une ALD lors de leur séjour en Tunisie	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTRETIEN	61
SERMENT D'HIPPOCRATE	63
RESUME	

Introduction

1. Intérêts du thème

1.1. Expérience personnelle

Cette étude est née de mon expérience personnelle lors de mon stage, en tant qu'interne, aux urgences de l'hôpital St Roch à Nice.

Pendant ma première semaine, j'avais pris en charge un patient se présentant directement aux urgences après son retour de vacances à l'étranger. Il était diabétique et avait négligé une plaie au pied durant son séjour. Un mois plus tard, son état s'aggravant, sa famille avait décidé d'écourter son séjour pour revenir en France afin de le faire soigner. Malheureusement, seule l'amputation de son orteil fut proposée comme traitement devant le stade avancé de l'affection.

Cette situation s'est répétée peu de temps après.

Un autre patient, également diabétique, avait préféré revenir en France pour se faire soigner, écourtant ainsi son séjour à l'étranger. Son diabète étant fortement déséquilibré, il avait alors été hospitalisé en service d'endocrinologie à l'issue de son passage aux urgences.

Puis, ce fut le tour d'un patient insuffisant cardiaque revenant en catastrophe de vacances à l'étranger, pris en charge par le SAMU à son arrivée à l'aéroport de Nice et transféré directement en Réanimation.

Cette situation s'est reproduite à plusieurs reprises pendant les six mois où j'ai été en stage aux urgences.

Le point commun de tous ces patients atteints d'une pathologie chronique était leur retour précipité en France pour raison de santé, alors qu'ils étaient en vacances à l'étranger.

Je commençais à me poser certaines questions à leur sujet :

- Pourquoi leur pathologie chronique s'est-elle déséquilibrée ?
- Pourquoi n'ont-ils pas consulté un médecin durant leurs vacances pour se faire soigner ?
- Qu'est-ce qui les a poussés à rentrer en catastrophe, et ce, parfois, au péril de leur vie ?

La majorité de ces patients revenait du Maghreb, région d'où ils étaient originaires. Cette particularité s'explique par le fait que la population issue de l'immigration la plus nombreuse dans la région PACA est d'origine Maghrébine. Elle représente en effet 42 % de la population immigrée dans cette région selon l'Insee ¹.

Etant moi-même Franco-Tunisienne, ayant grandi en Tunisie et entourée d'une famille de médecins, je me suis naturellement tournée vers ce pays. J'ai sélectionné les patients suivis en France pour leur Affection de Longue Durée (ALD) revenant de Tunisie de façon précipitée vers Nice pour se faire soigner.

Ce choix a été d'autant plus judicieux que la population tunisienne est la population immigrante majoritaire sur les Alpes Maritimes avec 16 123 ressortissants tunisiens toujours selon l'Insee ².

1.2. Contexte et généralités

Le contexte actuel s'inscrit dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004, traduite par la mise en place de différents plans stratégiques³.

Les objectifs étant d'améliorer la santé de la population en réduisant la mortalité prématurée, de lutter contre les inégalités de la santé et de prendre en compte les déterminants de la santé dans leur globalité. Le tout s'inscrivant dans un contexte de volonté d'économie dans les dépenses liées à la santé.

La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit 100 objectifs à atteindre dans plusieurs champs appartenant au domaine de la santé publique³.

Parmi ces objectifs, je me suis intéressée à ceux concernant les ALD, maladies cardiovasculaires et métaboliques essentiellement. Ce groupe comporte les maladies cardio-vasculaires comme les cardiopathies ischémiques (objectif 69), l'insuffisance cardiaque (objectif 73), les thromboses veineuses profondes (objectif 69) et le diabète et ses complications (objectifs 54 et 55).

Ce choix est d'autant plus justifié que, selon l'INSERM, les maladies cardio-vasculaires représentent la 2^{ème} cause de mortalité en France après les cancers⁴.

Ce groupe comporte également l'insuffisance rénale chronique terminale (objectif 80). J'ai également sélectionné les pathologies respiratoires comme l'asthme (objectif 74) et la bronchopathie chronique obstructive (BPCO) (objectif 75).

Les résultats obtenus après 5 ans d'observation de réalisation des différents objectifs ont été les suivants³:

- Pour le diabète :
 - Objectif 54 : Assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par la société francophone du diabète (SFD), l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la haute autorité de santé (HAS) pour 80% des diabétiques pour 2008 : le résultat est en faveur d'une tendance favorable.

- Objectif 55 : Diminuer la fréquence et la gravité des complications du diabète notamment, cardio-vasculaire. Le résultat obtenu ne retrouve pas d'évolution favorable.

Les résultats montrent que pour le diabète, la prévalence est en augmentation. Le suivi de la maladie selon les recommandations de bonnes pratiques est peu satisfaisant. La mortalité est en augmentation chez les hommes mais ce phénomène est à nuancer par l'augmentation de la prévalence et de l'augmentation de l'âge de la population. Les complications quant à elles sont plus fréquentes et plus graves.

- Pour les maladies cardio-vasculaires :

- Objectif 69 : Obtenir une diminution de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires.

Cardiopathie ischémique : 13 % chez les hommes, 10% chez les femmes.

Thrombose veineuse profonde : 15 % pour 2008.

L'objectif est atteint.

- Objectif 73 : Diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. L'objectif est partiellement atteint.
- Objectif 80 : Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici 2008. L'objectif est globalement atteint.

Les résultats montrent que le taux standardisé de décès liés à ces maladies a diminué de 35 % entre 1990 et 2005. Cela est dû à une meilleure prise en charge et une meilleure prévention des facteurs de risques.

- les maladies respiratoires :

- Objectif 74 : Diminution de 20% des fréquences des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation pour 2008. Le résultat obtenu montre une tendance favorable.
- Objectif 75 : Diminution des limitations fonctionnelles et des activités liées à la BPCO et diminution des conséquences sur la qualité de vie. Cet objectif n'a pas été mesuré devant l'inexistence d'indicateur sur la qualité de vie.

2. Enjeux de cette étude

L'enjeu principal de cette étude est d'explorer les raisons avancées par les malades, atteints d'une ALD, les ayant poussés à ne pas consulter lors de leur séjour en Tunisie afin d'éviter l'aggravation de leur état de santé et leur retour précipité vers les services d'urgences en France.

En effet, dans le cadre d'une politique de santé prônant une meilleure prise en charge des ALD et une volonté d'économie dans les dépenses liées à la santé, il est aisé de comprendre que tous les acteurs de santé, français et étrangers, sont indispensables à la bonne prise en charge de ces patients.

Ainsi, un malade pourrait être éduqué en France et pris en charge correctement en Tunisie afin d'éviter l'apparition de décompensations et l'aggravation de sa maladie.

3. Questions et objectif

La question qui s'est posée au terme de l'analyse du contexte et de mon stage aux urgences, est la suivante :

Quels sont les obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une ALD à l'étranger, et plus particulièrement en Tunisie ?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les témoignages de ces patients qui ont fait le choix d'écourter leur séjour et de revenir, en urgence, en France, pour soigner une décompensation de leur ALD.

J'ai fait le choix de rencontrer ces patients après amélioration de leur état de santé, et de chercher à comprendre leur histoire :

- Qu'ont-ils mis en œuvre lorsqu'ils se sont rendu compte que leur état de santé s'était alors altéré pendant leur séjour en Tunisie ?
- Pourquoi n'ont-ils pas consulté les médecins sur place ?
- Quelles ont finalement été leurs motivations pour rentrer en urgence en France ?

En effet, ce n'est qu'une fois ces obstacles mis en lumière que nous pourrons réfléchir secondairement à ce qui peut être entrepris pour y remédier :

Que pouvons-nous proposer pour améliorer la prise en charge globale de ces malades chroniques lors de leur séjour en Tunisie ?

Matériel et méthode

1. Choix du type de l'enquête

La première étape de ce travail, après avoir déterminé l'objectif, a été de décider du type d'enquête ⁵ qui permettrait le mieux de recueillir et de comprendre les difficultés de la prise en charge de ces patients atteints d'une pathologie chronique de type ALD lors de leur déplacement à l'étranger et plus précisément en Tunisie.

Mon choix s'est porté sur une étude qualitative ^{6,7}.

La recherche qualitative donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage.

Elle explore des phénomènes sociaux : la signification et la représentation que les personnes attachent à leur expérience.

Elle génère des idées et hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de définir ou cerner les options liées à cette question ⁸.

Les hypothèses sont données par l'interviewé et non supposées par le chercheur : à partir d'interprétations de données principalement textuelles, le chercheur a pour objectif de comprendre les déterminants d'un phénomène.

Différents types de recherches se sont établis au cours des années, ils montrent non seulement la diversité et la richesse de la recherche qualitative mais aussi des acquis indéniables sur les plans épistémologique, théorique et méthodologique.

On retrouve donc : la phénoménologie, l'ethnographie, la théorisation ancrée, l'ethnométhodologie, l'analyse narrative et l'étude de cas ⁹.

J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Les patients ont été interrogés un par un, plutôt qu'en groupe, pour des raisons pratiques de réalisation et afin de faciliter la liberté de parole de chacun.

Les entretiens étaient semi-directifs dans le sens où l'entretien s'appuyait sur un guide composé de questions ouvertes tout en autorisant le développement d'autres idées sur le sujet non abordées de prime abord par les questions.

2. Constitution de l'échantillon

L'objectif d'une enquête qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée mais de constituer un échantillon permettant de refléter la diversité de cette population donnée ^{10, 11}.

J'ai déterminé les caractéristiques de mon échantillon grâce à plusieurs études :

Le Compte et Preissle abordent la question de la constitution de l'échantillon en le situant comme une opération stratégique, évolutive ¹².

L'échantillonnage effectué pendant l'étude traduit la volonté du chercheur de vérifier ses interprétations naissantes.

Sur cette considération, j'ai enrichi mon échantillon des caractéristiques suivantes : « catégorie socioprofessionnelle », « niveau d'éducation », « mode de vie en France » et « mode de vie en Tunisie ».

J'ai donc finalement stabilisé mon échantillon en tenant compte des caractéristiques suivantes :

- Le sexe et l'âge des participants
- La nationalité et leur lieu de naissance
- Leur catégorie socio-professionnelle
- Leur niveau d'éducation
- Leur pays de résidence principal
- Leur mode de vie en France et en Tunisie

3. Recrutement

Après avoir demandé l'autorisation du chef de service des urgences de Nice, les patients revenant de Tunisie ont été recrutés par les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) lors de leur passage aux urgences, par les médecins les ayant pris en charge ou encore, par la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de Nice.

Je leur ai en effet remis une feuille, à l'accueil, dans les différents PC médicaux et au niveau du bureau de la PASS sur laquelle apposer l'étiquette des patients inclus.

Ces derniers ont été informés de l'objectif de l'étude et étaient consentants pour être recontactés ultérieurement.

De mon côté, régulièrement, je récupérais les étiquettes puis, sur le terminal des urgences, retrouvais le diagnostic finalement retenu. Si celui-ci était en rapport avec une pathologie chronique décompensée, je recontactais les patients par téléphone, je leur réexpliquais l'objectif de l'étude puis je convenais avec les volontaires d'un rendez-vous, à leur convenance.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

4.1. Critères d'inclusion

Les patients sélectionnés sur dossier informatisé aux urgences à Saint Roch à Nice devaient être :

- Majeurs
- Consentants
- Atteints d'une pathologie ALD
- Suivis en France pour leur pathologie ALD
- Admis aux urgences après un séjour en Tunisie c'est à dire, directement après leur retour ou quelques jours après (maximum 5 jours), pour une complication de leur ALD ayant débuté en Tunisie.

4.2. Critères d'exclusion

Des critères d'exclusion ont été retenus :

- Refus de participer à l'enquête
- Patients non suivis en France pour leur pathologie ALD
- Admission aux urgences pour un autre motif qu'une décompensation de la pathologie chronique ALD ou étant survenue après leur retour de Tunisie.

5. Recueil des données

5.1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé à partir des recommandations relatives aux enquêtes qualitatives retrouvées dans l'ouvrage de Gotman et Blanchet ¹³ et celles disponibles sur le site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants.¹⁴

Je me suis également appuyée sur les questionnaires de deux autres thèses qualitatives celles des Dr Mathieu ¹⁵ et Dr Federici ¹⁶.

Une toute première version avait été présentée lors de la cellule qualitative puis modifiée à son issue pour aboutir à un guide d'entretien comprenant quinze questions ouvertes disposées en cinq parties :

- La première partie explorait la pathologie chronique de l'interviewé.
- La deuxième se concentrait sur le suivi en France.
- La troisième partie précisait la préparation du séjour.
- La quatrième partie était centrée sur le séjour en Tunisie et les facteurs ayant entraîné la décompensation.
- Enfin, la dernière partie explorait les raisons ayant motivé le retour en urgence du patient en France.

Après trois entretiens, le nombre de questions a été réduit pour respecter un ordre logique et laisser plus de parole à l'interviewé.

Avant de démarrer les entretiens, ce guide a été testé sur deux personnes de mon entourage, n'ayant aucun lien avec le monde médical, afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhension.

Les données socio-démographiques, afin de définir la population étudiée, étaient recueillies à la fin de l'entretien (Consultable en annexe 1).

5.2. Déroulement de l'entretien

J'ai choisi d'interviewer les patients dans l'endroit de leur choix (lieu de travail, domicile, lieu public ou en centre de convalescence) afin de favoriser un climat de confiance.

Pour chaque entretien, je présentais brièvement le sujet de ma thèse et expliquais le déroulement de l'interview. J'insistais sur le caractère anonyme de l'enquête afin que les participants puissent se confier sans crainte.

J'ai choisi de mener moi-même les entretiens. En effet, se confier à une compatriote me paraissait plus approprié.

Le recueil des propos personnels des patients, qui ne trouvaient parfois pas les mots en français, était facilité par le bilinguisme.

Pour mener l'interview, la communication verbale se basait sur la trame du guide d'entretien. Concernant la communication non verbale, tout aussi importante, je me suis aidée des préconisations de Vermersch sur l'entretien d'explicitation¹⁷.

Les entretiens étaient recueillis par enregistreur vocal numérique après obtention de l'accord des patients.

5.3. Analyse des données

Les patients ont été interrogés un par un et les résultats analysés au fur et à mesure des entretiens.

La saturation des données, c'est à dire à partir du moment où un nouvel entretien n'apporte plus d'éléments nouveaux, a permis de déterminer le nombre d'entretiens requis. Ils sont au nombre de sept, et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés dans le but de vérifier cette saturation.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité avec le logiciel de traitement de texte Word.

J'ai repéré chaque phrase ou partie du texte porteuse de sens pouvant répondre à la question posée. Chaque partie repérée a été codée, la reliant à une signification plus précise.

L'objectif était de dégager des éléments de conversation signifiants puis de les réorganiser en catégories.

Les catégories ont été elles-mêmes regroupées en thèmes plus généraux.

Une grille de catégorisation des résultats a ainsi été créée (Cf page 37).

6. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée avec les bases de données Pubmed avec les mots clés : « primary health », « care », « transient » et « migrant » ainsi qu'avec le moteur de recherche Google Scholar dont les mots en français étaient : « santé », « voyageurs », « migrants », « pathologie chronique », « ALD ».

Des thèses de médecine générales se rapprochant du sujet ont également été consultées par le biais de la bibliothèque inter-universitaire de santé de Paris Descartes (Paris V).

Ces recherches ont été complétées par des articles de revues retrouvées *via* Science Direct notamment la revue EMC et la Presse Médicale.

Résultats

1. Résultats quantitatifs

1.1. Présentation de la population

1.1.1. Répartition selon le sexe

Parmi les neuf patients interrogés, deux tiers étaient des hommes.

1.1.2. Répartition selon l'âge

L'âge moyen était de 52,8 ans avec des extrêmes allant de 20 à 79 ans.

1.1.3. Répartition selon l'ALD

Six patients étaient diabétiques : type I (n=2), type II (n=4), un patient était atteint d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO), un patient était atteint de la maladie de Parkinson, et le dernier d'une insuffisance rénale chronique (IRC) terminale.

1.1.4. Répartition selon la nationalité

Sept patients avaient la double nationalité. Deux étaient Tunisiens.

1.1.5. Répartition selon le lieu de naissance

Huit patients étaient nés en Tunisie. Un était né en France.

1.1.6. Répartition selon le pays de résidence

Un seul patient résidait régulièrement en Tunisie. Les autres (n=8) résidaient en France.

1.1.7. Répartition selon le lieu de résidence

La majorité des patients vivaient en ville aussi bien en France (n=7) qu'en Tunisie (n=6). En France, tous les patients (n=9) résidaient à Nice ou dans ses environs.

En Tunisie, cinq patients séjournèrent à Tunis ou dans sa banlieue (Carthage, La Marsa), deux patients venaient du sud tunisien (Gabès, Djerba), un patient vivait sur la côte au centre (K'sibet Sousse) et un autre provenait de l'intérieur des terres du centre tunisien.

1.1.8. Répartition selon le niveau scolaire

Concernant leur niveau scolaire : trois n'avaient pas le baccalauréat, un le niveau baccalauréat, deux avaient un niveau Bac+2/3. Deux patients avaient un niveau Bac+5/6. Un patient était en première année de faculté.

1.1.9. Répartition selon le niveau socio-économique

Pour ce qui était de leur niveau socio-professionnels, il y avait deux patients chefs d'entreprise, un cadre administratif, un pharmacien, une étudiante en lettres, deux ouvriers dont un encore en activité et l'autre à la retraite, deux patients sans emplois dont un réfugié politique.

1.1.10. Répartition selon le type de couverture médicale

Tous les patients étaient affiliés à la sécurité sociale. Six bénéficiaient du régime général, un patient avait la couverture médicale universelle (CMU), un l'aide médicale d'Etat (AME) et le dernier était affilié à la caisse des français à l'étranger (CFE).

1.1.11. Répartition selon la déclaration de médecin traitant

Enfin, huit patients ont déclaré un médecin traitant en France.

1.1.12. Tableau 1 : Descriptif de la population

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme	
Age	71 ans	51 ans	58 ans	40 ans	58 ans	42 ans	56 ans	20 ans	79 ans	
Pathologie ALD	Diabète II	Diabète II	Diabète II	Diabète I	Diabète I	Diabète II	Maladie parkinson	IRC terminale	BPCO	
Nationalité	Franco Tunisienne	Tunisienne	Franco Tunisienne	Franco tunisien	Franco tunisien	Franco tunisien	Franco tunisien	Tunisienne	Franco tunisien	
Pays de Naissance	Tunisie	Tunisie	Tunisie	Tunisie	Tunisie	France	Tunisie	Tunisie	Tunisie	
Pays de Résidence principale	France	France	France	France	France	France	Tunisie	France	France	
Lieu de résidence	France	Ville Bastia	Village, alentours de Menton	Ville Nice	Ville Nice	Ville Nice	Ville Falicon	Ville Nice	Ville Nice	Ville Nice
	Tunisie	Ville Tunis	Village, centre de la Tunisie	Ville Gabès Sud	Ville Tunis	Ville Carthage Nord	Ville La marsa Nord	Ville Carthage Nord	Village K'sibet Soussse Centre sur la côte	Village Djerba Ile Sud
Niveau Scolaire	Année du Bac	BAC + 3	Arrêt a 16 ans	Bac + 2	Année du Bac	Bac + 5	Bac + 6	Bac + 1	Arrêt à 12 ans	
Catégorie socio professionnelle	Chef d'entreprise	Réfugié politique (ancien inspecteur gendarmerie)	Sans emplois	Cadre administratif	Ouvrier	Chef d'entreprise	Libéral Pharmacien	Etudiant en lettre	Ouvrier retraité	
Régime de sécurité sociale	Régime général	AME	Régime général	Régime général	Régime général	Régime général	CFE	CMU	Régime général	
Médecin traitant déclaré en France	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	

1.2. Entretiens

1.2.1. Dates des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 10 février et le 31 août 2015.

1.2.2. Lieux des entretiens

Les lieux où se déroulaient les entretiens étaient différents et se répartissaient comme tels :

- dans un centre de convalescence cardiologique (n=1)
- au domicile du patient (n=3)
- au café (n=1)
- au téléphone, les patients étant en Tunisie (n=2)
- sur le lieu de travail des patients (n=2)

1.2.3. Durée des entretiens

Concernant la durée des entretiens, le plus court a duré vingt-deux minutes et le plus long cinquante-trois minutes soit une médiane de trente-sept minutes.

2. Résultats qualitatifs

Lors de mes gardes aux urgences et lorsque j'étais confrontée aux patients revenant de Tunisie et atteints d'une ALD décompensée, mon idée préconçue était que ces patients n'avaient pas consulté en Tunisie et étaient revenus spécialement pour leurs soins, lorsque leur état de santé devenait préoccupant.

Les résultats de cette étude montrent que le phénomène est bien plus complexe.

En effet, d'après cette étude, il ressort que les patients consultent dans un premier temps un médecin en Tunisie (n=6). Il s'agit soit d'un médecin en ville (n= 5) et/ou en institution médicale (clinique ou hôpital) (n=4).

Ce n'est que dans un deuxième temps que des freins apparaissent dans leur prise en charge, lorsque celle-ci devient plus « lourde » :

- sur le plan médical (n= 4) : hospitalisation pour amputation (n=1), pour revascularisation coronarienne (n=1), pour réadaptation des traitements devant une altération de l'état général (n=2)
- sur le plan financier (n=3)

Ces obstacles se composent de plusieurs facteurs présentés en deux grandes parties :

- Obstacles liés au patient
- Obstacles liés à des facteurs extérieurs

Le tableau 2 permet d'aborder la vision globale des résultats (page 37).

Le schéma montre l'interconnexion des différents éléments (page 45).

Les paroles de patients interrogés sont indiquées en italique.

2.1. Tableau 2 : Grille de catégorisation des résultats

Thèmes Généraux	Catégories	Sous-catégories
Facteurs intrinsèques	Doute sur les compétences techniques médicales tunisienne	Manque de moyens en Tunisie
		Techniques en France supérieures
	Doute sur les compétences humaines tunisiennes	Demande d'un second avis médical en France
		Sentiments de peur, inquiétude vis a vis de sa santé
		Manque/ absence de confiance
	Aspect financier	Coûts des soins en Tunisie
		Absence de remboursement
Facteurs extrinsèques	Avis médical	Conseil médical tunisien ou français
		Suivi de traitements initiés en France
	Pression de la famille	Absence de confiance dans le corps médical
		Aspect financier/remboursement
		Famille présente en France Patient isolé en Tunisie Conseils de la famille

2.2. Obstacles liés aux patients

En dehors de deux patients qui ont « *été forcés à rentrer pour se faire soigner* », les sept autres sont revenus en France de leur propre gré.

Leurs motivations, souvent étayées par plusieurs raisons peuvent se répartir en trois parties.

2.2.1. Doutes sur les compétences techniques

Trois patients interrogés ont émis des doutes quant aux compétences techniques des médecins tunisiens.

En effet, ces patients pointent « *un manque de moyens* », le fait que les médecins tunisiens « *ne sont pas bien équipés* », ou encore, « *moins bien équipés* » que leur homologues français : « *En toute honnêteté, les médecins m'ont très bien pris en charge mais ils manquent de moyens...* »

Deux patients, avancent le fait que les compétences techniques françaises sont « *supérieures* » aux compétences tunisiennes : qu'en « *France, il existe d'autres traitements nouveaux, d'autres techniques plus développées* », « *C'est mieux en France* ».

Un patient reconnaît que la Tunisie est « *actuellement dotée des compétences techniques* » mais, dans son cas, il estime que les médecins tunisiens ne « *sont pas compétents pour son suivi* » puisque son traitement, innovateur à l'époque, avait été mis en place en France : il s'agit d'un stimulateur cérébral. Le modèle de son dispositif n'étant pas celui utilisé en Tunisie, il préfère donc se faire suivre en France.

Deux patients, au contraire jugent les soins comparables dans les deux pays : « *Les soins, là-bas, franchement, ils étaient comme en France.* », « *En Tunisie, j'étais très bien pris en charge.* », « *en Tunisie, j'ai été très bien soigné.* »

2.2.2. Doutes sur les compétences humaines

Le doute sur les compétences techniques des médecins tunisiens accentue le manque de confiance que certains patients interrogés ressentent (n=2). En effet, ce manque de confiance se retrouve aussi bien dans les médecins que dans les soins ou dans les techniques, ce qui limite considérablement la prise en charge de ces patients : *« je n'ai pas confiance », « Et je ne savais plus qui croire », « J'ai refusé. Je n'avais pas confiance en eux. Je leur ai dit qu'ils se trompaient ».*

Ce sentiment ne s'adresse en général pas à l'encontre du médecin traitant en Tunisie lorsque celui-ci est régulièrement consulté mais contre les institutions type cliniques privées ou encore l'hôpital. Il s'appuie aussi sur des expériences négatives passées : *« Ma seule hospitalisation c'était pour l'appendicite. C'est tout et ça s'était mal passé... c'est pour ça que je ne leur fais pas confiance... »*

Ce manque de confiance, se manifeste chez deux patients par la recherche d'un second avis en France. Ce phénomène est amplifié par la peur que les patients ressentent : *« Ça me faisait vraiment peur », « j'avais vraiment très peur pour ma jambe !!!! ». «J'étais mort d'inquiétude »*

2.2.3. Aspect financier

Le dernier argument avancé par les patients concernant les obstacles de leur prise en charge en Tunisie est l'aspect financier.

Trois patients mettent en avant le montant qui leur a été demandé. Des tarifs qu'ils jugent « *trop élevés* ». Mais au-delà du montant qui leur a été appliqué, les trois pointent l'absence de remboursement :

« Les soins coûtaient cher, sans remboursement possible », « Mais les cliniques privées c'est trop cher !!!! Rien que la matinée chez le cardiologue avec les examens, j'ai dû payer 400 DT (environs 200 euros) de ma poche ! Et là-bas, je ne suis pas remboursé... contrairement à la France. », « Les soins, là-bas, franchement, ils étaient comme en France. Mais je paye de ma poche. Je ne sais pas combien. C'est mon fils qui a payé. », « Ils voulaient m'opérer pour me "déboucher" les vaisseaux du cœur. Je leur ai expliqué que c'était trop cher pour moi... Ils m'ont expliqué les risques mais j'ai préféré rentrer. », « Ils me proposent de m'hospitaliser mais je refuse car, ça coûterait beaucoup trop cher ». « A Tunis, les médecins m'avaient expliqué que je devais être hospitalisée mais j'avais refusé pour deux raisons. La première était parce que les soins coûtaient cher, sans remboursement possible et la deuxième à cause du mariage (d'un parent) »

A contrario, certains patients (n=2) s'accordent à dire que le prix des médicaments ou des soins, rapporté en euro, reste inférieur à celui appliqué en France :

« Maintenant, j'achète toujours mes médicaments là-bas (en Tunisie), quand j'y retourne ou quand c'est mon fils qui y va, ça coûte moins cher et ils me conviennent très bien... les gens ici, pensent que les médicaments sont moins efficaces là-bas, mais c'est complètement faux ! Ils sont juste moins chers. », « C'est pareil en France sauf que les médicaments coûtent un peu plus cher. Donc, en général, ce que je fais c'est aller voir le médecin en France pour un contrôle et le renouvellement de mon ordonnance et j'achète mes médicaments en Tunisie quand j'y vais. Quand c'est mon épouse qui vient ou que ma famille voyage, c'est eux qui me ramènent les médicaments »

2.3. Obstacles liés à des facteurs extérieurs

Cette étude met en évidence l'existence de facteurs exogènes, motivant le patient à se faire soigner en France avec parfois, la précipitation de son retour.

Il s'agit d'un avis médical ou de la pression exercée par la famille.

2.3.1. Avis médical

Concernant les patients interrogés qui ont consulté en Tunisie, un patient s'est vu conseiller un retour « rapide » en France par les médecins qui l'ont examiné :

« Ils m'ont conseillé de repartir en France pour être mieux soigné car là-bas, ils ont des techniques qui pourraient me sauver le pied : des techniques plus développées, des nouveaux traitements, qu'ils m'ont dit. Ils m'ont donné tous les examens et m'ont fait une lettre pour le médecin en France », « C'est même eux qui m'ont conseillé de partir me faire soigner en France en me disant qu'ils avaient plus de moyens et qu'avec un peu de chance, ils me sauveraient le pied. C'est simple, ils m'ont dit que si je restais en Tunisie, à la vue des moyens qu'ils ont, ils me couperaient l'orteil, sans plus de discussion, et que selon l'évolution, je risquais de perdre le pied. »

Un patient, sur avis médical tunisien a rejoint Nice pour des soins spécifiques via les urgences :

« Mon neurologue en Tunisie suspectait une panne du dispositif. Il a immédiatement contacté son homologue français. Malheureusement, il ne pouvait pas me recevoir pour le moment (...) j'ai donc appelé le service de neurologie sur Nice et on m'a conseillé de passer par les urgences »

Deux patients, au contraire, ont eu un séjour en Tunisie sans incident médical notable et ont présenté un malaise à leur retour, dans l'avion ou dans l'aéroport, justifiant un avis médical de la part du médecin de l'aéroport sur Nice et un transfert directement aux urgences à saint Roch :

« Ça allait mieux mais des agents de sécurité m'ont vu et ils m'ont amené au médecin de l'aéroport et c'est lui qui a appelé les pompiers pour m'emmener aux urgences. Il avait trouvé une tension trop haute... Je n'ai pas eu le choix... », « A mon arrivée, dans la file d'attente du contrôle de police, j'ai eu un malaise avec perte de connaissance. A priori,

ça a duré quelques minutes. Quand je me suis réveillée, les pompiers étaient présents, de même que le médecin de l'aéroport. Je leur ai expliqué mes problèmes de santé et leur ai dit que j'étais attendue à l'hôpital de jour en néphrologie pour une dialyse. Ils n'ont rien voulu comprendre ni entendre et m'ont transportée aux urgences. »

Un des patients interrogés, à son retour en France a consulté son médecin traitant qui l'a directement adressé aux urgences :

« je suis rentré sur Nice. Le lendemain, je suis allé au laboratoire puis au médecin traitant. En voyant mes résultats et surtout, mon état de santé, il m'a envoyé à St Roch. »

2.3.2. Pression familiale

Enfin, un dernier facteur freine la prise en charge des patients suivis en France lors de leur séjour en Tunisie. Il s'agit de l'entourage familial :

« Mon mari décide alors de me ramener sur Nice. Moi, je ne voulais pas tellement écourter mes vacances.... Je lui ai proposé d'aller voir mon médecin pour adapter les doses mais il ne m'a pas laissé le choix. », « Mon mari a décidé qu'il était temps pour moi de me faire hospitaliser sur Nice. », « Ma famille a eu peur et ils m'ont obligé à rentrer à Nice. », « Ma sœur (...) m'a conseillé de venir en France ». (n=3)

Les raisons, a priori avancées par les membres de leur familles, rejoignent les arguments avancés par les patients : manque de confiance dans les médecins, dans les soins, ou encore des motivations financières :

« C'est mon fils qui a payé. Je pense que c'est à cause de ça qu'il a préféré que je rentre en France. »

Deux patients, en revanche, rapportent la volonté de leurs parents de les faire examiner par un spécialiste ou de bénéficier de soins auxquels ils n'ont pas eu droit en Tunisie :

« Mais aussi, en France, mon fils a demandé que je voie un médecin pour la tête. Un psychiatre je crois ? (...) Il l'avait demandé en Tunisie mais les médecins ont dit que j'allais bien. Je pense que peut être, il voulait que je voie un psychiatre quand même. » « Ma sœur m'a conseillé de venir en France. Elle m'a dit qu'il y a plus de monde, donc plus de greffons possibles »

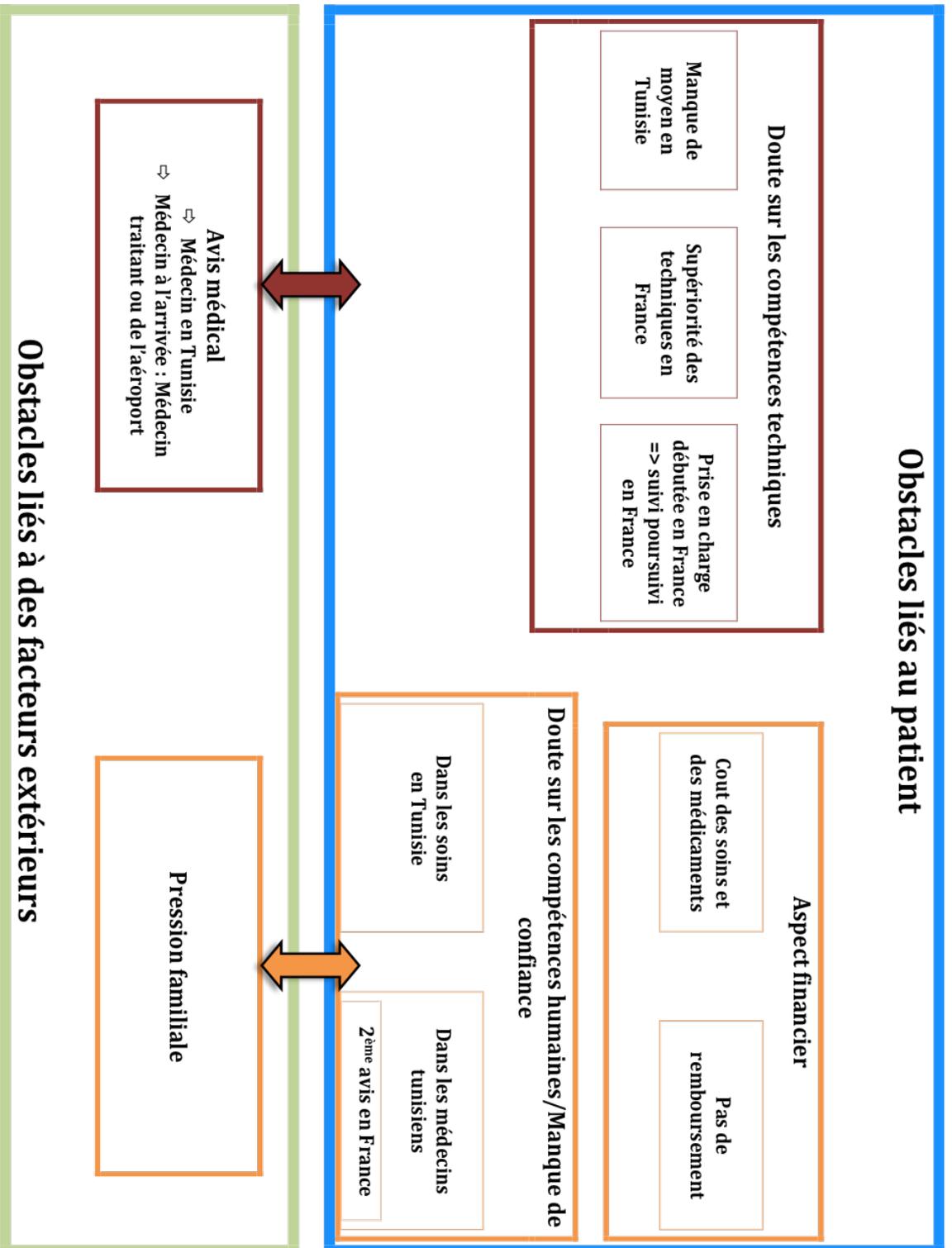
Enfin, un patient interrogé a manifesté son désir, personnel, de se faire soigner en France car son entourage familial est en France :

« Ici (à Nice), je suis chez moi. J'ai toute ma famille. »

Deux patients ont fait le choix de venir en France à cause d'un changement de vie ou de statut, encouragés par leur famille :

« En plus, je souhaitais poursuivre mes études... pas longues. Des études de Français », « Après la révolution (en Tunisie), j'ai reçu des menaces de mort... je suis donc parti en Italie puis j'ai fini en France (...) Mon fils m'héberge en France »

2.4. Schéma : Obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients atteints d'une ALD lors de leur séjour en Tunisie



Discussion

1. Analyse des principaux résultats

Cette étude a mis en lumière les obstacles médico-sociaux dans la prise en charge des patients ALD lors de leur séjour en Tunisie.

Parmi ces résultats, les obstacles principaux retrouvés sont le manque de confiance aussi bien dans les compétences techniques tunisiennes que dans les médecins.

L'autre obstacle majeur est l'aspect financier, et plus particulièrement, l'absence de remboursement.

1.1. Manque de confiance dans les médecins tunisiens

Le manque de confiance dans les médecins tunisiens apparaît comme l'obstacle principal dans la prise en charge de ces patients.

Contrairement aux a priori des patients interrogés, les études médicales en Tunisie sont quasi similaires à celles de France ^{18, 19}.

En effet, après une sélection sur les résultats obtenus au baccalauréat, les étudiants sont admis à poursuivre un cursus médical. Les études sont divisées en plusieurs cycles, comme en France.

Le passage d'une année à l'autre est soumis à la validation d'examens écrits et de stages hospitaliers.

- Le premier cycle comporte deux années d'enseignement théorique (anatomie, physiologie, biochimie, biophysique etc...) et de formation pratique (stages infirmiers puis médicaux).
- Le deuxième cycle se compose en cinq années :
 - Trois premières années de formation théorique (séméiologie, pharmacologie, étude des différentes pathologies d'organes...) accompagnées de stages hospitaliers.
 - Deux années d'« internat » où la formation pratique est mise en avant avec des stages hospitaliers imposés.
 - Au terme de ces cinq années, l'interne obtient le titre de médecin généraliste.
 - Un concours classant pour une spécialisation est proposé à la fin de la première année d'internat : le « résidanat ».
- Le troisième cycle ou résidanat, permet donc au résident une spécialisation. Le début de la formation se déroule en Tunisie, puis, selon les souhaits du résident, une partie de la formation à l'étranger est possible, le plus souvent en France.

- La thèse permettant l'accès au statut de docteur peut se tenir à partir de la 1^{ère} année d'internat et avant une éventuelle formation à l'étranger.

A noter que depuis 2011, une réforme a été instaurée afin d'aligner les diplômes tunisiens aux standards internationaux en rendant obligatoire le troisième cycle pour les médecins généralistes ²⁰.

1.2. Doute sur les compétences techniques médicales tunisiennes

Parallèlement à cela, les compétences techniques sont remises en question par certains des interrogés par ignorance du système de santé ou juste par manque de confiance.

Nous constatons néanmoins que les patients qui mettent en avant cet obstacle sont issus du sud de la Tunisie ou du centre de la Tunisie, ce qui laisserait supposer l'existence d'un gradient Nord/Sud dans la démographie médicale. Cependant, cet argument est également repris par un patient venant de la banlieue de Tunis.

Selon les données démographiques médicales éditées, en novembre 2014, et reprenant les chiffres clés de 2013, par le Ministère de la Santé ²⁰ nous retrouvons ce gradient Est/Ouest et Nord/Sud avec une sous dotation médicale des régions de l'ouest et du sud de la Tunisie : déficit en médecins généralistes et spécialistes aussi bien dans le domaine privé que public ainsi qu'un déficit en structures de santé.

Paradoxalement à ce résultat, la Tunisie promeut un tourisme médical concernant essentiellement la chirurgie esthétique, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la chirurgie cardiovasculaire ou encore la médecine dentaire, en mettant en avant des services de santé, la modernité de ses infrastructures et les compétences humaines ²¹ le tout à bas prix. Divers sites internet y sont consacrés jouant le rôle de véritables agences de voyage ²².

1.3. Aspect financier

Le dernier aspect qui freine la prise en charge des patients en Tunisie est le coût des soins. Il ressort de l'analyse des données que l'absence de remboursement est l'argument le plus avancé par les patients interrogés.

Or, il existe des accords de sécurité sociale entre la France et la Tunisie permettant aux différents ressortissants de bénéficier d'une prise en charge par la caisse d'assurance maladie dont ils dépendent lorsqu'ils sont soignés dans le pays d'accueil pour le séjour temporaire (jusqu'à trois mois, renouvelable une fois).

Ces accords sont explicités par le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) ²³.

Le remboursement, repris par l'article 32 de cette convention, s'effectue sur « la base des dépenses réelles supportées par l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour qui les a engagées telles qu'elles résultent du « relevé individuel de dépenses effectives » (formulaire SE 351-21) que cette institution présente » ²³.

Cette méconnaissance, qui est finalement un obstacle à la prise en charge des patients suivis en France lorsqu'ils sont en Tunisie, est un facteur modifiable afin d'améliorer la prise en charge de cette population.

En effet, le site de l'assurance maladie²⁴ publie régulièrement des informations à ce sujet, aussi bien adressées aux médecins qu'aux patients.

Le patient est donc invité à se renseigner avant son départ en contactant directement la caisse d'assurance maladie dont il dépend²⁵.

Selon la destination et le motif du séjour, plusieurs prises en charges sont proposées. Dans le cas de notre étude, le site de l'assurance maladie délivre les informations pratiques nécessaires ²⁶.

2. Discussion sur la méthode

2.1. Points forts

2.1.1. Méthodologie

La recherche qualitative est encore peu utilisée en médecine. Elle est exigeante et chronophage. Cette méthode est pourtant bien adaptée à la recherche en soins primaires pour plusieurs raisons. En effet, c'est une méthode :

- Qui demande un travail important par la réalisation d'entretiens, leur retranscription et l'analyse du corpus.
- Qui est un travail enrichissant car permettant une interaction et un échange avec la population étudiée.
- Qui permet d'explorer un phénomène subjectif comme les motivations individuelles freinant une prise en charge médicale.

Les entretiens individuels ont permis de comprendre plus profondément les obstacles dans la prise en charge médico-sociale des patients lors de leur séjour en Tunisie.

2.1.2 Originalité du sujet

2.1.2.1. Population étudiée

Au cours des recherches bibliographiques, nous avons noté que les recherches faites sur cette population de patients sont peu nombreuses voire inexistantes. Peu d'études ont été retrouvées donnant la parole aux malades bien que ce type d'enquête soit en progression. En effet, le vécu des patients n'est pas toujours facile à aborder mais il semble nécessaire d'y avoir accès afin d'améliorer leur prise en charge globale.

La durée des entretiens et les stratégies de relances de la discussion mises en œuvres, ont permis d'obtenir une grande qualité d'information ce qui nous a permis d'aboutir rapidement à une saturation des données au bout de sept interrogatoires. Les deux derniers entretiens ont été réalisés afin de conforter les résultats.

2.1.2.2. Position du chercheur

Le fait de me présenter comme un médecin tunisien étudiant en France a été important pour mieux cerner les raisons avancées par ces patients pour refuser une prise en charge médicale en Tunisie. La compréhension de la langue ainsi que sa pratique courante m'a permis de bien appréhender les subtilités avancées par les patients qui avaient du mal à s'exprimer dans la langue de Molière. De plus, cela a permis de créer une relation de confiance et d'obtenir des témoignages authentiques et originaux.

2.2. Biais et limites

2.2.1. Perte d'information

Cette étude représentait ma première expérience d'entretiens semi-dirigés. Une personne plus expérimentée aurait probablement recueilli d'avantage d'informations.

Bien que m'étant documentée sur le sujet et les méthodes de communications requises pour les études qualitatives, certaines questions n'étaient pas assez ouvertes.

2.2.2. Biais d'interprétation

Bien que parlant couramment le tunisien, certaines subtilités ont malheureusement été perdues lors des traductions que j'ai moi-même faites. Afin de diminuer au maximum ce biais, les enregistrements étaient réécoutés par un enseignant de la langue arabe qui a corrigé ma retranscription en cas de besoin.

2.2.3. Limites de l'étude

L'échantillon est faible mais le but de l'enquête n'était ni de quantifier une donnée ni de caractériser une population précise. Les résultats ne sauraient être statistiquement représentatifs de cette population étudiée.

Cependant, l'objectif de cette étude était de recueillir des motivations ou les arguments avancés par les patients expliquant leur refus de prise en charge en Tunisie, pays d'où ils sont originaires pour la plupart d'entre eux.

3. Perspectives d'approfondissement

Sur les attentes de certains patients interrogés, il me semble nécessaire d'extraire de cette thèse un questionnaire afin d'explorer les questions suivantes :

- leur vision du système de soins français : le rapport avec leur médecin traitant et spécifiquement avant le voyage à l'étranger.
- les causes de leurs décompensations à l'étranger.

3.1. Système de soins français et la relation médecin/malade chronique.

En effet, après certains entretiens, il m'est apparu que certains patients, atteints d'une pathologie chronique, consultent leur médecin traitant sans réellement d'échanges d'informations, de conseils ou encore d'écoute entre le médecin et les malades.

Certains avancent même une absence de confiance entre eux.

Devant ce constat, on peut être amené à se demander :

- D'une part : comment un patient peut-il être correctement pris en charge sans conseils pratiques de la part du médecin sur les risques de décompensations de sa maladie, les conduites à tenir devant une décompensation à l'étranger, les ressources mises à sa disposition (sites internet, assurances etc...) ?
Comment se déroulent les consultations avant un séjour à l'étranger pour les patients atteints d'une maladie chronique ?

- D'autre part de manière globale : comment le médecin est-il perçu par les patients ? Médecin se préoccupant de leur santé ou simple prestataire de service avec délivrance automatisée d'ordonnance et de conseils standardisés ?
Quelles sont les attentes du patient vis à vis de son médecin traitant ?

Une consultation médicale, entièrement dédiée à cette éducation, avant le voyage du patient à l'étranger, me semble indispensable.

3.2. Facteurs de décompensation des patients suivis pour une ALD lors de leur séjour en Tunisie.

Au cours de nos entretiens, les patients interrogés attribuent leur décompensation à plusieurs facteurs :

- Les facteurs qui ne leur sont pas imputables : comme une maladie intercurrente ou un accident domestique.
- Les facteurs qui leur sont directement imputables : comme les écarts de régime ou les ruptures médicamenteuses.

Le faible échantillon de cette étude ne permet pas de répondre à cette question problématique de façon précise.

Pour une meilleure prise en charge de ces patients, identifier l'ensemble des facteurs de décompensations, qu'ils admettent leur être imputables directement, permettrait de mieux les prévenir et ainsi éviter leur survenue.

Conclusion

La prise en charge de patients atteints d'une ALD est un exercice courant en médecine générale. Une difficulté spécifique apparaît pour ces derniers qui voyagent et séjournent régulièrement à l'étranger.

Notre étude a permis d'analyser les obstacles médico-sociaux à la prise en charge des patients atteints d'une ALD lors de leur séjour en Tunisie.

Les obstacles avancés sont de plusieurs ordres :

- Personnels comme le manque de confiance ou le doute sur les compétences techniques tunisiennes.
- Médicaux sur conseil médical tunisien, pour un second avis ou encore pour des compétences techniques poussées
- Sociaux avec l'argument financier, mis en avant, et notamment, l'absence de remboursement, par méconnaissance des systèmes de santé malgré l'existence d'accords entre les deux pays.

Il en ressort également que le recours au médecin généraliste en Tunisie ne représente pas un frein à cette prise en charge.

En revanche, les réticences apparaissent lorsque les soins deviennent plus importants : traitement chirurgical, revascularisation coronarienne ou encore lorsque le patient doit être hospitalisé.

La connaissance de ces obstacles et l'information des patients sur les possibilités de prises en charge en Tunisie, ainsi que leur remboursement à leur retour, peuvent diminuer leur appréhension et faciliter leur prise en charge globale lors de leur séjour.

D'autres études pourraient être entreprises sur les facteurs de décompensation imputables au patient et les moyens de les prévenir pour permettre de mieux prendre en charge ce type de population, avant et pendant leur séjour à l'étranger.

Bibliographie

1. INSEE. Un habitant de Paca sur dix est un immigré. [en ligne]. (page consultée le le 29/03/2014). < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19096 >
2. INSEE. Population selon la nationalité au 1er Janvier 2010. [en ligne]. (page consultée le 29/03/2014). < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=5&ref_id=poptc02501 >
3. Objectifs de santé publique . Evaluation des objectifs de la loi du 9 aout 2004. [en ligne]. (page consultée le 29/03/2014). Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publicque_-_Objectifs_de_sante_publicque.pdf
4. INSERM. Principales causes de mortalité en France. [en ligne]. (page consultée le 29/03/2014). Disponible sur : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/la-mortalite-en-france-a-diminue-de-14-entre-2000-et-2008>
5. Maisonnneuve P. Guide pratique du thésard. L&C. 6ème édition.
6. Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008. 19(84) : 142-145.
7. Touboul P. Présentation de la recherche qualitative [internet]. 2011 [cité 4 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53
8. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [internet]. 2006 [cité 5 novembre 2014]. Disponible sur : <http://ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php>
9. Anadon M. La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. 2006 ; 26(1):5-31 ;
10. Mays N, Pope C. Rigour and aualitative research. BMJ. 1995. Jul8;311(6997) :109-12.
11. Barbour R. Checklists for improving rigour in qualitative research. BMJ. 2001. May 5 ;322(7294) :1115-7.

12. Lecompte M.D, Preissle J. Ethnography and qualitative design in educational research. San Diego. 1993.
13. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition. Armand Colin. 2013.
14. Site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants.. [en ligne]. (page consultée le 29/03/2014). Disponible sur :
<http://www.nice.cnge.fr/recherche.php3?x=0&y=0&recherche=guide+d%27entretien+%E9tude+qualitatives>
15. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université de Lille II. 2011.
16. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. [Thèse d'exercice]. Université Paris VI. 2013.
17. Vermersch P. L'entretien d'explicitation. 3^{ème} édition. ESF éditeur. 2000.
18. Site officiel du ministère de la santé Tunisien. [en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur :
http://www.sante.tn/fr/index.php?searchword=formation+medecine&ordering=newest&searchphrase=exact&option=com_search
19. Site de la Faculté de médecine de Tunis. [en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur : <http://www.fmt.rnu.tn/index.php?code=11>
20. Démographie médicale, des pharmaciens et du personnel soignant. Les chiffres clés-année 2013. [en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur :
<http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/demosante133.pdf>
21. Le tourisme médical : un enjeu stratégique pour la Tunisie. L. Boumediene. [en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur : http://www.iace.tn/wp-content/uploads/2013/05/jes2012_tourisme_medical.pdf
22. ESTETIKATOUR, le tourisme médical en Tunisie. [en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur :
http://www.estetikatour.com/tourisme_medical_tunisie.shtml
23. CLEISS, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. Accords de sécurité sociale entre la France et la Tunisie.[en ligne]. (page consultée le 06/07/2015). Disponible sur : http://www.cleiss.fr/pdf/conv_tunisie.pdf
24. L'assurance Maladie. Site internet : <http://www.ameli.fr>

25. L'assurance maladie. A l'étranger. [en ligne]. (page consultée le 06/09/2015).

Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/a-l-etranger/>

26. L'assurance maladie. Vous partez en vacances en dehors de l'Europe. [en ligne].

(page consultée le 06/09/2015). Disponible sur :

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/a-l-etranger/vous-partez-en-vacances-a-l-etranger/vous-partez-en-vacances-en-dehors-de-l-europe.php>

Annexe 1 : Canevas d'entretien

I. La pathologie ALD

1. Quelle est elle ?
2. Depuis combien de temps êtes vous malade ?
3. Que savez-vous sur elle ?
4. Quelle(s) modification (s)/contrainte(s) vous impose t-elle au quotidien ?
5. Comment vivez-vous avec votre pathologie ?

II. Le suivi en France

1. Que pensez-vous de votre prise en charge en France ?
2. Quelles informations recevez-vous de la part de votre médecin traitant ? (facteurs de décompensation ? utilité des médicaments ? rappel des RHD ? documents écrits ?...)
3. Comment sont prises en charge vos décompensations? (Recours au MT, au SAU ? Hospitalisation ?)

III. Préparation du séjour

1. Comment avez-vous préparé votre voyage ? (Prévu depuis ? imprévu ? Assurances voyage (spéciale, via celle de la CB ou auto), Consultation dédiée : CR d'examens ? Ordonnances de médicaments ?)
2. Quels conseils avez-vous reçu de la part de votre médecin traitant avant votre départ ? (Conduite à tenir en cas de rupture de traitements ? en cas de décompensation en Tunisie ? Remise de documents écrits ?)

IV. Le séjour et la décompensation

1. A quoi attribuez vous votre décompensation ? (Ecart de régime ? Rupture de traitement ? Maladie intercurrente ?)
2. Qu'avez-vous fait en Tunisie (Consultation médecin généraliste/SAU ... ?)
3. Pourquoi ne pas avoir consulté en Tunisie aux premiers symptômes ?

V. Le retour

1. Qu'est-ce qui vous a finalement poussé à revenir en France ?
2. Pour quelle(s) raison(s) avez vous préféré venir vous faire soigner en France ?

VI. Caractéristiques de l'échantillon

Age :

Sexe :

Nationalité :

Lieu de naissance :

Pays de résidence :

Catégorie socio-professionnelle :

Niveau d'éducation :

Régime de sécurité sociale : sécurité sociale, CMU, AME ...

Lieu de résidence en France : Ville ? Village ?

Lieu de résidence en Tunisie : Ville ? Village ?

Déclaration de médecin traitant en France ? En Tunisie ?

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous l'emprise de la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

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

Résumé

Introduction

La prise en charge des malades atteints d'une pathologie chronique de type Affection de Longue Durée (ALD) est un exercice fréquent en médecine générale.

Notre région comporte une population importante issue de l'immigration, amenée à voyager et à séjourner dans d'autres pays de façon régulière et parfois prolongée.

Mon travail a été motivé par le constat d'admissions fréquentes aux urgences de ces patients pour décompensation de leur pathologie chronique à l'issue de leur séjour à l'étranger.

L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs limitant la prise en charge des patients atteints d'une ALD lors de leur séjour à l'étranger, et plus particulièrement en Tunisie.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients atteints d'une ALD, suivie en France, et ayant été admis aux urgences de Nice après un séjour en Tunisie. Le guide d'entretien composé de questions ouvertes a été élaboré à partir de différentes études sur des populations migrantes. L'analyse de leur récit a été réalisée par codage axial des verbatim.

Résultats

Neuf patients ont été interrogés entre le 10 février et le 31 août 2015.

Les résultats montrent que les patients consultent, en premier recours, un médecin généraliste en Tunisie sans réticences.

Les obstacles à leur prise en charge apparaissent, lorsque les soins deviennent plus lourds sur le plan médical (hospitalisation, intervention chirurgicale par exemple) ou sur le plan financier, en pointant l'absence de remboursement.

Les patients mettent également en avant le manque de confiance dans le système de santé tunisien.

Enfin, certains patients, sur avis médical ou devant la pression de leur famille, reviennent en France pour la suite de leur prise en charge.

Conclusion

La prise en charge globale de patients atteints d'une ALD et séjournant régulièrement à l'étranger, peut être améliorée, en comprenant les freins à une prise en charge adéquate dans les pays visités.

Mots clés : recherche qualitative ; soins primaires ; ALD ; système de santé ; Tunisie ; migrants ; voyageurs.