



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Année : 2015

N°45

**LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN
PICARDIE: DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 05 juin 2015 à 18h

Par

Flore ZIME

Née le 09 décembre 1979

A Nkongsamba (Cameroun)

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean Luc SCHMIT

Membres du jury : Monsieur le Professeur Olivier GANRY
Monsieur le Professeur Vincent GOEB
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean Paul DUCROCQ

A mon président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Maladies infectieuses et tropicales)
Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

*Cher maître, votre intérêt pour ce sujet m'a portée, et je vous remercie de votre aide dans
l'organisation de cette soutenance.
C'est un honneur pour moi de vous compter parmi mes juges. Veuillez recevoir l'expression
de mon profond respect.*

A mes juges

Monsieur le Professeur Olivier GANRY
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)
Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique
Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail ; recevez l'expression de ma gratitude respectueuse.

Monsieur le Professeur Vincent GOEB
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)

Je sais l'intérêt qu'à pour vous la recherche, et je salue votre travail sur les anti-TNF et la prise en charge des rhumatismes. Vous avez d'ailleurs reçu le prix du jeune chercheur de la ligue européenne de rhumatologie en 2009, pour votre travail sur les marqueurs précoces de la polyarthrite rhumatoïde !

Ce travail est plus modeste, et je vous remercie d'y participer.

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

*Je vous remercie de votre bienveillance à mon égard, et je suis honorée de votre participation
à ce jury de thèse.*

Recevez par ce travail l'expression de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Dr Ducrocq
Médecin généraliste, diplôme de médecine gériatrique
Médecin coordonnateur EHPAD

Vous avez été un pilier dans ma formation, et un modèle pour moi. Je salue votre implication dans la formation des internes, autant dans votre cabinet à l'ambiance familiale, qu'à la faculté ; ainsi que celles des étudiants infirmiers à travers votre association.

Ce fut un honneur d'être dirigée par vous, merci de votre disponibilité et de votre amabilité.

Voyez dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A toi papa,

Parti beaucoup trop tôt ! Je sais que tu continues à veiller sur nous de là haut. Tu m'as inspirée pour ce travail et je t'en remercie ! Tu es dans mon cœur à jamais.

Maman,

Merci pour la vie que tu m'as donnée, merci pour tes enseignements et les valeurs que tu m'as inculqué ! Je ne te remercierai jamais assez de tes sacrifices pour que nous ne dormions jamais le ventre vide, et que nous puissions aller à l'école, toi qui n'y est jamais allée. Actuellement, tu apprends à lire, et j'espère que bientôt tu pourras lire ces quelques mots que j'écris pour toi. Je t'aime maman.

Maman Vlieghe,

Ma maman de cœur, je remercie Dieu de t'avoir dans ma vie ! Merci pour ton amour, ta patience et tes conseils ; merci de veiller ainsi sur moi. Je te confie au Seigneur, qu'il te garde longtemps dans nos vies. Vois dans ce travail l'expression de mon amour et de ma gratitude sans borne.

Papa Vlieghe,

Tu mènes actuellement un combat difficile contre la maladie. Merci de m'avoir entourée de ton attention et de ton affection. Vois dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude et de ma tendresse.

Eugène,

Je te remercie pour ton soutien indéfectible et pour l'amour que tu me témoignes jour après jour. La pudeur me limite à ces quelques mots. Vois dans ce travail l'expression de mon amour sans faille.

Louis, Hugo, Eliott,

Vous êtes un ravissement pour mon cœur ! Que le Seigneur veille sur vous, et vous inonde de ses bienfaits. Je vous aime mes trésors.

Mes amies, Marie-Michèle et Marielle,

Mes sœurs nées d'autres mères. C'est grâce à vous que ce travail a été possible .Merci infiniment pour votre disponibilité ainsi que votre aide. Vous êtes des femmes formidables et vos valeurs et vos actions glorifient Dieu. Qu'il vous garde dans sa voie et vous bénisse. Recevez par ce travail l'expression de ma profonde tendresse.

Mes Frères et sœurs : Samuel, Adèle, Timothé, Bernadette, René, Achille,

Je suis votre bouteille à la mer. Ce travail est l'aboutissement de vos rêves pour moi et pour nous. J'espère que vous en serez fiers. Trouvez-y l'expression de mon amour fraternel.

Mes neveux et nièces,

Je ne vous le répéterai jamais assez, le travail et la famille sont des notions très importantes qui ne vous décevront jamais. Soyez assurés de mon soutien et de mon affection.

Ma famille,

Tonton Ernest, Maman Solange, Maman Pauline, Maman Elise, Maman Christine, Tonton Jean-Paul, Flore, Elie, Rodrigue, Harmelle, Drezile, Kevin et tous ceux que je n'ai pas cité. Vous êtes ma force et je vous porte tous dans mon cœur.

Ma belle-famille,

Mamie Odette et Mamie Berthe, merci de m'avoir accueillie comme votre fille.

Chantal, une femme admirable et modèle. Vois dans ce travail ma reconnaissance pour le rôle de pilier que tu joues auprès de nous tous, et sois assurée de mon respect.

Ferry, Thierry, Cathy, Esther, Arthur, Marcellin, Caroline, merci de votre patience et de votre aide. Ça y est, nous pouvons reprendre les barbecues familiaux !

Ma marraine Laurice,

Merci de tes conseils avisés et ton soutien; « Te voilà marraine de docta ! »

Vois dans ce travail l'expression de l'affection que je te porte.

Mes grand-frères Charles et Fabien, Mes aînés, Sévigné, Virgine, Gilbert, Georges, Jean-Louis recevez toute ma tendresse.

Mes Amis

Cristina, Mariem, Teodora, Nathalie, Marco, Fatima, Saida, merci d'être à mes côtés et de croire ainsi en moi! Ce travail signe la fin de nos années de fac à Lille, et me laisse pleine de nostalgie (Remember Châtelet !)

Les Frères d'ESC : Larissa, Nadine, Marielle, Joël, Christian

A force de travail, nous y arriverons ; petit oiseau deviendra grand.

A2M, *Merci pour vos encouragements et votre soutien.*

Aux filles, ma zoumète, Sarah, Anne-sophie, Sab.

Nos fous rires et les bons moments partagés sur le trajet et tout au long de l'internat m'ont permis de tenir.

A tous ceux qui m'ont aidée pour ce travail, Eugène, Marielle, MM, Valérie, Carole, Ferry, Chantale

Merci, sincèrement.

A papy Jacques, *nous allons pouvoir reprendre nos excursions à l'opéra !*

A Chantal Yakam , Gisa, Caro, Diane, Stéphanie

A tous ceux que je n'ai pas cités, mais qui sont dans mes pensées,

A tous mes professeurs, à toutes les équipes hospitalières, à tous mes maîtres de stage, et à tous ceux qui ont eu à cœur de me former et de faire de moi ce que je suis devenue.

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. Reçue 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. »

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	14
1. GENERALITES	15
1.1. Présentation de l’Afrique sub-saharienne.....	15
1.1.1. Géographie physique.....	15
1.1.2. Economie.....	15
1.1.3. Histoire	16
1.1.4 Démographie	17
1.1.5 Culture et religion.....	17
1.1.6 Situation sanitaire	18
1.2. Présentation de la Picardie	18
1.3. Quelques données sur l’immigration en France, et en particulier en Picardie	19
1.3.1 Définitions	19
1.3.2 Formes d’immigration et quelques chiffres.....	20
1.3.3 Profil des immigrés originaires d’Afrique sub-saharienne.....	20
1.3.4 Accès aux soins des immigrés en France	20
2. RAPPELS DES OBJECTIFS DE LA THESE	22
2.1. Objectif principal.....	22
2.2. Objectifs secondaires.....	22
3. MATERIEL.....	22
3.1. Choix de la méthode.....	22
3.2. Outils	23
3.2.1. Canevas d’entretien	23
3.2.2. Recueil des données	23
3.2.3. L’analyse des données : « La <i>grounded Theory</i> »	23
4. METHODE.....	24
4.1. L’échantillon	24
4.1.1. Mode d’échantillonnage	24
4.1.2. Critères d’inclusion	25
4.2. Le guide d’entretien.....	25
4.3. Recueil des données	25
4.4. Analyse des données	26
5. RESULTATS	27
5.1. L’échantillon	27
5.1.1 Caractéristiques de l’échantillon.	27

5.1.2	Origine ou lien du médecin avec l’Afrique subsaharienne.....	29
5.2.	Description des patients migrants consultant chez nos Médecins interviewés.....	29
5.3.	Résultats issus de l’analyse thématique du verbatim	30
5.3.1	Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	31
I.	Les difficultés linguistiques.....	31
II.	Difficultés liées au temps dédié à la consultation : Consultations chronophages	34
III.	Difficultés financières	35
IV.	Difficultés liées à la religion.....	37
V.	Difficultés en lien avec la culture.....	40
VI.	Difficultés liées à l’observance thérapeutique.....	45
5.3.2	Quelques pistes d’amélioration	46
5.3.3	Résultat non attendu : Critique des dispositifs d’aide aux soins	47
6.	DISCUSSION.....	49
6.1.	Discussion sur le choix du sujet	49
6.2.	Pourquoi l’intérêt pour les migrants d’Afrique Subsaharienne ?	49
6.3.	Discussion sur la compréhension des termes du sujet par les Médecins interviewés.	49
6.3.1.	Les migrants	49
6.3.2.	Origine Afrique Sub-saharienne.....	50
6.4.	Discussion sur les matériels et la méthode utilisés.....	50
6.4.1.	Les biais de l’étude.....	50
6.4.2.	Les forces de l’étude.....	51
6.5.	Discussions sur les résultats	52
	Concernant les interviewés :.....	52
	Concernant les patients :.....	53
	Concernant l’objectif principal.....	54
	Concernant les objectifs secondaires.....	60
6.4.3.	Discussion sur les dispositifs d’accès au soin	61
7.	CONCLUSION	63
8.	LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
9.	LES ANNEXES	66
	ANNEXE N°1 : Carte de l’Afrique subsaharienne	66
	ANNEXE N°2 : Le canevas d’entretien.....	67
	ANNEXE N°3 : Formule de sélection aléatoire des médecins interrogés	68
	ANNEXE N°4 : Conditions d’accès à la CMU.....	69
	ANNEXE N°5 : Conditions d’accès à l’AME	72

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'Etat

CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile

CMU : Couverture maladie universelle

COMEDE : Comité médical pour les exilés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DREES : Direction de la recherche, des études, de la valorisation et des statistiques

EDF : Electricité de France

FZ : Flore Zimé

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MST : Maladie sexuellement transmissible

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

ONU : Organisation des nations unies

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PIB : Produit intérieur brut

PMA : Procréation médicalement assistée

PMI : Protection maternelle infantile

PRIPI : Programme régional d'insertion des populations immigrées

RCA : République Centrafricaine

RDC : République démocratique du Congo

RDC : République démocratique du Congo

RDV : Rendez-vous

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Tout comme ses voisins européens, la France a une longue histoire d'accueil de migrants. Ainsi, elle a accueilli sur son territoire 5.605.167 migrants en 2011 selon l'INSEE. Ces migrants, de part leurs pays d'origine, leurs parcours et les conditions de trajet, sont le plus souvent fragilisés sur le plan sanitaire. Leur prise en charge médicale, bien que peu souvent une priorité pour eux, constitue un enjeu de santé publique ; et le médecin généraliste se situe au cœur de celui-ci. En effet, la médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires et constitue le plus souvent le premier contact avec le système de soins.

Alice Mathieu, dans sa thèse réalisée dans les PASA de Lille sur la prise en charge médicale des patients migrants en médecine générale, s'était intéressée aux attentes des migrants lorsqu'ils consultent un médecin généraliste. Les principaux résultats ont retrouvé chez les patients migrants des attentes plutôt simples : Une écoute, du respect, une réassurance et de la considération de la part des médecins(1). Isabelle Querrioux dans son étude qualitative sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients migrants en Meurthe et Moselle avait retrouvé comme barrières exprimées par les médecins généralistes : Les barrières de communication, de finances, de culture et de religion (2). De nombreuses études ont déjà été réalisées sur la prise en charge de patients migrants à l'hôpital et peu sur le ressenti de celle-ci par le Médecin généraliste.

Plusieurs études sociologiques mettent en évidence des représentations différentes de la maladie et du soignant, ici et là-bas. De plus, dans le cursus des études médicales, il n'existe pas de cours spécifiques qui préparent les futurs médecins à l'interaction avec ces patients venus d'ailleurs. Cet ensemble de facteurs influence certainement la relation médecin-patient et n'est pas sans embûche pour la prise en charge.

Alors, qu'en est-il pour les médecins généralistes en Picardie? Quelles difficultés disent-ils rencontrer ? Quel est l'impact de ces difficultés sur la prise en charge de ces patients ? Pensent-ils traiter ces patients venus d'ailleurs de manière identique à leurs autres patients ? Quelle aide pourrait-on leur apporter pour améliorer cette prise en charge ?

Vu l'hétérogénéité et les origines multiples des migrants, nous avons choisi de nous intéresser uniquement aux patients d'Afrique Subsaharienne pour notre travail de thèse ; et ceci en Picardie, car aucune étude sur le sujet n'y a été réalisée.

1^{ère} Partie

1. GENERALITES

Dans cette première partie, nous allons tenter de mieux cerner notre population, dont le profil est très certainement marqué par le vécu sur la terre d'origine (l'Afrique subsaharienne), les motivations de l'immigration, et les conditions de vie sur leur lieu d'accueil (la Picardie).

1.1. Présentation de l'Afrique sub-saharienne

1.1.1. Géographie physique

L'Afrique sub-saharienne s'étend sur environ 22 millions de km² au sud du Sahara. Elle est bordée par l'océan Atlantique à l'ouest, et l'océan indien à l'Est. Elle compte cinquante-trois pays et îles.

Sur le plan climatique, elle est située en zone intertropicale. Il faut noter qu'on retrouve une sécheresse importante au niveau de la corne de l'Afrique et du Sahel (celle-ci est préjudiciable à l'agriculture et explique la récurrence de certains fléaux avec des répercussions sanitaires majeures). Egalement la zone équatoriale avec ses habitants vecteurs de pathologies (mouche tsétsé, anophèles femelles...).

1.1.2. Economie

Plusieurs indicateurs économiques montrent qu'il s'agit d'une des zones les plus pauvres au monde. Son PIB (Produit intérieur brut) représente moins de 2% du PIB mondial. En effet, on y compte 34 des 40 Pays les moins avancés (PMA) du monde. Par ailleurs, plus du tiers de la population y vit en dessous du seuil de pauvreté.

Ce constat est surprenant lorsqu'on sait qu'il s'y trouve 30% des grandes réserves minérales du monde, et que depuis plus de 10 ans cette région enregistre un taux de croissance exceptionnel supérieur à 5%.

Cela s'explique par une économie peu compétitive (14 pays classés parmi les 20 économies mondiales les moins compétitives, d'après le rapport sur la compétitivité du forum économique mondial en Afrique du Sud en mai 2013), marquée par :

- **Un secteur primaire prépondérant**, la moitié de la population vit de l'agriculture, laquelle est malheureusement peu mécanisée et vivrière ;
- **Un secteur secondaire avec une industrie peu développée** (à peine 10% du PIB du continent en 2008) et en régression (3);
- **Un secteur tertiaire non concurrentiel**, avec un retard majeur dans les nouvelles technologies, des infrastructures de transport insuffisamment développées. En effet, si la

route reste le moyen de transport privilégié pour l'acheminement des personnes et des marchandises, le réseau routier est de faible densité (6-7 km/100 km², à peine la moitié du réseau routier latino-américain, et le tiers du réseau asiatique) et mal entretenu. Ce qui explique que de nombreuses régions restent enclavées ; ce qui pénalise les habitants concernés et un impact considérable sur le système sanitaire ;

- **Un secteur informel** qui représente 70% de l'économie. (4)

Cette situation économique explique en partie le rêve d'exil de nombreux jeunes africains.

1.1.3. Histoire

L'histoire de l'Afrique subsaharienne est segmentée en plusieurs périodes :

- L'islamisation du 7^{ème} au 16^{ème} siècle ;
- La traite négrière avec l'installation des premiers comptoirs coloniaux au 15^{ème} siècle. C'est le début de la diaspora africaine, avec la vente des esclaves vers l'Amérique, en remplacement de la main d'œuvre amérindienne ;
- La colonisation, de la conférence de Berlin (1884-1885) pour le partage de l'Afrique, jusqu'aux indépendances (années 1960).(5)

L'Afrique contemporaine est marquée par plusieurs phénomènes qui poussent les populations à l'exil :

- Une urbanisation de plus en plus importante, non anticipée par les pouvoirs publics ; 37% des africains vivent en zone urbaine. Ceci aboutit à la création de « ghettos » où les conditions d'hygiène et de vie sont déplorables, constituant très souvent le point de départ de maladies épidémiques (choléra, Ebola...) ;
- De nombreux conflits et guerres meurtrières sous fond de conflits ethniques (Rwanda, Libéria, Somalie, Sierra-Léone), d'instabilité politique (Tchad, Soudan, Côte d'Ivoire, RDC, Congo), d'idéologie (6).

Actuellement, on note une grande instabilité dans la sous-région avec les massacres perpétrés par le groupe terroriste « Boko Haram » ; l'expression en langue haoussa signifie, « l'éducation occidentale est un péché ». Il s'agit d'une mouvance salafiste djihadiste qui est responsable d'attentats-suicides, de massacres, de prise d'otages (au Nigéria, Tchad et Cameroun). En 2014, le groupe a enlevé 219 lycéennes, elles ont été converties et mariées de force. A l'heure actuelle on ne dispose d'aucune piste pour les retrouver.

1.1.4 Démographie

En 2013, on recensait 936 millions de personnes en Afrique subsaharienne. Il s'agit d'une population jeune avec 40% de la population âgée de moins de 15 ans. Celle-ci continue de s'accroître rapidement avec un taux d'accroissement naturel à 2,5% en 2000-2005 ; nettement supérieure à la moyenne mondiale (1,2%).

L'éducation n'est toujours pas généralisée. On estime à 70% le taux d'achèvement de l'école primaire.

On compte par ailleurs plusieurs langues :

- Les langues européennes, héritées de la colonisation. On retrouvera donc le français dans les anciennes colonies belges (RDC) et françaises (Madagascar ; les principaux pays d'Afrique de l'ouest – sauf Sierra-Leone, Ghana et Libéria – et d'Afrique centrale – sauf le Nigéria) ;
- Quelques centaines de langues autochtones, classées en familles, puis en branches : tchadiques (haoussa en Afrique de l'ouest), mandé (bambara au Mali), bantoues (xhosa en Afrique du sud, fang en Guinée Equatoriale, Congo, Gabon ou Cameroun) kikongo (en Angola, Congo ou RDC), soudanien (yoruba au Nigéria, Bénin, Togo), kwa (baoulé en Côte d'Ivoire), atlantique (wolof au Sénégal, Gambie, Mauritanie) ; pour ne citer que celles-là.(7)

1.1.5 Culture et religion

En Afrique, la culture et la religion sont intimement liées. L'animisme était la seule religion avant l'islamisation et la colonisation (donc l'évangélisation). Elle reste présente, et explique un vécu de la maladie différent des considérations occidentales, et qui échappe quelquefois à tout pragmatisme.(8) Elle peut être liée à une malédiction d'un contemporain (qui l'a « lancée ») contrarié, à une punition divine suite à un manquement à des obligations socio-familiales (funérailles ou culte des crânes en pays bamiléké au Cameroun par exemple). Dans ces cas, le traitement passera par exemple par des rites de purification chez le marabout (9).

Avec l'islam ou le christianisme, il y'a un attachement au principe de la sacralisation de la vie, qui est un don de Dieu, et seul autorisé à la reprendre. Cela peut expliquer par exemple des refus d'interruption thérapeutique de grossesse ou d'arrêt des soins.

Enfin, avec l'influence des églises pentecôtistes, certains malades refusent des soins dans l'espérance d'une guérison surnaturelle par Dieu.

1.1.6 Situation sanitaire

Les indicateurs de santé de la population africaine sont inquiétants :

- Une espérance de vie de 47 ans en 2003, qui est passée à 56 ans en 2010;
- Un taux de mortalité de 15 pour 1000 habitants en 2012, quasiment le double de celui de la France (8,5/1000) la même année (source OMS);
- Un taux de mortalité infantile qui reste important, quoique en baisse (d'après l'INED 121/1000 (2010), 89/1000 (2012) contre 3,5/1000 en France (2013)
- Un taux de mortalité maternelle important, 1 décès pour 16 naissances contre 1 décès pour 4000 naissances dans les pays industrialisés en 2003 (source OMS, 2003).

Cet échec sanitaire s'explique entre autres par :

- Des endémies majeures telles que le paludisme, les maladies du péril fécal, et surtout le VIH. l'Afrique compte 11% de la population mondiale, mais 60% des personnes porteuses du VIH vivent en Afrique Subsaharienne;
- La récurrence des épidémies telles que le choléra, la rougeole, les fièvres hémorragiques dont Ebola. Actuellement, l'épidémie à virus Ebola qui sévit en Afrique de l'ouest, touche principalement trois pays le Libéria, la Sierra-Leone et la Guinée. Depuis décembre 2013, elle est responsable de plus de 10 000 morts.
- La malnutrition aiguë, qui est l'une des premières causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans. On retrouve également la malnutrition chronique responsable de troubles psychomoteurs chez les enfants ;
- Une offre de soins insuffisante, 1 médecin pour 18 000 - 24 000 habitants, soit 100 fois moins qu'en France ;
- Une protection sociale quasi inexistante, 5 à 10% de la population bénéficie d'après l'Organisation Internationale du Travail d'une protection sociale, qui est souvent partielle ;
- D'importantes barrières économiques et géographiques qui entravent l'accès aux soins.

Au total, l'Afrique subsaharienne pourtant considérée comme le plus grand marché économique en devenir est actuellement un continent où la plupart des indicateurs sont au rouge ; et malgré sa richesse culturelle et les liens sociaux forts, une partie considérable de sa population aspire à l'immigration.

1.2. Présentation de la Picardie

Il s'agit d'une région du nord de la France, située entre le Nord Pas de Calais (région avec laquelle elle sera unie en janvier 2016 dans le cadre de la réforme territoriale) et l'île de France.

Elle comporte 3 départements : l'Aisne (02), l'Oise (60), la Somme (80) avec pour chefs-lieux respectifs Laon, Beauvais et Amiens. Cette région s'étend sur environ 19 000 km² et a comme particularité de comporter 60% de sols cultivés (2 fois la moyenne nationale).

Sur le plan économique, la région est donc très agricole. Elle comporte une industrie manufacturière performante (textiles, verres). C'est un pôle de recherche et d'enseignement de qualité. Malheureusement, c'est la 3^{ème} région française en termes de chômage, lequel touche près de 12% de la population active.

Cette population était évaluée à 1 924 700 habitants en 2013. Ils vivent essentiellement dans l'Oise (42%). Notons que le solde migratoire est négatif pour la région.

Sur le plan sanitaire, la région est qualifiée de « désert médical ». D'après une étude de l'INSEE et de l'ARS en janvier 2014 sur la démographie médicale; on y trouve effectivement la plus faible densité de médecins généralistes en France (71 pour 100 000 habitants soit 2700). C'est aussi le cas pour les autres spécialistes, ainsi que les professions paramédicales. Néanmoins, on estime que 99% des picards résident à moins de 10 minutes d'un cabinet de médecine générale, et deux tiers d'entre eux ont un médecin généraliste dans leur commune. Paradoxalement, la Picardie est au 5^{ème} rang des consultations chez le médecin généraliste, avec environ 4,3 consultations /personne/ an contre 4 au plan national (10)

1.3. Quelques données sur l'immigration en France, et en particulier en Picardie

1.3.1 Définitions

- Migration (Larousse) : déplacement volontaire d'un individu ou d'une population, d'un pays à un autre, ou d'une région à une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles.
- Immigré (ONU) : personne née dans un autre pays que celui où il réside.
- Immigré (INSEE) : personne née étrangère à l'étranger, et entrée en France en cette qualité en vue de s'établir sur le territoire français de façon durable.
- Etranger (INSEE, organisations internationales) : personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française.
- Personne issue de l'immigration : désigne à la fois une personne immigrée tout comme une personne née en France dont un ascendant est immigré (jusqu'à la quatrième génération dans certaines études). C'est donc une notion délicate, car alors un cinquième de la population, de nationalité française, est issue de l'immigration depuis un siècle.
- Sans papier : personne en situation irrégulière.

1.3.2 Formes d'immigration et quelques chiffres

En 2010, la France était le 6^{ème} pays au monde en termes d'immigration. En effet, l'ONU comptait 7 millions de personnes immigrées (soit 11% de la population hexagonale) dont 5 millions nées en dehors de l'union européenne.

En ce qui concerne la Picardie, l'étude PRIPI(11) dénombrait 90 618 immigrés en Picardie en 2007, soit 4,8% de la population picarde (alors que d'après l'INSEE on retrouvait 8% d'immigrés en France métropolitaine dans la même période). Il s'agit d'une population relativement jeune et active (62% d'entre eux ont 26-59 ans), qui réside essentiellement dans l'Oise (60%).

Si les chiffres sur l'immigration régulière sont connus, on estime que 200 000 à 400.000 personnes vivent sans autorisation légale sur le territoire français, motivées souvent par des raisons économiques.

Pour ce qui est de l'immigration régulière, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration estime à 192 000 le nombre de visas « long séjour » délivrés par la France entre 2007 et 2012, pour divers motifs :

- Le Regroupement familial (44%),
- Les Etudes (31%),
- Les raisons économiques (10%),
- Les raisons humanitaires, c'est-à-dire réfugiés, apatrides, malades... (10%).

1.3.3 Profil des immigrés originaires d'Afrique sub-saharienne

D'après l'INSEE en 2008, 13% des immigrés en France étaient originaires d'Afrique subsaharienne. En 2011, deux africains sur trois provenaient d'anciennes colonies françaises, et avaient un niveau éducatif qui se rapprochait de celui des non immigrés.

11 516 personnes originaires d'Afrique sub-saharienne résidaient en Picardie en 2012 (soit approximativement moins de 1% de la population picarde, et au moins un dixième de la population immigrée)

1.3.4 Accès aux soins des immigrés en France

Un article paru en 2012 dans « Questions d'économie de la santé » affirmait que l'état de santé des immigrés et leur recours aux soins était fondamentalement différent de celui des non immigrés. En effet, ils avaient moins recours aux soins de ville, en raison d'une situation économique moins favorable, tout comme aux soins de prévention (frottis vaginal, vaccins, etc).

Par ailleurs, leur état de santé, de meilleur que celui des français, est devenu plus mauvais en 30 ans.

Plusieurs dispositifs de protection sociale existent : (*critères d'obtention en annexe*) :

- La sécurité sociale, pour les salariés ayant un minimum de revenus, et leurs ayant-droit ;
- La couverture médicale universelle (CMU) pour les faibles revenus, accessible au demandeur d'asile en cours de procédure ;
- L'AME (aide médicale d'état) accessible au demandeur d'asile non éligible pour la CMU et toute personne en situation irrégulière ayant séjourné plus de trois mois sur le territoire français.

Cependant, la prise en charge est partielle, et peut être complétée par un organisme complémentaire privé (mutuelles) ou non (CMU complémentaire).

Enfin, notons quelques dispositifs de soins gratuits, accessibles à tous, tels que :

- Les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) qui sont mis en place dans certains hôpitaux, et permettent une prise en charge médicale et la délivrance de médicaments ;
- Certaines associations (Médecins du Monde, La Croix-Rouge, ...), notamment pour les soins dentaires, psychiatriques ou ophtalmologiques ;
- Les services de PMI pour l'enfant de 0 à 6 ans ;
- Les services de planification et d'éducation familiale (CPEF).

2^{ème} Partie : Matériels et Méthode

2. RAPPELS DES OBJECTIFS DE LA THESE

2.1. Objectif principal

- Identifier les difficultés des Médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge des patients originaires d’Afrique Subsaharienne.

2.2. Objectifs secondaires

- Déterminer l’impact des difficultés identifiées sur la prise en charge
- Proposer des solutions pour améliorer cette prise en charge

3. MATERIEL

3.1. Choix de la méthode

L’objectif de notre étude est de recueillir les difficultés et les solutions proposées par les Médecins généralistes de Picardie sur la prise en charge des patients migrants d’Afrique subsaharienne.

Nous avons choisi de traiter ce sujet avec une méthodologie qualitative. Les études qualitatives sont assez peu connues et utilisées en Médecine ; on leur préfère bien souvent des études quantitatives. Ces deux types d’études n’explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

En effet, il s’agit de recueillir un ressenti, des expériences vécues, une perception ; rien de quantifiable en somme. C’est une méthode inspirée des sciences humaines, qui permet d’aborder des sujets complexes de médecine générale. Elle observe les interactions sociales et interprète les perspectives individuelles, permettant ainsi d’étudier ce qui peut amener les personnes interrogées à modifier leurs attitudes et leurs choix. Il ne s’agit pas de convertir les opinions en nombre, ni de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que des individus attribuent à leurs actions. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou des comportements.

3.2. Outils

3.2.1. Canevas d'entretien

Il s'agit du guide d'entretien, qui est constitué de questions à réponses ouvertes. Le but est de permettre la parole libre, tout en encadrant celle-ci. Ce guide définit de manière préalable des thématiques à aborder lors de la discussion. Il peut également contenir certaines relances, utilisables éventuellement au cours de la discussion.

3.2.2. Recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Il s'agit d'interviews, réalisées en vis-à-vis grâce au canevas d'entretien. L'entretien est enregistré au moyen d'un outil de communication numérique, et sera retranscrit dans un second temps pour exploitation.

3.2.3. L'analyse des données : « La *grounded Theory* »

Il existe plusieurs méthodes de recherche qualitative ; les plus utilisées dans le domaine de la santé sont la phénoménologie, la théorisation ancrée et l'ethnographie.

La théorie ancrée est une méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967, dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies.(12) En d'autres termes, elle vise à produire une théorie non pas à partir de catégories conceptuelles puisées dans la littérature, mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative, permettant la description approfondie du phénomène à l'étude. La théorie est habituellement générée au moyen d'entrevues individuelles ou collectives.(13)

Nos données seront donc analysées selon la théorie ancrée via le logiciel NVIVO 10. Il s'agit d'un logiciel qui soutient les méthodes de recherches qualitatives et mixtes. Il permet de collecter, organiser et analyser du contenu tel que des interviews, des discussions thématiques de groupes, des enquêtes, des fichiers audio, des médias sociaux et des pages web.(14)

4. METHODE

4.1. L'échantillon

4.1.1. Mode d'échantillonnage

La Picardie présente une disparité territoriale quant à l'accueil des migrants. Selon une étude commandée en 2011 par le ministère de la jeunesse et des sports, les migrants se concentrent en général dans les villes les plus peuplées.(11) Nous avons donc pris le parti de nous focaliser sur ces villes, afin d'optimiser les chances de recruter des médecins voyant régulièrement des patients migrants.

Une fois les villes choisies, il s'agissait maintenant de savoir combien de médecins généralistes interviewer dans chaque ville. Nous avons recensé tous les Médecins généralistes, ville par ville, puis nous avons calculé, selon un algorithme mathématique prenant en compte le nombre d'habitants et le nombre de migrants, le nombre de médecins à questionner. Pour éviter de choisir des médecins au profil similaire, nous avons introduit un pas de sondage dans notre formule.

Nous avons enfin réalisé un échantillonnage probabiliste simple pour sélectionner les médecins à interviewer (méthode d'échantillonnage en annexe 3).

Les inclusions ont été faites de manière prospective pour pouvoir arrêter lors de la saturation des données.

4.1.2. Critères d'inclusion

Nos critères d'inclusions étaient :

- Etre médecin généraliste en Picardie
- Etre installé en libéral
- Compter des migrants dans sa patientèle

4.2. Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien a été travaillé et remanié à plusieurs reprises avec le directeur de thèse, ainsi que le Dr Epelboin et le Pr Dufour. Il comportait 6 questions soigneusement choisies pour permettre de répondre à nos problématiques, ainsi que des relances.

Les questions ont été réadaptées au cours de la collecte des données, soit parce qu'elles n'étaient pas bien comprises par les interviewés, soit parce qu'elles induisaient des réponses peu précises.

4.3. Recueil des données

Le premier contact avec les médecins a été téléphonique, afin de prendre rendez vous pour nous assurer ainsi de leur disponibilité. Nous avons essayé beaucoup de refus ; par exemple, nous n'avons pas pu réaliser d'entretien dans la ville de Montataire, car aucun médecin n'a voulu nous recevoir malgré 2 séries d'appels téléphoniques sur 15 jours.

Nous avons choisi de n'interroger qu'un médecin dans les cabinets de groupe, hormis dans la ville de Beauvais, où vu la difficulté de recrutement, nous avons interrogé 2 confrères exerçant dans le même cabinet.

Les entretiens ont tous été réalisés en interview face-à-face; et tous au cabinet médical de l'interviewé sauf 1 entretien, qui a eu lieu dans un café à l'initiative du médecin. Au début de l'entretien, les présentations faites, nous avons exposé l'objet de la thèse et défini ce qu'est un migrant pour être certain d'être compris. A une exception près (oubli), nous avons demandé au médecin l'autorisation d'enregistrer l'entretien, et un seul médecin a refusé cet enregistrement. Nous avons pris la précaution de réaliser un double enregistrement pour prévenir les aléas techniques.

Nous avons réalisé des interviews jusqu'à atteindre la saturation théorique des données. Celle-ci est atteinte quand tout nouvel entretien réalisé n'apporte aucune information nouvelle (redondance des informations ; pas de nouvelle idée exprimée au fil des interviews). Pour confirmer cette saturation, nous avons réalisé 2 entretiens supplémentaires.

Les médecins ont été assurés de l'anonymisation de leurs coordonnées.

4.4. Analyse des données

Nous avons choisi d'analyser nos données selon la méthodologie de la « *grounded* théorie » ou théorisation ancrée, dont les étapes d'élaboration de la théorie sont :

- Le verbatim

Après anonymisation des interviewés, chaque **entretien** a été retranscrit mot à mot afin d'obtenir le **verbatim**, compte rendu intégral d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

- Le codage ouvert

Nous avons ensuite procédé au **codage ouvert** à partir du verbatim ; il s'agit de lire chaque entretien phrase par phrase afin d'en dégager des codes, qui sont en fait les idées exprimées par l'interviewé. Ce codage ouvert a été réalisé en double aveugle par plusieurs intervenants (l'intervieweur, le retranscripteur, un médecin épidémiologiste et une gériatre) afin de réaliser ce qu'on appelle **la triangulation**. Celle-ci vise à assurer la reproductibilité de l'étude et d'en accroître la validité interne.

- L'analyse thématique : le codage axial

Une fois la triangulation faite, nous avons pu réaliser le **codage axial** ; il s'agit là de regrouper les codes retrouvés dans les entretiens, en codes génériques ou thèmes, utilisables dans le logiciel Nvivo 10 pour l'analyse des données. Il s'agit de retrouver des idées similaires exprimées dans les différents entretiens, et d'en faire donc des thèmes, qui constitueront au final les résultats de l'étude.

5. RESULTATS

5.1. L'échantillon

5.1.1 Caractéristiques de l'échantillon.

Nous avons retenu 10 sites avec le plus grand nombre de migrants, à savoir : La région Creil-Montataire et Nogent sur Oise ; Amiens, Beauvais, Noyon, Meru, Saint Quentin, Chantilly, Senlis, Compiègne et Soissons.

Il y'avait ainsi au total 338 Médecins généralistes installés.

Au total, nous avons inclus 18 médecins généralistes dont les caractéristiques sont rassemblées dans le tableau ci-dessous.

Nous avons ainsi interrogé 11 médecins dans l'Oise car la densité de la population migrante y est la plus importante ; 5 médecins dans la Somme et 3 médecins dans l'Aisne.

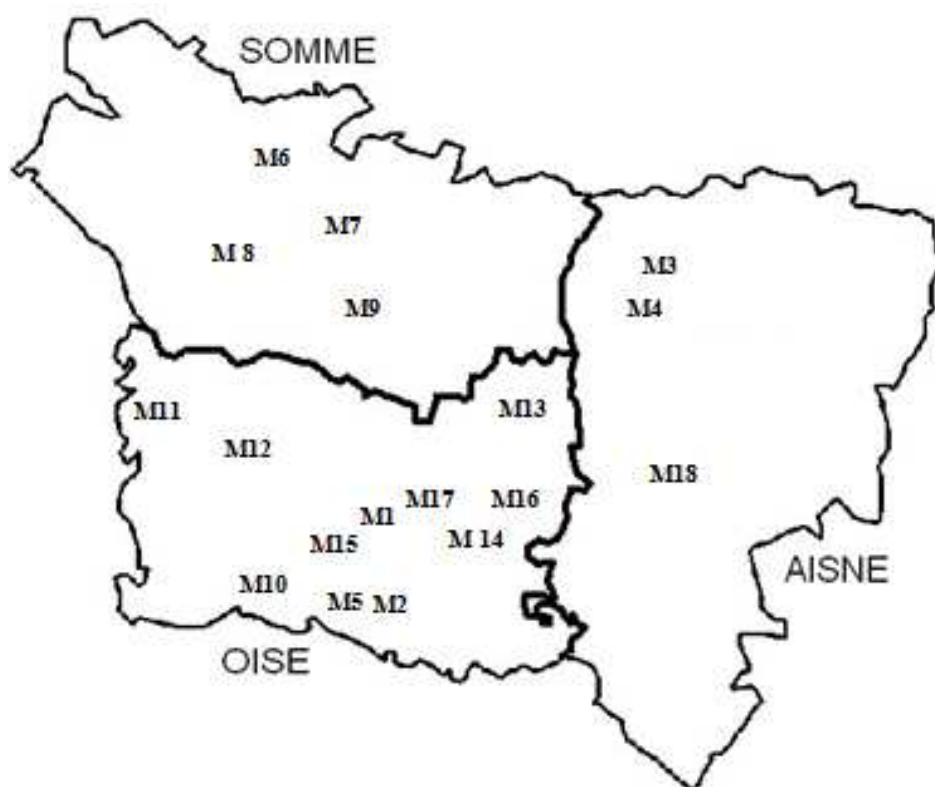


Figure 1 : Carte de la Picardie

Il y'avait 4 femmes et 14 hommes, avec des durées d'exercice et des âges divers.

Tableau 1: Caractéristiques des médecins

Participants	Age (ans)	Durée d'installation (ans)	Mode d'exercice	Origine	Sexe	Secteur géographique	Lien avec L'Afrique Subsaharienne
Med 01	42	1 – 5	Groupe	Française	Femme	Creil	Pas de lien
Med 02	46	16 -20	Individuel	Française	Homme	Senlis	Né en Afrique
Med 03	40	26 – 30	Groupe	Française	Homme	Saint Quentin	A vécu en Afrique
Med 04	53	26 – 30	Individuel	Française	Homme	Saint Quentin	Pas de lien
Med 05	65	31 – 35	Individuel	Française	Homme	Chantilly	Séjours touristiques
Med 06	41	16 -20	Groupe	Française	Femme	Amiens	Séjours touristiques
Med 07	37	16 -20	Individuel	Française	Homme	Amiens	Séjours touristiques
Med 08	47	26 – 30	Groupe	Française	Homme	Amiens	Pas de lien
Med 09	38	1 – 5	Groupe	Française	Femme	Amiens	Pas de lien
Med 10	52	11 – 15	Individuel	Indienne	Homme	Méru	Séjours touristiques
Med 11	48	1– 5	Groupe	Africaine	Homme	Beauvais	D'origine Malgache
Med 12	59	31 – 35	Groupe	Française	Homme	Beauvais	A vécu en Afrique
Med 13	54	26 – 30	Individuel	Française	Homme	Pont L'Evêque	Pas de lien
Med 14	48	26 – 30	Individuel	Française	Femme	Compiègne	Pas de lien
Med 15	60	36 – 40	Individuel	Turque	Homme	Creil	Pas de lien
Med 16	64	26 – 30	Individuel	Française	Homme	Compiègne	Pas de lien
Med 17	61	11 – 15	Individuel	Française	Homme	Compiègne	Pas de lien
Med 18	51	31 – 35	Individuel	Française	Homme	Soisson	Pas de lien

5.1.2 Origine ou lien du médecin avec l'Afrique subsaharienne

Med12 : « L'Afrique subsaharienne non. Mais j'ai vécu en outre-mer pendant 6 ans. J'ai eu beaucoup de relation avec des malgaches les gens de la réunion. Bref l'Afrique ne m'est pas étrangère. »

« Mais non au début ça me faisait plaisir d'avoir des maliens parce que ça me rappelait un peu mes années à la réunion qui étaient de belles années. »

Med5 : « Moi, j'adore voyager, j'adore rencontrer des gens de culture différente ma femme est brésilienne hein! C'est quand même une culture différente hein ? Et ça me plaît moi, j'aime bien découvrir autre chose, voir des gens qui pensent autrement, qui voient autrement, c'est agréable hein ! Suis peut être déformé par ça, ça ne me pose pas de problème. »

Med8 : « Moi j'aime tout le monde entier, je n'ai aucun problème avec les gens. Non j'ai rien contre l'Afrique parce que j'ai été l'un des pionniers du Paris - Dakar voilà, qui maintenant est en Argentine »

5.2. Description des patients migrants consultant chez nos Médecins interviewés

- Nationalités :

- Les migrants venaient principalement du Mali, Sénégal, RDC, République centrafricaine, Angola, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon.

Med11 : « Nigeria, Congo Kinshasa, Togo, Afrique de l'ouest, l'Afrique centrale de toute part. »

- Statut socio professionnel : Les plus cités étaient :

- Les cadres : souvent des migrants de longue date, qui pour beaucoup ont acquis la nationalité française
- Les étudiants : Surtout à Amiens, Compiègne, Saint Quentin

- Situation économique :

- Assez variée, mais les médecins évoquent globalement des moyens financiers limités.

- Situation administrative au niveau des conditions de séjour :

- Réfugiés et demandeurs d'Asile : population pour laquelle les traumatismes psychologiques et les conditions de vie difficiles ont été évoquées par les médecins. Ce sont des personnes souvent en transit vers les grandes villes et surtout vers la

région parisienne. Au moins 4 médecins recevaient beaucoup de réfugiés, dont les centres d’hébergement se trouvaient à proximité du cabinet médical (Méru et Amiens).

- Les sans papiers
 - Situation administrative quant à l’accès aux soins :
- Certains étaient possesseurs de l’AME et de la CMU ; très peu de patients n’avaient aucune couverture médicale.

5.3. Résultats issus de l’analyse thématique du verbatim



Figure 2: Nuage des mots les plus fréquents, issus de Nvivo 10

5.3.1 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes Les difficultés linguistiques

A. Le ressenti

En effet, les Médecins disent être confrontés aux problèmes de langue qui peuvent être plus ou moins importantes.

Med1 : « Gros soucis de langue, non seulement les migrants mais aussi leurs enfants »

Med12 : « Avec les gens du Congo, on n'a pas tellement de problèmes pour la langue car ils sont francophones le plus souvent. Alors il n'y a pas que les gens du Congo, on a aussi des gens qui viennent plutôt de l'Afrique subsaharienne : Sénégal, Mali ; là non plus, on n'a pas tellement des problèmes de langue. Si on s'en tient à la langue. »

Med18 : « Quelque fois il y a des barrières de langage. Parce que certains ont du mal à maîtriser la langue française. Paradoxalement, les migrants subsahariens ça se passe plutôt bien ; ils viennent souvent des pays francophones. »

Med16 : « Barrière linguistique et ou culturelle. Quand on n'arrive pas... particulièrement à une expertise, je vois des ouvriers d'origine des quatre coins du monde qui sont incapables d'exprimer clairement leurs pathologies et qui n'ont pas du tout les mêmes repères que nous, du tout les mêmes valeurs, donc ça tourne en rond : « Moi je suis malade, moi je ne peux pas travailler ». Avec ça on va loin ! »

Med17 : « La grosse difficulté c'est le langage.ils viennent nous voir, ils ne savent pas pourquoi. Et ils n'arrivent pas à le dire. »

Med4 : « Oui ça peut poser problème. Quand ils ne savent pas compter, je me souviens une fois il ya très longtemps une dame sénégalaise qui est arrivée en France, elle donnait l'imodium buvable à son nourrisson au goulot, parce qu'elle ne savait pas compter les gouttes »

Pour les ressortissants de pays non francophones, le dialogue reste encore possible avec les anglophones (Nigéria, Sierra-Léone...).

« On a aussi les gens du Nigéria qui parlent anglais et comme ici on parle un tout petit peu anglais il y'en a pas mal ».

Med10 : « Ce qui revient le plus souvent, quelques soucis de langue sans plus avec 2 ou 3 familles qui venaient essentiellement du Nigéria, qui étaient anglophones et qu'il n'a pas revu par la suite. Sinon globalement, ce sont des patients qui viennent de RDC, beaucoup plus de femmes et qui s'expriment très bien en français. »

Pour les autres, le Médecin 11 parle quasiment de médecine vétérinaire !

« Vraiment de faire la médecine vétérinaire ; aller à la recherche à la fois des symptômes qui quand on les explique, ne sont pas bien compris, et aller à la recherche des cicatrices, des anomalies, et ceci pour arriver à se faire une idée sans prendre en général un temps fou hein! »

B. l'impact

Retentissement sur la relation Médecin malade

Med3 : « Moi ça ne me gêne pas trop, peut être la personne sera gênée mais souvent c'est la famille ou un ami qui accompagne. »

Med2 : « une triangulation médecin malade. »

Med9 : « Non on n'a pas de relation. C'est pas du tout la même relation ; comme il y'a toujours un intermédiaire on n'arrive jamais à savoir spécifiquement les symptômes. Même on ne peut pas discuter, au niveau des impressions de la personne, ce n'est pas forcément évident. »

Med6 « La migration et puis tout ce qui c'est passé au pays avant, dont ils ne parlent pas forcément. En général, je ne sais pas vraiment ce qui s'est passé.

Oui très vagues mais quelques fois ils ne me répondent pas. Des fois j'ai l'impression que c'est un peu ... le flou artistique !

C'est ça avec les migrants. Le problème est qu'on ne sait pas vraiment pourquoi ils viennent. Ce qu'ils ont derrière la tête finalement. Des fois ils espèrent obtenir un droit. C'est un peu le problème où la relation est faussée parce qu'on n'est pas le médecin traitant voilà »

Sensation d'inachèvement

Med13 : « On arrive quand même à s'expliquer hein. Mais quelques fois j'ai du mal à aller au fond des choses. »

C. Les solutions

Med16 : « Il faut un dessous d'anglais, avoir quelques termes de langage de ces populations avoir des lexiques très très simples. »

Med2 : « Comme idée d'amélioration, il faut apprendre les langues.»

Nécessité d'accompagnement par un tiers pour faciliter la communication

Med7 : « Il y'avait toujours quelqu'un qui parlait très bien français. Il venait avec quelqu'un pour faciliter la compréhension et la conversation quoi »

Med13 : « Oui c'est vrai que les deux patients dont je vous parle quand je veux aller au fond des choses je demande à un de leurs enfants de m'appeler ou de venir. »

Med4 : « Il m'arrive d'avoir les mamans avec leurs enfants et c'est l'enfant qui fait la traduction. »

Med15 : « Il y'a toujours quelques difficultés mais généralement on s'en sort plutôt bien. Quand il y'a de réelle difficulté, je demande à ce qu'ils viennent avec un copain qui parle bien français. ça m'arrive hein ça souvent. »

Remettre l'examen clinique au cœur de sa prise en charge

Med11 : « L'examen clinique !!! Quelqu'un qui ne parle pas...Je suis un ancien médecin de la MAS, je voyais des patients polyhandicapés, qui ne parlent pas, ne marchent ; utiliser ce que les infirmières me disent ; Nos mains... La médecine en Europe c'est très technique ; la sémiologie ... ils ne parlent pas, mais si vous faites bien votre démarche clinique, vous allez y arriver. »

II. Difficultés liées au temps dédié à la consultation : Consultations chronophages

A. Le ressenti

Med1 : « Ils demandent beaucoup de temps. »

Med11: « Mais pour arriver à l'ordonnance pour arriver au bout de l'examen, vous passez plus de temps. Je passe des fois une demi-heure par malade pour finir l'examen, et j'arrive encore au bout de mon ordonnance avec un certain doute, dans le sens où s'il parlait correctement le français peut être que la prise en charge serait mieux. Je n'ai pas de traducteur au bout des doigts vous voyez. Ce n'est pas que je les soigne différemment mais le processus pour arriver au diagnostic est plus complexe et plus compliqué. »

Med16 : « Je pense que pour l'ensemble de populations migrantes, il faut que le médecin prenne plus de temps »

Med17 : « haa oui, il faut prendre le temps !! Des explications euh... Déjà savoir de quoi il retourne entre lui et le médecin, et puis après commenter l'ordonnance, le traitement... Ah oui, et les contrôles aussi; ils vous disent « j'en ai déjà faite une ; ben oui, mais une prise de sang, faut la refaire ... » Oui oui, il faut plus de temps que... »

Med9 : «Là on passe plus de temps à réexpliquer, mais bon on y arrive. »

B. Les solutions

Revaloriser le tarif de la consultation médicale

Med12 : « Si on passe 3/4 heure avec quelqu'un, on a fait de la médecine, on est satisfait d'ailleurs, mais en même temps on a perdu de l'argent. Tant pis si on le fait qu'une fois de temps en temps, on passe dessus. Mais on ne peut pas se permettre de faire de la très bonne médecine avec des honoraires à 23 euros le quart d'heure !! En réalité, moi j'ai toujours dit on fait trop d'actes ; il faudrait qu'on fasse 10 actes par jour de grande qualité, payés chacun 50 euros ou 60. C'est ça la médecine générale en réalité. Mais il y'a plein de trucs qui passent par nous qui ne devraient pas. »

III. Difficultés financières

A. Le ressenti

Les dispositifs d'aide AME et CMU.

Med16 : « Il y'a en beaucoup qui ont la CMU déjà, donc ça évite les problèmes qui fâchent. Généralement à part quelques anecdotes, on est réglé. De temps en temps, il y'en a même parmi les autochtones »

Med4 : « Ils ont la CMU et les papiers sont à jour et il n'y a aucun problème. »

Med8 : « L'accès aux soins, ils l'ont totalement je pense. Pour ça il n'y a pas de souci. Au niveau des hospitalisations ou du cabinet je pense que si, en tout cas en ce qui me concerne hein ; après je ne sais pas s'il y'a des médecins qui refusent de les prendre, mais moi je n'ai jamais refusé personne. Même les sdf je les reçois, pas de problème il n'ya aucun problème. »

Retard de paiement

Toutefois, certains médecins relatent des retards de paiement, voire des non paiements des actes :

Med12 : « On est payé par la sécu avec retard parce que la sécu met en général 6 semaines à 2 mois. Et comme nous on attend de cumuler plusieurs feuilles de soins pour les donner, ça fait encore un bon mois. Donc on est payé au bout de 3 mois ».

Med6 : « Ça, je n'ai pas de problème ; c'est très long 2 à 3 mois mais je suis payée. »

Med11 : « Beaucoup de CMU ! Beaucoup de CMU. Des fois les CMU sont à bout donc vous n'êtes pas payé. La sécu refoule les dossiers, mais tant pis ».

Med1 : « AME problème de remboursement »

Med17 : « haaa non comme moi c'est des CMU, je ne sais pas quand je suis payé, mais je m'occupe pas de ça »

B. L'impact

Ce n'est pas un frein à la consultation

Med11 : « Donc moi, quand j'ai voulu faire la médecine ce n'était pas pour de l'argent. Je voulais soigner les gens malades autour de moi, ma famille. C'était vraiment une ambition très très modeste. Après quand on a réussi, on soigne tout le monde. Pour moi l'argent vient en 4^{ème} voire 5^{ème} rang, Si non ce n'est pas la peine. Vous allez courir après les actes, vous n'allez pas arriver au bon diagnostic. »

Med12 : « Non, on ne l'a jamais fait jusqu'à maintenant. On n'est pas des hommes d'affaires, on n'a pas la rentabilité en point de mire exclusif. Ça fait partie des aléas et des pertes voilà c'est tout »

Med15 : « Sincèrement à mon âge, quand ils ne peuvent pas payer, ils ne payent pas et c'est tout. Autrefois quand j'étais jeune, bon ... mais maintenant, euh... »

Pas de consultation en secteur 2

Med7 : « Après je vois les moyens aussi, il y'a des endroits où il y a des dépassements d'honoraires donc on ne peut pas les adresser à ces praticiens là »

Pas de moyen de paiement

Med16 : « Les gens qui se pointent et à la fin de la consultation vous disent docteur je n'ai pas de sous ! Moi je dis est ce que vous allez chez le boulanger prendre une baguette sans sous ? »

Med6 : « Deuxième feuille et là je reçois les papiers de l'assurance maladie comme quoi la feuille de CMU sur la quelle je me basais était falsifiée. Il vient me voir une 3ème fois. Je lui dis vous venez me voir, votre feuille elle est falsifiée, c'est une fausse CMU que vous avez. Il se démonte pas et il me dit vous pouvez quand même encore me doubler mon traitement. Je l'ai envoyé balader et je ne l'ai plus revu. »

C. Les solutions

Des actes gratuits possibles

Beaucoup d'actes gratuits sont également réalisés par les médecins.

Med11 : « Des fois ils disent, je n'ai pas d'argent pfff (soupir). Je soigne, après s'ils me payent plus tard... J'ai plein d'actes non payés »

Med5 : « Moi quand les gens ne peuvent pas payer, eh ben ils ne payent pas et puis voilà. C'est vrai que l'EDF ne me fait pas cadeau, mais enfin bon ! »

Med8 : « Moi de toute façon s'ils n'ont pas de prise en charge, je les soigne quand même. L'argent ce n'est pas un facteur pour moi »

Med16 : « Il y'a en beaucoup de CMU déjà donc ça évite les problèmes qui fâchent. Généralement à part quelques anecdotes on est réglé. De tant en tant il y'en a même parmi les autochtones. »

Certains patients acceptent de payer directement la consultation

Med3 : «Souvent, ils ont l'aide médicale d'état ; Ou alors ils payent quand même quoi. Je n'ai pas été embêté pour le paiement de la consultation. »

Med4 : « Soit il y'en a qui règlent directement. De ce coté là, je n'ai jamais été confronté à aucun problème. »

IV. Difficultés liées à la religion

A. Le ressenti

Parfois ignorée

Med14 : « La religion on ne l'aborde pas »

Soit elle ne pose pas de souci

Med3 : « Au niveau de la religion euh, moi je trouve qu'il n'y a pas d'obstacle. »

Soit elle pose des difficultés

- Le ramadan

Pris en compte par les médecins avec adaptation du traitement

Med4 : « En période de ramadan j'adapte mes prescriptions.

Il y'a un truc qu'on a jamais abordé avec eux, c'est le coté gélule ; parce que je ne suis pas sûr que la gélule ne soit pas faite à base de porc mais bon on en n'a jamais parlé. »

Med13 : « j'ai pu comprendre qu'en période de ramadan, quand on est malade, on est autorisé à se soigner. Après s'il y'a un refus, on essaye d'adapter le traitement pour que ce soit pris la nuit. »

Med17 : « Je me battais avec une diabétique qui ne prenait pas ses médicaments et qui faisait le ramadan, qui bouffait comme quatre au moment de la rupture du jeûne, bref il y'avait rien à en tirer. Si non pas de difficulté particulière. »

Med8 : « Au moment du ramadan, on peut avoir des refus de prise de traitement, mais ça, ce n'est pas uniquement les immigrés. Je crois que c'est général à la religion. »

Ou alors, ils décident de ne pas en tenir compte :

Med12 : « Alors pour le ramadan, moi je n'ai pas de position sur le ramadan. Ça n'est pas un événement médical pour moi le ramadan. C'est un événement pour eux qui va perturber peut-être la prise en charge d'un diabète par exemple. Moi je leur dis qu'il convient de faire ceci et puis c'est tout. Moi je n'ai pas une baguette pour aller les rappeler à l'ordre chez eux.»

- Consultations des femmes musulmanes

Med14 : « Chez les femmes, si elles sont d'origine musulmane, ça se voit d'après le voile, mais bon ce n'est pas mon problème. Ce n'est pas quelque chose que j'aborde et ça ne me pose pas de problème en tout cas. »

Med15 : « Oui ce n'est pas la même mentalité surtout avec les femmes musulmanes africaines. Parfois j'ai du mal à les examiner. Je ne les examine pas je les envoie chez le gynéco. C'est pour vous donner un exemple.

Oui mais parfois je ne veux pas les heurter. Quand je vois qu'elles ne sont pas très chaudes pour se faire examiner, moi j'en reste là. »

Med16 : « Il y'a toujours le problème de l'examen gynécologique ou en général chez les personnes d'origine du Maghreb ou des pays musulmans quelconques. Ça il y'en a plein la presse.

C'est un peu pareil, j'en ai moins, mais c'est vrai qu'on a quand même de grosses difficultés de déshabillage et sans vouloir faire de voyeurisme. Relever la main pour prendre la tension, passer le stéthoscope entre les vêtements. »

Med3 : « Même s'il y'a la religion musulmane et tout ca. Même si c'est une femme, moi personnellement je n'ai pas encore rencontré de souci. S'il faut réaliser une consultation, s'il faut une consultation, elles le font. »

Med9 : « Oui sans souci. Quelques fois j'ai des couples où j'ai que la femme et le mari va voir un médecin homme. »

Med6 : « Non, il y'a des femmes très très voilées accompagnées tout le temps par des hommes, ça se passe très bien ; sincèrement, je n'ai pas de souci. De toute façon je pense que si ça ne se passait pas bien, ils ne reviendraient pas. »

Med1 : « Image de la femme et pas de serrement de la main sur le plan religieux »

B. L'impact

Adaptation / Flexibilité

Med4 « Au niveau de la religion moi je m'adapte. Dans la mesure du possible si je peux leur donner un sirop sans alcool je leur donne du sirop non alcoolisé mais ce n'est pas toujours évident. »

Non adaptation / Non flexibilité

Med12 : « Non je n'adapte pas ma pratique puisque ma pratique c'est la bonne pratique pour suivre un diabète. Pourquoi vais-je modifier la bonne pratique pour se couler dans des coutumes qui sont de la liberté des gens ?»

C. Les solutions

Concertation entre confrères

Med 1 : « En parler entre confrères pour trouver une solution. »

V. Difficultés en lien avec la culture

A. Le ressenti

Retard aux consultations ou rendez-vous non honorés

Med18 : « L'autre problème rencontré c'est des retards et des absences. »

Med12 : « on peut parler des habitudes culturelles, de qu'est ce que c'est qu'un rendez vous? Qu'est ce que c'est qu'un horaire? Comment on le tient ou on ne le tient pas? On a des fois des réflexions, je me souviens d'une dame une fois, elle avait rendez vous à 17h et elle arrive à 17h 45 ; ici on ne travaille que sur rendez vous. Et on lui dit « Madame c'est raté, là il est 17h45 l'après midi continue et on ne peut pas vous prendre ». Mais pour elle 17h45, c'est dans les 17h donc elle était en droit. Bon voilà, ça c'est culturel, ils n'ont pas la montre au poignet comme dans notre société à nous. »

Med14 : « ho oui, il faut qu'ils viennent à l'heure !! »

FZ : Difficulté d'être à l'heure au rendez vous alors?

Med14 : « 3h c'est 3h, mais pour eux 3h45 c'est toujours 3h. »

Med16 : « Le gros problème qu'on a et ça j'allais oublier de le dire pourtant c'est important et c'est culturel ; C'est le manque de la notion de rendez vous. Ça c'est catastrophique ! Je ne sais pas comment leur faire prendre conscience que lorsqu'on dit mercredi à 14 h, ce n'est pas avant ou après voire jamais. Quand je vois un nom à consonance, je ne vais pas être méchant, une fois sur trois je sais que je ne le verrais pas. Entre deux, quand je donne un rendez vous assez loin, il aura eu le temps de faire le tour des autres médecins, puis il aura trouvé un plus tôt, et il ne va pas décommander mon rendez vous.

Lorsque je leur mets un report pour un suivi de grossesse à un mois par exemple, et que je ne vois personne arriver, et qu'elle arrive une semaine plus tard en me disant qu'elle n'avait pas le temps, le bébé était malade... Ou vous décommandez le rendez vous ? Mais bref c'est catastrophique ! »

Med6 : « C'est difficile hein, il faut penser qu'en France, il faut prendre un RDV chez le médecin. On ne peut pas se pointer comme ça, passer devant tout le monde en plus il faut tenir l'heure.

Ce sont des difficultés que des personnes ont parce que culturellement, ce n'est pas comme ça!

J'ai un monsieur d'origine angolaise, lui, il a une grosse épilepsie. Je pense qu'il a eu plus ou moins les papiers grâce à ça. Je lui prends un RDV chez un spécialiste à 10h15 il se pointe à 10h30 comme si de rien; du coup le spécialiste l'a viré. »

La couleur culturelle des mots

Med16 : « Il faut toujours être très prudent au niveau de certaines expressions ou au niveau de certaines questions ou autres. Toujours pour les problèmes de culture ils peuvent ne pas comprendre exactement ce qu'on veut dire voire parfois mal le prendre. Il ne faut pas croire que c'est gagné en permanence. »

Différence d'expression des symptômes

Med5 : « L'abord des patients des différentes origines n'est pas toujours la même. La façon d'exprimer une plainte n'est pas la même voilà. Un danois ou un allemand, il ne va pas du tout dire j'ai mal de la même façon qu'un africain c'est sûr. J'ai déjà remarqué que les gens de culture africaine, ils vont dire « j'ai mal partout « », pour vous dire que j'ai très mal. C'est curieux hein !? Alors que l'européen du nord lui c'est précis : c'est là et ce n'est pas là. J'ai très mal, C'est là mais ce n'est pas là. Heureusement qu'on est tous différents hein !? Si on avait tous la même tronche, ce serait...

Il y'a une richesse de la symptomatologie ; quand on est patient, on a peur d'être mal compris hein ! et on a différente façon de l'exprimer. »

Les différences de représentations de la maladie

Med14 : « C'est vrai que des fois, ils me sortent des trucs qui m'étonnent un peu, surtout sur les plaies purulentes ; il y'a quelque chose, un mauvais sort. C'est vrai que chez certaines personnes il y'a des idées préconçues ou des trucs, qui pour moi me sont complètement étrangers. »

Med14 : « j'essaye d'expliquer le plus simplement possible. Leur dire qu'on ne m'a pas appris ça. Il y'a des microbes c'est identifié, on sait qu'il y'a tel médicament pour ça. Après s'il y'a des démons ou quelque chose qui fait que vous avez des boutons qui sortent partout dans le cas d'un eczéma par exemple on a prouvé qu'il y'a de vraies raisons. Bref je leur oppose la science. »

Med4 : « Oui la dessus je trouve qu'ils s'intéressent beaucoup à leur pathologie.

Peut être dans la génération la plus âgée, mais ça les intéresse beaucoup. »

Med6 : « il y'en a pas mal qui ont des problèmes sexuels aussi. Ça s'est vachement hallucinant de parler avec un africain de ses problèmes sexuels. Ils ont des demandes pour des viagra des machins comme ça mais ils ne veulent pas en parler. »

Les représentations du soignant

Med4 : « Oui, je trouve qu'ils ont un respect du médecin que n'ont pas d'autres populations. On est des prestataires de service ; pas pour les jeunes, mais pour les anciennes générations, le médecin représente quelque chose pour eux et ils nous écoutent. »

Med3 : « sinon en général on est bien vu, ils apprécient les médecins. »

Med1 : « Différence de mentalité entre la première et la deuxième génération.

Patients ils sont très chaleureux et respectueux. »

Med11 : « Dans ces pays, il y'a toujours cette tendance « ça va aller ». S'il va voir un marabout à côté ça va aller, il va résoudre les problèmes. Il y'en a encore parmi ceux d'ici qui vont les voir d'ailleurs hein !? Il a peut être consulté et le marabout disait «ne vous inquiétez pas»

Dans ces conditions allez faire accepter des analyses complémentaires, il faut convaincre hein. C'est tout ça, Il faut une approche... je balbutie là dedans je ne suis pas fort. Je suis toujours entraîné de m'intéresser à ces choses là. Je ne suis là que depuis une année. J'étais avant à l'hôpital, donc je ne voyais pas tous ces mondes là. Quand j'arrive ici, je dis non ce n'est pas possible il faut que je lise. »

L'ethnomédecine

Maladies en rapport avec les habitus

- De vie et les conditions financières

Med11 : « Il y'a aussi des gens qui font l'automédication parmi ces gens là. J'en ai une qui a fait une diarrhée ; En l'interrogeant, je constate qu'elle a pris des antibiotiques. Si vous donnez du smecta, ça ne va pas marcher. Il faut prendre le temps ! Ils n'ont pas d'argent alors forcément, ils se refilent les médicaments entre eux !

Ce n'est pas facile, aucun cas n'est facile. Ce n'est pas parce que vous avez résolu un problème chez un congolais à un moment donné que, pour la même pathologie hein... que vous allez résoudre tous les problèmes. Chacun est différent. Une dame est venue me voir un

soir, docteur j'ai mal au bas ventre. Je l'examine hélas, il faut que j'aïlle plus loin : faire un toucher vaginal. En allant faire le toucher, qu'est ce que je découvre ; qu'elle mettait les papiers toilettes sur l'organe génitale ,parce que Mme avait ses règles ; le papier toilette a donné une infection ascendante. J'ai prescrit au moins les compresses. Vous voyez, vous voyez où ça va, dans quelle défaillance sociale de prise en charge.

Med11 : « Une douleur gastrique ça peut être lié au stress terrible de menace d'expulsion. J'en ai eu moi dernièrement. Si vous ne calmez pas l'anxiété hyperadrénergique, vous n'arriverez pas à soigner son mal d'estomac. Il y'a la menace d'expulsion qui est prononcée. L'OFPPRA a dit non, comment vous allez faire? »

Med11 : Oui problème de langue, des habitudes de vie ; et vous avez aussi attention la polygamie! Quand vous découvrez une dysurie chez le monsieur, et vous faites un prélèvement, et vous voyez une maladie qui risque d'être sexuellement transmissible, il faut creuser hein ! »

Med12 : « Le fait qu'un homme ait une MST, qu'il soit polygame ou libertin pour moi s'est exactement pareil. Je vais l'avertir qu'il est en état de contaminer des gens. Mais moi je ne me mêle pas de sa vie privé. Je l'avertis, on ne peut pas commencer à se mêler dans le détail de la vie des gens. »

- D'alimentation : dysthyroïdie, ulcère gastroduodéal....

Med11 : « Ah oui !!! De l'ethnomédecine pratiquement.

Oui parce que c'est de l'ethnomédecine, pourquoi pas ? Vous savez, l'ulcère chez un congolais, si vous dites qu'il ne faut pas manger trop de piment, vous n'allez pas y arriver. Ou alors ils mangent des feuilles de manioc, si vous ne dites pas « attention, il y'a du cyanure dans le manioc, le fougou il y'a du cyanure là dedans » ; Attention cyanure égale dysthyroidie, vous voyez ? »

Med11 : « J'ai vu une fois une personne, douleur d'estomac sans arrêt ; donc il faut que je réinterroge au niveau de son modèle alimentaire. C'était un guinéen. il me disait qu'il mangeait des bouillies de farine spécifique à base de manioc je crois. Il mangeait ça le matin. C'est un étudiant ingénieur ; attention, il faut que je vous explique le mécanisme des douleurs d'estomac en lien avec son alimentation. Si vous donnez un IPP, ça ne marchera pas !ça soulagera un moment, mais... »

Med6 : « J'ai découvert quelque chose chez une patiente angolaise. Elle mangeait 6 avocats par jour, elle avait une glycémie à chaque fois au plafond. Je lui ai dit il va falloir arrêter l'avocat je pense »

B. L'impact culturel

Un enrichissement pour le médecin

Med4 : « Par contre j'ai appris des choses, il y'a un échange et ça c'est bien. J'ai appris à connaître la religion, les interdits, les tabous. »

Med5: « Moi, j'adore voyager, j'adore rencontrer des gens de culture différente (ma femme est brésilienne hein !; c'est quand même une culture différente hein ? Et ça me plaît moi, j'aime bien découvrir autre chose, voir des gens qui pensent autrement, qui voient autrement, c'est agréable hein ! Suis peut être déformé par ça, ça ne me pose pas de problème. »

Aucun impact

Med12 : « Vous savez, je ne fais pas d'intrusion dans leur coutume. Je propose la médecine qu'on connaît dans notre pays. Je la mets à leur disposition. S'ils n'ont pas envie de la saisir c'est leur choix le plus strict. »

Une nécessité d'adaptation du médecin

Pas de refus de consultation, cependant adaptation du comportement du médecin en fonction des réactions du patient et du contexte

Med3 : « Oui mais après il faut s'adapter à eux. Concrètement on va chez eux ils dorment dans une même pièce avec tous les enfants qui dorment en semble. Moi ca ne me dérange pas, c'est comme ca

Moi je trouve qu'avec l'habitude, et le temps, on comprend »

C. Les solutions

Med11 : « Vous n'allez pas pouvoir faire changer les gens ! Tout ce qui leur reste, c'est leur façon de manger chez eux. L'objectif ce n'est pas d'enlever ce qu'ils aiment, car ils trouvent les ingrédients (ils vont dans les magasins à la gare, ils trouvent les ingrédients qui viennent d'Afrique, d'Asie et tout ça !)

Dites à un congolais de ne plus manger de fofou, il va ... Mais vous pouvez dire, votre fofou.... Le sorgho est plus cher, mais achetez le sorgho ; il n'ya pas de cyanure dedans ! »

VI. Difficultés liées à l'observance thérapeutique

A. Le ressenti

Med11 : « Il faut aussi dire que le diabète chez les migrants c'est une catastrophe ! Il y a des habitudes alimentaires ...comment vous allez dire à un algérien « il ne faut pas trop manger de baklawa « vous n'allez pas réussir. Beaucoup pensent aussi que le diabète c'est seulement une affaire de sucre, mais non ! L'habitude alimentaire, manger trop gras, ça engendre l'obésité essentiellement androïde et vous n'allez pas réussir ; il faut dire c'est la graisse d'abord, la lutte c'est au niveau de la graisse. Si ce n'est pas de l'ethnomédecine je ne sais pas ce que c'est !!! (Rires) »

Med14 : « Le suivi des traitements c'est vrai que c'est un peu compliqué. Le suivi de traitement à 3 mois on les voit plutôt au bout de 4 mois ou 5 mois, du coup, le traitement n'est pas suivi et on les revoit dans l'urgence, alors que ça fait plus d'un mois qu'ils n'ont plus de médicaments et ils demandent à être vus rapidement.

Oui ça, ça m'agace !! Oui les diabétiques qui font un jeûn prolongé et qui ne prennent pas leur traitement, oui j'avoue que j'ai du mal.»

Med17 : « Je me battais avec une diabétique qui ne prenait pas ses médicaments et qui faisait le ramadan qui bouffait comme quatre au moment de la rupture du jeûne, bref il y'avait rien à en tirer. Si non pas de difficulté particulière. »

Med3 : « Chez les diabétiques quelques fois on a des problèmes ils ne suivent pas le régime. »

Med6 : « C'est l'horreur, les diabétiques de toute nationalité ; moi je me fais allumer par la caisse parce que je n'ai pas l'hémoglobine glyquée tous les 3mois. Là c'est du grand n'importe quoi !!

Med7 : « C'est très compliqué, c'est un changement de vie quasiment. Mais bon je n'ai pas eu de diabétique dans les personnes que j'ai eu à voir.

B. Les solutions

Med5 : « C'est l'abord et le contact qu'on arrive à avoir avec eux, et l'échange qu'on arrive à avoir avec eux pour faire respecter les traitements par exemple. Souvent les gens euh, vous allez faire simple, et les gens sont plus compliants, ils s'adaptent mieux hein !

Par exemple le diabétique qui ne respecte pas son traitement et bouffe n'importe quoi, et qui a une hémoglobine glyquée à 9,90 et qui dit « Ah non Dr je suis mon régime ! (rires) c'est marrant, j'ai le même et pas de diabète ! » Et le gars, je lui mets un traitement pour 3 mois, et le gars il revient 5 mois après, et il me dit « ah, il a fallu que j'aille au pays » Moi je dis, « c'est prévisible, quand tu vas au pays, faut me le dire pour que je te mette 5 mois ou 6 mois » « ah je n'ai pas eu le temps ! » Il n'a pas eu le temps de prendre ses médicaments ! Quand il sera aveugle, il aura le temps hein ! parce que la cécité c'est d'un coup hein ! »

5.3.2 Quelques pistes d'amélioration

Pour certains, il n'y a pas de différence de prise en charge

Med1 : « pas de différence de prise en charge. »

Med11 : « Il est différent mais au bout de votre diagnostic, vous allez donner les mêmes médicaments que les gens locaux. »

Med17 : « Oui ; les difficultés rencontrées ne modifient pas la prise en charge. »

Med16 : « J'en ai surtout en passage et dans ce cas là effectivement c'est toujours difficile. Ceux que j'ai en patientèle continue au bout de quelques temps il n'y a plus de souci. »

Pour d'autres

Med11 : « La curiosité des confrères. Et le fait de dire qu'il est là pour des raisons forcément majeures et non pas par cupidité. Essayer de comprendre ça. Le respect pour l'être humain

De se former oui ! Là, je fais comme ça moi-même je n'ai pas les diplômes ; il faut avoir le temps aussi.

Approfondir la médecine tropicale ; j'ai des maladies de peau que je ne trouve pas chez les locaux, des vers intestinaux qui donnent des grattages, des fissures anales etc. »

Med4 : « il y'aurait quelque chose à faire sur la médecine et religion, voir comment

accommoder les traitements à la religion. (Gélules, suppositoire etc.)

Puis après il y'a tout ce qui est vaccination des choses comme ça. Au fait la prévention aussi qui peut être mise en place. »

Med1 : « Solution c'est d'avoir plus de médecins. »

Med10 : « une idée à proposer, il faudrait changer la mentalité de la majeure partie de la population française, pour qu'ils acceptent un peu plus les étrangers et qu'ils soient moins racistes et que ça se serait déjà quelque chose ! »

Med18 : « apprendre les langues comme idée d'amélioration. »

Med11 : « Il faut toujours rester médical, la compréhension du contexte, l'origine l'habitude de vie ne sont là que pour vous aider à construire votre argument clinique et aller au diagnostic et à la prescription.

Il faut les écouter aussi ces gens. Ils ne parlent pas bien la langue, mais ils ont besoin d'être écoutés. On sent dans la relation humaine si l'autre en face il est pressé. Ne serait-ce que dans votre position, votre attitude vous n'avez pas compris sa langue mais vous l'avez écouté quand même, vous l'avez regardé en face. »

5.3.3 Résultat non attendu : Critique des dispositifs d'aide aux soins

Med14 : « Je suis quand même choquée que l'AME, CMU soient totalement gratuits parce que vous consultez, on vous garde 1 euro. Vous vivez en France, vous participez à la vie de la société en France, on vous retire 1 euro. Je trouve que 1 euro c'est rien, que la santé à un coût. C'est une question de participation à l'effort collectif. La discrimination, il ne faut pas en faire de négatif mais la discrimination positive je ne suis pas d'accord non plus... chacun qui est pris en charge par une société doit y participer un minimum. »

Med5 : « Les gens quand ils sont dans un système, c'est difficile de ne pas prendre le pli. Ils prennent le pli du pays où ils sont ! Moi, je n'aime pas trop le genre enfant gâté, il y'a des patients très bien intégrés, mais c'est des enfants gâtés et on a envie de les gifler ! Mais réagissez un peu, vous voyez comment vous voyez les choses, comment vous vivez !? Mais enfin, c'est du gaspillage !!! Ce sont des gros irresponsables avec des problèmes sociaux qui

se reposent totalement sur la société ; « et comment ça, ce n'est pas gratuit ? Et ce n'est pas entièrement remboursé ? J'ai dû payer 4euros 90 !!! » Moi ça m'arrive de leur dire « si tu étais en Afrique, c'est pas 4euro 90 que tu paierais, mais toute la boîte de médicaments et ce serait beaucoup plus cher, et là tu ferais gaffe ! »

Med6 : « Essentiellement quand ils arrivent en France ils ont tout le temps l'impression qu'il y'a l'eldorado du check up. Ils veulent tous un check up, des scanners de partout, des machins. Quelques fois c'est un peu fatigant. Il y'en a des charmants mais il y'en a aussi des.... soupirs.

J'ai autant de difficultés à prendre en charge les bon Français CMU qui vivent chez eux que de la CMU, qui ne font aucun effort pour aller bosser qui picolent. Ils sont pires parce qu'en plus ils tapent sur leurs gosses. »

Med12 : « Je pense qu'ici ils sont quand même gâtés. Nous on les traite exactement comme les métropolitains. Donc je ne vois pas pourquoi on devrait améliorer leur sort alors qu'ils sont probablement ...souvent les migrants qui jouissent de l'AME sont mieux traités que les smicards métropolitains.

Là c'est gratuit totalement je pense que c'est une erreur. Il faut une petite somme, même 1 euro, on gaspillerait moins et ça c'est la politique. »

6. DISCUSSION

6.1. Discussion sur le choix du sujet

Il s'agit d'un sujet original, mêlant la socio-anthropologie à la médecine. Il s'agit du seul travail sur ce sujet présenté à la Faculté de Médecine d'Amiens. Il y'a eu des travaux sur des sujets similaires dans d'autres villes de France, mais ce travail est innovant car les migrants sont appréhendés sous plusieurs aspects, notamment religieux et culturel ; alors que les autres études parlent beaucoup plus de l'aspect socio-économique de cette population (précarité). (1)(2)(15)(16)

6.2. Pourquoi l'intérêt pour les migrants d'Afrique Subsaharienne ?

Il s'agit d'une population très hétéroclite comme vu en introduction : En effet, les migrants sont un ensemble qui comporte quasiment autant de diversités que d'individus. Nous avons, dans notre étude, ciblé l'Afrique subsaharienne, mais les habitants de cette région du monde sont divers par :

- Le pays d'origine ; et à l'intérieur d'un même pays, il existe des différences de culture et de religion selon la localisation;
- Les raisons de la migration,
- Le mode migratoire
- la durée de séjour en France ; il est vrai que la différence entre un primo-migrant et un migrant arrivé de longue date est flagrante, et du coup, les difficultés rencontrées dans les 2 ensembles ne sont pas les mêmes.

6.3. Discussion sur la compréhension des termes du sujet par les Médecins interviewés.

6.3.1. Les migrants

Malgré la définition du terme migrant faite avant l'entretien, celui-ci n'est pas toujours bien compris par les interviewés ; il est très souvent fait un amalgame avec les sans papiers pour certains. Pour d'autres, les migrants de longue date, ou intégrés dans la population, ou ayant un haut niveau scolaire (quelque soit le temps de présence en France), ou alors ayant une situation professionnelle stable, ne sont pas ressentis comme des migrants. L'adoption des règles et du mode de vie de la population d'accueil à elle seule suffirait à faire perdre le titre de migrant. On retrouve un résultat similaire dans une étude menée auprès des médecins généralistes de Rennes sur les patients migrants. (15)

6.3.2. Origine Afrique Sub-saharienne

Malgré la précision concernant la particularité de la population étudiée, les médecins ont très souvent évoqué des migrants venant d'autres régions, nécessitant un recentrage par l'intervieweur. Ceci peut laisser penser que certaines difficultés qu'ils rencontrent avec les migrants d'Afrique subsaharienne sont superposables aux autres populations de migrants.

6.4. Discussion sur les matériels et la méthode utilisés

6.4.1. Les biais de l'étude

Notre étude présente des biais :

1) Un biais de recrutement

Nous avons essuyé de multiples refus d'interviews ; les médecins étant débordés notamment en raison des épidémies de grippe et de gastroentérite qui sévissaient lors de la période de notre recueil de données ; suivies ensuite par la période des vacances scolaires. Certains refus venaient du fait que les médecins n'étaient pas intéressés par le sujet, ou alors n'avaient pas de migrant dans leur patientèle.

Les médecins ayant répondu favorablement ont-ils un profil commun ?

Au moins 4 médecins recevaient beaucoup de réfugiés dont les CADA (centres d'hébergement) se trouvaient à proximité du cabinet médical (Méru et Amiens). Outre les médecins d'origine étrangère (3 médecins) que le sujet a naturellement intéressés, les autres médecins avaient :

- Soit un conjoint d'origine étrangère : 1
- Soit étaient nés ou avaient vécus à l'étranger : 3

Il s'agit donc de médecins avec un profil particulier, portant un intérêt aux migrants, ou avec une ouverture d'esprit en rapport avec leur vécu.

2) Le nombre de médecins inclus

Un échantillon constitué de 18 médecins peut paraître restreint, or il n'en est rien. En ce qui concerne les études qualitatives, la seule occurrence d'une idée suffit ; elle n'a pas besoin de se répéter quantitativement pour être prise en considération. Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important dans ce type d'étude.

La saturation des données a marqué le signal d'arrêt des inclusions. Nous avons eu besoin de 2 entretiens supplémentaires pour nous en assurer.

3) *Pas d'entretien test*

Il aurait été idéal de réaliser un entretien test, ceci afin de nous familiariser à la méthode semi-directive et également de nous assurer de la bonne compréhension des questions. Cependant, nous nous sommes préparés en nous documentant sur la méthodologie des entretiens, la conduite de ceux-ci, les postures à adopter afin de mettre l'interlocuteur en confiance et tirer le plus d'informations possibles.(17)

4) *Déroulement des entretiens*

Certains médecins n'ont pas été très loquaces, et ceci malgré les relances pour tirer un maximum d'informations de l'interview. Nous avons ainsi eu un entretien qui a duré 7 minutes, donc un peu rapide ; mais cependant, le médecin a été concis dans ses réponses et nous retrouvons les idées qu'il a exprimées chez ses confrères.

5) *Pas d'enregistrement vidéo*

Un enregistrement vidéo aurait pu être intéressant pour appréhender complètement les informations non verbales des médecins interviewés (postures, gestuelles, silences...). Néanmoins, la retranscription mot à mot a permis de ne pas transformer leurs propos et de rester fidèle à l'idée qu'ils ont souhaité exprimer.

6) *Inexpérience de l'intervieweur*

En effet, lors des premiers entretiens, nous n'avons formulé que quelques questions de relances. Au fur et à mesure des interviews, nous arrivons plus facilement à reformuler les questions et à recentrer le discours des médecins sur le sujet étudié

Mais du coup, on pourrait penser qu'il y a eu une perte d'informations. En effet, un professionnel de la méthode aurait sans doute fait parler plus longuement les médecins et aurait peut être eu des informations que nous n'avons pas réussi à faire émerger lors de la discussion ?

6.4.2. Les forces de l'étude

Les critères garantissant le caractère scientifique de la recherche qualitative ont été réunis.

1) *La reproductibilité de l'étude*

En effet, la triangulation des données par plusieurs chercheurs assure la reproductibilité de notre étude.

2) *La Validité interne*

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité.

Elle a été assurée grâce à la retranscription ad integrum des entretiens ; ceci a permis une limitation du biais d'interprétation.

3) *La validité externe*

Elle consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres contextes ; pour ce faire, l'échantillon doit être ciblé et représentatif de la problématique.(12)

La saturation des données conforte la validité externe ou transférabilité de notre étude.

6.5. Discussions sur les résultats

Concernant les interviewés :

- L'âge moyen des médecins est de 50 ans, avec un minimum de 37 ans et un maximum de 65 ans. Cette moyenne est portée à 52 ans si on ne considère que les hommes, ce qui est comparable à l'âge moyen de 51,7 ans retenu au 1^{er} janvier 2015 par la DREES au niveau national (51,7 ans en Picardie).(18)

C'est donc un échantillon (en ce qui concerne les hommes) représentatif de la population médicale générale.

Ce qui n'est pas le cas pour les femmes ; dans notre étude, puisque leur moyenne d'âge est de 42 ans, nettement inférieure aux 49 ans retrouvé par le conseil de l'ordre national des médecins. Mais notre échantillon de femmes n'est sans doute pas assez significatif (puisque'on ne compte que 4 femmes)

- La durée d'installation : Plus de la moitié des médecins de notre étude exerce en cabinet depuis au moins 20 ans, 1/3 a plus de 25 ans d'exercice. Leur compétence est donc suffisante pour représenter leurs pairs en termes d'expérience.
- Le mode d'exercice : 2 médecins sur 3 exerçaient seuls ce qui correspond bien au 1/3 de médecins exerçant en cabinet de groupe mono disciplinaire.
- Le fait que notre échantillon soit représentatif de la population médicale française, prouve la transférabilité de notre étude et sa généralisation à la France est donc possible.

- 80% des médecins interrogés sont d'origine française et 1 seul vient du continent africain. Il serait intéressant de savoir si cela est représentatif de la population médicale en général par une étude sur l'origine des médecins.
- 8 médecins ont des liens avec l'Afrique subsaharienne ; on a donc une moitié de l'échantillon qui parle de l'Afrique en connaissance de cause et une moitié profane.
- Méconnaissance de la géographie : Les réponses fournies par les médecins interrogés sur l'origine de leurs patients montrent leur méconnaissance de la géographie de l'Afrique subsaharienne, notamment de sa structuration en régions. Par exemple, ce médecin qui dit « : Nigéria, Congo Kinshasa, Togo, Afrique de l'ouest, Afrique centrale de toute part », alors que le Nigéria et le Togo sont des pays de l'Afrique de l'ouest.

Idem ici : « Avec les gens du Congo, on n'a pas tellement de problèmes pour la langue car ils sont francophones le plus souvent. Alors il n'y a pas que les gens du Congo, on a aussi des gens qui viennent plutôt de l'Afrique subsaharienne Sénégal, Mali »

Alors que le Congo est bien un pays de l'Afrique subsaharienne.

Concernant les patients :

- Statut socioprofessionnel : migrant rime avec précarité dans le discours des médecins. » . Par contre plusieurs études affirment que les migrants sont traditionnellement plus en situation fragile que les français de souche au regard de l'emploi ; ils cumulent des postes moins qualifiés et désertés par les français et se concentrent dans certains secteurs d'emploi comme la restauration, les services à la personne, le bâtiment et l'hôtellerie. En fait, selon l'étude de Cécile Jolly réalisée en 2012, 30% des migrants d'Afrique Subsaharienne ont un profil de classe moyenne (artisans, commerçants, chefs d'entreprise, personnels de santé.....) contre 26% (INSEE 2013) dans la population générale française. La notion de précarité n'a donc pas de lien avec le niveau de formation. En effet, la population immigrée est de plus en plus diplômée notamment grâce à la politique française d'attractivité des immigrés qualifiés et à la mobilité étudiante conjuguée à la hausse générale du niveau de formation dans les pays de départ.
- Situation administrative : De même, les migrants sont associés aux demandeurs d'asile et réfugiés politiques, or ils ne représentent que 10% de l'immigration

régulière. L'immigration irrégulière (sans papiers) quant à elle ne représenterait que de 2 à 5% de l'immigration totale.

- L'accès aux soins : Si on considère l'étude PRIPI 2006(11), 79,2% des immigrés en général ont un emploi. Avec la crise économique de ces dernières années, cette proportion est probablement en baisse. On peut donc dire que environ 75% de la population immigrée possède une couverture d'accès aux soins, et seuls 25% sont bénéficiaires de la CMU et L'AME

Le nuage de mots : On note l'association entre les termes migrants et problèmes ou difficultés ; le mot langue est très récurrent, ainsi que les mots temps, culture, religion et amélioration.

Concernant l'objectif principal

Des difficultés existent bel et bien, et notre étude les met en évidence.

- *La communication*

La langue est la difficulté qui est tout de suite mise en avant par les médecins alors que les migrants venant d'Afrique subsaharienne sont en majorité francophones et donc le problème de langue reste limité. Cependant, malgré cela, il reste des différences de compréhension qui interfèrent avec la prise en charge médicale : interrogatoire laborieux, explications mal comprises ; Ceci est lié à la phonologie différente et à l'utilisation de termes dont le sens n'est pas usuel en France. Cette différence se retrouve par exemple avec les québécois, que nous avons du mal à comprendre car ils utilisent des termes dont le sens n'est pas le même pour nous. L'accent n'aide pas non plus à la compréhension.

On constate quand même que les avis sont plutôt variés, car certains médecins disent ne rencontrer aucune difficulté avec le langage. Il ressort qu'il semble nécessaire de savoir manier la langue anglaise, pour communiquer avec les ressortissants de pays non francophones.

Nous avons été tout de même surpris qu'un médecin parle de médecine vétérinaire, terme à connotation plutôt péjorative, d'autant plus que celui-ci est d'origine africaine et polyglotte de surcroît; parlait-il bien de migrants subsahariens ? Ceci dit, l'utilisation de ce terme de médecine vétérinaire, tout en étant minoritaire, est récurrente dans les études menées sur les problèmes de communication entre médecins et patients immigrés. Cela traduit la frustration d'un dialogue tronqué voire impossible, et ce sentiment d'inachèvement que décrit le médecin

13.

Pour palier à ces difficultés de langue, il est souvent nécessaire qu'une tierce personne serve d'interface pour améliorer la communication. Ceci s'avère gênant quand il s'agit d'aborder des problèmes gynécologiques ou psychologiques devant les enfants ou les tiers appartenant à la famille. Dans son guide pratique 2005 à l'usage des professionnels de santé, le COMEDE pointe du doigt les limites de l'accompagnement par la famille ou un tiers connu du patient, qui manquent de neutralité par les liens qui le rattachent au patient(16) ; et la fiabilité de la traduction n'est pas toujours garantie. Il y'a un partage du secret médical du fait de cette difficulté, qui impose d'être très prudent devant le risque d'exclusion lié à certaines pathologies (VIH par exemple).

La relation médecin-malade est donc modifiée, du fait de la présence d'un tiers, ou du fait de la difficulté de communication dans d'autres cas ; mais elle n'est pas inexistante. Certains médecins ont évoqué la notion de relation faussée par les attentes des patients : certificats qui ouvriraient des droits, check up à la recherche de maladies qui pourraient aboutir à un maintien sur le territoire. Ces demandes sont 'elles déraisonnées ? En effet, le médecin ne devrait pas par sa méconnaissance entraîner une « perte de chance administrative » pour son patient. Une bonne connaissance de la loi permettrait de passer outre cette difficulté, et de se départir de la méfiance générée par une demande à laquelle le médecin ne sait pas répondre.

Il ressort également un mutisme sur l'histoire migratoire pour les patients essentiellement réfugiés ou sans papiers ; Il incombe au médecin de part son écoute empathique, de mettre en confiance le patient afin que celui-ci puisse s'ouvrir à lui.

Enfin, pour améliorer la communication, Il serait intéressant de développer le langage non verbal, amplifier la gestuelle, et introduire des images pour s'assurer de la compréhension des consignes. Par ailleurs favoriser l'interprétariat professionnel en ville et le large accès aux interprètes aussi bien par le patient que par le médecin serait une piste intéressante.

Il y'a également la nécessité de mettre l'accent sur l'examen clinique, mais ceci s'applique à tous les patients pris en charge, qu'ils soient migrants ou non.

- *Consultations chronophages*

Mener un interrogatoire de qualité malgré la difficulté de communication, expliquer le diagnostic et les traitements ; jouer les rôles de prévention et de dépistage inhérents au statut de médecin généraliste entr'autres, sont assez chronophages.

Les consultations plus longues, sont un réel souci quand on sait qu'une consultation dure en moyenne 15 min. Cela pose la question du paiement à l'acte, de plus en plus critiqué par les médecins, qui demandent une revalorisation du prix de consultation. Le médecin 12, évoque l'idée d'un paiement au forfait comme cela se pratique dans certains pays anglo-saxons (Angleterre notamment).

- ***Les finances***

Elles ne constituent pas un frein à la consultation pour les migrants ; les médecins réalisent assez facilement des actes gratuits, et par ailleurs, les dispositifs d'aide d'accès aux soins permettent aux médecins d'être payés, même si quelques-uns ne le sont pas, mais il s'agit là d'une minorité d'actes.

Donc, contrairement aux idées reçues, l'argent ne semble pas être un frein à la consultation.

Les médecins sont assez sensibles à la situation économique de leurs patients (d'autant plus que celle-ci a un retentissement sur leur état de santé). Ainsi, quand on leur demande une idée pour améliorer la prise en charge de ceux-ci, ils évoquent spontanément l'amélioration de leurs conditions de vie, notamment l'accès à un logement décent.

On remarque également qu'ils sont attentifs aux tarifs pratiqués par les correspondants lorsqu'ils adressent leurs patients pour un avis spécialisé. Ceci peut être perçu comme une médecine à 2 vitesses, mais ce n'est pas un problème particulier aux migrants d'Afrique subsaharienne. En effet, une partie de la population française ne peut pas accéder à ce secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires.

- ***La religion***

D'emblée, la religion musulmane est celle qui est citée quand la religion est mentionnée comme une difficulté, et ceci fait écho à l'actualité. Mais globalement, les médecins et patients essayent de trouver un juste milieu pour que tout se passe au mieux.

Hormis 1 médecin qui dit ne pas tenir compte de la religion, les médecins disent très souvent adapter leur conduite et leurs prescriptions aux croyances du patient ; ainsi, pendant le ramadan, ils vont facilement décaler les prises ou alors choisir un traitement qui colle au plus près aux exigences du jeûne en journée, et ainsi s'assurer de l'observance thérapeutique.

Il persiste des problèmes liés à la prise en charge des femmes musulmanes; elles consultent plus souvent des médecins femmes. Quand le médecin est un homme, on note une gêne des 2

parties. Autant les médecins sont gênés et font donc des examens cliniques à minima, autant les patientes le sont aussi, mais acceptent celui-ci malgré tout. Le médecin réfère ainsi plus facilement au gynécologue par exemple.

Ceci dit, la population musulmane dont parlent les médecins est-elle bien originaire d'Afrique subsaharienne ? *La religion musulmane n'est pas la religion majoritaire en Afrique subsaharienne.*

Au total, la religion ne semble pas poser de problème particulier, mais ceci parce que de part et d'autre, chacune des parties s'adapte et fait des efforts.

- ***La culture***

Les médecins interrogés ont mis en avant les retards de consultations et des rendez-vous non honorés, avec la nécessité d'éduquer leur patientèle. S'agit-il effectivement d'une particularité des patients africains ? Car il nous semble bien que le langage usuel a intégré le ¼ d'heure savoyard !

Dans notre société, l'effet pervers de l'accès facilité aux soins est que le médecin a perdu son statut de notable dans la société, ce qui n'est pas le cas en Afrique. Le soignant y est considéré comme celui qui possède la connaissance, et à ce titre, est reconnu et respecté. Cela se ressent dans le discours des médecins, ils ressentent bien la considération de leurs patients envers eux.

Les représentations culturelles des soignants, et de la maladie diffèrent de la vision européenne. En Afrique subsaharienne, un individu existe comme un élément d'un groupe, et peu pour lui-même, ce qui explique cette solidarité traditionnelle que l'on peut observer dans les populations africaines. Un problème de santé qui touche un individu, touche le groupe en entier, car il en bouleverse l'équilibre. Tous les événements de la vie (positifs ou négatifs) ont un sens ; un événement négatif traduit un « désordre social » ; et la maladie s'inscrit dans ce cadre. La maladie a une double causalité : la cause naturelle, nous dirons organique de la maladie (le pourquoi ?) ; et une cause surnaturelle (le pourquoi moi ?). La recherche du sens, l'interprétation de ces maux est indispensable à la guérison. Cette interprétation aboutit à des explications en termes de malheur, de sanctions dues à la transgression d'interdits, ou à l'évocation de la sorcellerie. Il convient de traiter ces 2 aspects soit simultanément, soit successivement pour guérir. On aboutit donc au concept de pluralisme médical, qui pour Basile Ngonu (19) se définit en 3 secteurs :

- le secteur populaire constitué de la sphère sociale : famille, amis, proches. Le malade devient leur centre d'intérêt et de préoccupation ; ceci aboutit aux chambres de patients pris d'assaut dans les services hospitaliers. Il s'agit là d'une tentative de *rétablir la cohésion sociale ébranlée par le malheur. Ce secteur essaye l'automédication, les avis auprès d'amis et auprès des secteurs traditionnel et professionnel ;
- Le secteur traditionnel : il regroupe les spécialistes de la médecine traditionnelle africaine, qu'on appelle guérisseurs, tradi-thérapeutes, tradi-praticiens (selon l'OMS). On y retrouve également les marabouts et les sorciers, qui constituent un lien entre le monde visible et le monde invisible (dont la religion) ;
- Le secteur professionnel quant à lui, concerne la biomédecine, c'est-à-dire la médecine contemporaine et les médecines dites alternatives reconnues.

Ces différences de représentations de la maladie se traduisent par un vécu de la maladie différent du notre, ce qui se traduit sur la manière d'exprimer les symptômes ; Les médecins parlent d'une richesse sémiologique qui pourrait dérouter.

Cependant, sans nier les croyances ancestrales, on peut noter que du fait de l'éducation, la télévision, et surtout internet, l'information circule librement et plus facilement. On tend donc à une uniformisation des schémas de pensée et la science s'impose de plus en plus pour expliquer les pathologies et leur mode de prise en charge. Les jeunes générations sont donc moins enclines que leurs aînés à croire et à rechercher une cause surnaturelle aux malheurs.

Du fait de cette même uniformisation, on assiste progressivement à la disparition de la médecine traditionnelle africaine.(20)(21)

C'est la connaissance de ces notions culturelles qui définit l'ethnomédecine. Selon Fabregas (anthropologue), l'ethnomédecine appartient au champ des études culturellement orientées vers la maladie, dont l'objectif est d'expliquer une maladie, sa genèse, ses mécanismes, ses caractéristiques descriptives, son traitement et sa résolution comme un évènement ayant une signification culturelle. Il s'agit là d'une consultation transculturelle. Dans son article sur la pratique médicale et les diversités culturelles(22), Céline Loubières critiquait cette consultation transculturelle, dans le sens où elle correspond à un modèle culturaliste qui pointe du doigt le caractère spécifique de certains patients, qui auraient ainsi besoin d'un mode de prise en charge singulier

Elle mettait en garde contre « le tout culturel » : enlever à un patient sa singularité et l'enfermer dans sa culture ; cela a abouti par exemple à la création du syndrome méditerranéen, qui n'est qu'une construction de l'esprit. Il est essentiel de ne pas oublier l'universalité de chaque individu, toute la difficulté réside alors dans l'effort à fournir pour garder une juste mesure et ne pas basculer dans une prise en charge trop culturaliste ou trop universaliste.

« Le culturalisme, même pavé de bonnes intentions peut être discriminant, humiliant, voire franchement raciste » dit le Dr Epelboin à ce sujet.(23)

La différence culturelle n'apparaît donc pas être un obstacle à la prise en charge médicale ; il s'agit de trouver un équilibre entre le culturalisme et le nihilisme pour établir une relation de qualité avec son patient. Comme le dit le Pr Olivier Bouchaud, il suffit de « considérer » la personne derrière la maladie.(24)

- *L'inobservance thérapeutique :*

Au vu des entretiens, il semble que l'inobservance thérapeutique soit similaire dans cette population de migrants que dans la population générale surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques.

En effet, nous retrouvons dans le discours des interviewés les mêmes plaintes et récriminations qui sont formulées envers les patients locaux porteurs de maladies chroniques. L'observance thérapeutique peut être améliorée par la qualité de la relation médecin-malade.

Concernant les objectifs secondaires

- L'impact de ces difficultés
 - Les médecins interviewés disent que pour eux, il n'y a pas de différence de prise en charge avec les patients autochtones ; ceci est tout de même à pondérer, car on note quelques contradictions. En effet, les difficultés rencontrées et les stratégies mises (notamment l'accompagnement par des tiers des patients ayant des difficultés de communication, les consultations gratuites, l'adaptation des pratiques et des schémas thérapeutiques) en place pour les surmonter sont la preuve même de cette différence de prise en charge.

Ils ont sans doute voulu exprimer le fait qu'une fois ces difficultés surmontées, la prise en charge médicale stricto sensu est la même. En effet, les pathologies et les schémas thérapeutiques sont exactement les mêmes que pour leurs autres patients locaux.

Par ailleurs, nous avons été surpris que les médecins n'évoquent pas de difficultés liées au dépistage et au diagnostic des pathologies des migrants (VIH, tuberculose, paludisme...). Les raisons pourraient être effectivement une aisance médicale qui leur permet de diagnostiquer ces pathologies sans difficulté ; ou le fait que la médecine de ville ne constitue pas le premier recours des migrants, comme le met en évidence la sociologue Yvonne Guillou dans son enquête sur les patients immigrés réalisée à Rennes en 2007. (15)

- Des idées et des propositions pour améliorer cette prise en charge
 - Conseils ;

Il apparaît que les médecins au fil du temps adoptent des stratégies pour rendre leurs prises en charge plus aisées. Nous retiendrons ainsi l'accompagnement des

patients les plus en difficulté au niveau de la communication, et ceci plus volontiers par des interprètes non apparentés au patient. La curiosité de l'autre nous semble également un principe intéressant, car celle-ci pousse le médecin à rechercher les différentes facettes de son patient ; facettes qui pourraient avoir un intérêt certain pour le diagnostic, la mise en place de la thérapeutique et la compliance thérapeutique.

Des rencontres entre les médecins et les travailleurs sociaux qui prennent en charge des patients migrants permettraient des échanges édifiants pour tous.

Le travail en réseau, soit avec les services hospitaliers les plus proches, soit avec les confrères spécialistes.

Les autres solutions proposées par les médecins interviewés mettent en évidence les valeurs qui sont à la base de l'exercice de la médecine : l'empathie, le respect de l'être humain, bref, remettre l'humanité au centre de sa prise en charge et surtout respecter le patient qu'on soigne, aussi différent soit-il.

- Les idées de formations évoquées sont
 - o Un enseignement sur la Médecine et Religion,
 - o La prise en compte de la culture dans la pratique médicale (l'ethnomédecine)
 - o L'enseignement de la médecine tropicale
 - o Vulgariser l'apprentissage des langues

6.4.3. Discussion sur les dispositifs d'accès au soin

Nous nous sommes rendu compte que les médecins connaissent effectivement les noms des dispositifs aidés d'accès aux soins, mais ne savent pas quelles sont les démarches pour les obtenir. Ils pensent pour certains qu'il y a une augmentation de la consommation médicale du fait de la gratuité des soins.

Med 12 : « *La plupart des gens migrants ont l'AME. Donc l'AME, le guichet est ouvert, ils ont droit à tout. Moi je suis là pour dispenser les soins, pas pour faire de la politique, pour dire si c'est justifié ou non. Le fait est qu'ils ont droit à tout. Je donnerais tout ce que je peux donner à une personne qui n'a pas l'AME, c'est pareil.* »

En effet, selon une étude menée par la CPAM, les bénéficiaires de CMU ont eu, en 2000, des dépenses de soins supérieures de 13 % à celles des personnes non couvertes malgré une structure d'âge plus jeune. À âge et sexe équivalents, cet écart atteint 30 %, mais il s'explique principalement par un état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU, et plus particulièrement chez les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale (AMD). À état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent plus comparables à celles des autres assurés complémentaires, étant supérieures d'environ 14 % pour les dépenses ambulatoires mais pas significativement différentes pour les dépenses hospitalières.

Comparée à une situation sans aucune assurance complémentaire, la CMU accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques, et augmente la dépense totale de soins d'environ 20 %. La CMU permet à cet égard de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion voisine à celle observée pour les autres assurances complémentaires. À la fin 2000, les bénéficiaires de la CMU considéraient plus souvent que les non-bénéficiaires, que leur état de santé s'était amélioré en une année.

En 2001, le niveau relatif de leur consommation de soins de ville s'est encore accru : il est supérieur d'un tiers à celui des autres patients du régime général

Ils auraient souhaité qu'il y ait une participation forfaitaire aux soins comme pour le reste de la population (Source AMELI)

Cependant, le thème de l'étranger qui abuse est assez récurrent dans la littérature, et même pendant notre étude. Son interprétation semble être assez subjective et on ne peut donc y apporter une réponse définitive.

7. CONCLUSION

La prise en charge des patients migrants d'Afrique subsaharienne se heurte à quelques difficultés pour les médecins généralistes. Les barrières rapportées concernent notamment la communication, les finances, la religion, la culture et l'observance thérapeutique.

Ces difficultés peuvent influencer la relation médecin-malade à des degrés divers. Quand bien même les médecins et les malades mettent en place des stratégies d'adaptation pour passer outre ces écueils, il apparaît nécessaire d'avoir des outils plus formels pour améliorer cette prise en charge. Du fait de son caractère universel, la pratique de l'anglais semble nécessaire. Considérer le patient dans sa globalité est également essentiel, d'où l'intérêt d'avoir quelques notions d'ethnomédecine. Attention cependant à ne pas tomber dans des excès bien-pensants et stigmatisants qui pourraient biaiser la prise en charge.

Enfin, remettre l'humanité (l'empathie, l'écoute de l'autre, acceptation de la différence) au centre de notre pratique médicale, de plus en plus technique, et ceci dès la formation universitaire, serait fort souhaitable.

8. LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MATHIEU A, DELEPLANQUE M le DD, ALCARAZ M le DI, CADWALLADER M le DJ-S. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MIGRANTS EN MEDECINE GENERALE. 2011 [cité 8 avr 2015]; Disponible sur:
http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu_0.pdf
2. LAURENT QUERRIOUX I. ENQUETE SUR LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRECAIRES ET MIGRANTS PRECAIRE RESSENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE.
3. Organisation des Nations unies pour le développement industriel, Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement. Le développement économique en Afrique rapport 2011: promouvoir le développement industriel en Afrique dans le nouvel environnement mondial [Internet]. New York; Genève: Nations Unies; 2011. 107 p. Disponible sur: http://unctad.org/fr/Docs/aldcafrica2011_fr.pdf
4. Le secteur informel en Afrique : un moteur non négligeable de l'économie [Internet]. Afrique Expansion Magazine. [cité 28 avr 2015]. Disponible sur:
<http://www.afriqueexpansion.com/le-secteur-informel-en-afrique-/5759-le-secteur-informel-en-afrique-un-moteur-non-negligeable-de-leconomie.html>
5. Charles Salomon. L'occupation des territoires sans maitre: etude de droit international. La conference de Berlin.--La question africaine.--Colonies et protectorats.--Droits des indigenes et droits de la civilisation.--Traites passes avec les indigenes.--Chartes coloniales, lettres de protection.--Compagnies de commerce et societes de colonisation [Internet]. A.Giard. 1889 [cité 28 avr 2015]. Disponible sur:
http://scholar.google.fr/scholar?cluster=4274736085953761981&hl=fr&as_sdt=0,5
6. Bouquet C. Guerres et conflits en Afrique : la décomposition des pouvoirs et des territoires. 2008 [cité 11 mai 2015]; Disponible sur: http://archives-fig-st-die.cndp.fr/actes/actes_2008/bouquet/article.html
7. Bernd H. Les langues africaines. Karthala. 2004.
8. Darrier A. Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France. Freins et motivations [Internet]. 2013 [cité 19 avr 2015]. Disponible sur:
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00834393/>
9. Traoré D. Médecine et magie Africaines ou comment le noir se soigne-t'il. Présence africaine. 2000. 547 p.
10. LE SCOUËZEC P, SINOQUET M-C, VAN ASTEN G, THOMÄ COSYNS L. D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer. INSEE ARS. 2014;(85-2014):6.

11. Programme régional d'insertion des populations immigrées. Panorama statistiques des populations immigrées Comparaisons France-Picardie-Aisne-Oise-Somme [Internet]. 2012. Disponible sur:
http://www.picardie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Cadre_statistiques_PRIPI.pdf
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
13. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
14. Logiciel NVivo pour la recherche qualitative – de l'analyse de contenu et de l'évaluation jusqu'à l'étude de marché [Internet]. [cité 10 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx
15. Guillou AY. Patients immigrés dans la région Rennaise. Le regard des médecins généralistes. 2007 mars p. 49.
16. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique des tiné aux professionnels de santé. 2005.
17. Médecins du Monde. Collecte des données, Méthodes qualitatives [Internet]. Médecins du Monde; 39 p. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-des-professionnels-de-l-humanitaire/Guide-Collecte-de-donnees.-Methodologies-qualitatives>
18. La démographie des médecins (RPPS) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2015 [cité 15 mai 2015]. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html>
19. Ngono B. Comprendre et prendre en charge le SIDA dans l'approche culturelle [Internet] [Ethique médicale et biologique]. [Paris V]: René Descartes Paris V; 2002 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.academia.edu/841427/DEA_DETHIQUE_MEDICALE_ET_BIOLOGIQUE
20. Pays JF. Relation avec les malades originaires d'Afrique noire. Paris: Doin; 1995.
21. Loubières C. Diversités culturelles: diversités des représentations et de la prise en charge de la maladie. [cité 8 avr 2015]; Disponible sur: http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/texte_16.pdf
22. Loubières C. Pratiques médicales et diversités culturelles. Laboratoire d'Ethique médicale et de médecine légale: Université paris 5 René Descartes; 2004 p. 10.
23. Epelboin A. Cultures des soignants et cultures des soignés. 2010.
24. Bouchaud O. Prise en charge des migrants notion d'ethnomédecine. 2010.

9. LES ANNEXES

ANNEXE N°1 : Carte de l'Afrique subsaharienne



Figure 3: Carte de l'Afrique Subsaharienne.

ANNEXE N°2 : Le canevas d'entretien

- 1- Pouvez-vous me décrire le type de patients migrants que vous rencontrés habituellement ? (Nombre, Nouveaux arrivants ou pas ? Situation vis-à-vis de la loi, de la CPAM)
- 2- Quelles difficultés rencontrez- vous dans la prise en charge de ces patients (langue, culture, finances, etc.)
- 3- Quelles solutions y avez vous apporté ?
 - Si difficultés linguistiques comment sont elles résolues
 - Si difficultés financières → CMU, AME, ...
 - Comment avez géré les difficultés d'ordre culturel ?

Y'a-t-il des choses que vous n'arrivez pas encore à régler ?
- 4- Trouvez-vous une différence de prise en charge entre ces patients migrants et vos patients locaux ? Comment expliquez-vous cette différence ?
- 5- Quels liens avez-vous avec l'Afrique Subsaharienne ? (Voyages, liens matrimoniaux, connaissances...) Quel impact ces liens ont sur votre prise en charge des migrants ?
- 6- Comment pensez-vous qu'on peut améliorer cette prise en charge?
 - une formation universitaire ? Post universitaire ? Autre proposition ?

ANNEXE N°3 : Formule de sélection aléatoire des médecins interrogés

Sélection aléatoire des médecines

réf.	Nom Méd.	Adresse
1	Med N°1	Adresse Med 1
2	Med N°2	Adresse Med 2
3	Med N°3	Adresse Med 3
4	Med N°4	Adresse Med 4
5	Med N°5	Adresse Med 5
6	Med N°6	Adresse Med 6
7	Med N°7	Adresse Med 7
8	Med N°8	Adresse Med 8
9	Med N°9	Adresse Med 9
10	Med N°10	Adresse Med 10
11	Med N°11	Adresse Med 11
12	Med N°12	Adresse Med 12
13	Med N°13	Adresse Med 13
14	Med N°14	Adresse Med 14
15	Med N°15	Adresse Med 15
16	Med N°16	Adresse Med 16
17	Med N°17	Adresse Med 17
18	Med N°18	Adresse Med 18
19	Med N°19	Adresse Med 19
20	Med N°20	Adresse Med 20
21	Med N°21	Adresse Med 21
22	Med N°22	Adresse Med 22
23	Med N°23	Adresse Med 23
24	Med N°24	Adresse Med 24
25	Med N°25	Adresse Med 25
26	Med N°26	Adresse Med 26
27	Med N°27	Adresse Med 27
28	Med N°28	Adresse Med 28
29	Med N°29	Adresse Med 29
30	Med N°30	Adresse Med 30
31	Med N°31	Adresse Med 31
32	Med N°32	Adresse Med 32
33	Med N°33	Adresse Med 33
34	Med N°34	Adresse Med 34
35	Med N°35	Adresse Med 35
36	Med N°36	Adresse Med 36
37	Med N°37	Adresse Med 37
38	Med N°38	Adresse Med 38
39	Med N°39	Adresse Med 39
40	Med N°40	Adresse Med 40
41	Med N°41	Adresse Med 41
42	Med N°42	Adresse Med 42
43	Med N°43	Adresse Med 43
44	Med N°44	Adresse Med 44
45	Med N°45	Adresse Med 45
46	Med N°46	Adresse Med 46
47	Med N°47	Adresse Med 47
48	Med N°48	Adresse Med 48
49	Med N°49	Adresse Med 49
50	Med N°50	Adresse Med 50

Entrer le nombre médecin à Sélectionner	4
Nombre total de médecins de la liste	50
Pas de sélection	=I6/J5

Formule de sélection

Rang	Valeur sélectionner	sélection	Nom Dr	Contact
1	=ALEA()*\$J\$7	=ENT(G11)+1	=RECHERCHEV(H11;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H11;A\$4:C\$54;3;0)
2	=G11+\$J\$7	=ENT(G12)+1	=RECHERCHEV(H12;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H12;A\$4:C\$54;3;0)
3	=G12+\$J\$7	=ENT(G13)+1	=RECHERCHEV(H13;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H13;A\$4:C\$54;3;0)
4	=G13+\$J\$7	=ENT(G14)+1	=RECHERCHEV(H14;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H14;A\$4:C\$54;3;0)
5	=G14+\$J\$7	=ENT(G15)+1	=RECHERCHEV(H15;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H15;A\$4:C\$54;3;0)
6	=G15+\$J\$7	=ENT(G16)+1	=RECHERCHEV(H16;A\$4:C\$54;2;0)	=RECHERCHEV(H16;A\$4:C\$54;3;0)

Exemple de résultat

Rang	Valeur sélectionner	sélection	Nom Dr	Contact
1	10,0709090667652	11	Med N°11	Adresse Med 11
2	22,5709090667652	23	Med N°23	Adresse Med 23
3	35,0709090667652	36	Med N°36	Adresse Med 36
4	47,5709090667652	48	Med N°48	Adresse Med 48
5	60,0709090667652	61	#N/A	#N/A
6	72,5709090667652	73	#N/A	#N/A

ANNEXE N°4 : Conditions d'accès à la CMU

Les conditions pour en bénéficier

Il existe trois conditions pour bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) : être en situation régulière, résider en France* de façon stable depuis plus de trois mois et percevoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition de votre foyer. Dans certains cas, vous pouvez être dispensé de justifier de la stabilité de votre résidence.

Conditions de résidence stable et régulière

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, vous devez résider en France (métropolitaine ou départements d'outre-mer*) de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Vous pouvez justifier de votre résidence stable de plus de trois mois par les moyens suivants : trois quittances mensuelles successives de loyer, deux factures successives d'électricité, de gaz ou de téléphone, un bail signé de plus de trois mois, etc. Les personnes sans domicile fixe, ou vivant dans un habitat mobile ou très précaire, doivent au préalable élire domicile auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée, afin d'obtenir une attestation de domiciliation. Cette procédure est gratuite.

* À noter que la CMU complémentaire n'est pas applicable à Mayotte.

Conditions de régularité et droit au séjour

- **Si vous êtes de nationalité étrangère, hors Espace économique européen (EEE) et Suisse** : vous devrez justifier que vous êtes en situation régulière au moyen de votre carte de séjour ou de tout document attestant que vous en avez fait la demande auprès de la préfecture : récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture etc.
- **Si vous êtes de nationalité étrangère, hors EEE et Suisse, et en situation irrégulière** : vous ne pouvez pas bénéficier de la CMU complémentaire. Vous pouvez, en revanche, demander à bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME), sous condition de ressources.
- **Si vous êtes ressortissant de l'EEE ou de la Suisse et que vous êtes « inactif »** : vous devez être couvert par une assurance maladie et disposer de ressources suffisantes, équivalentes au montant du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Vous ne pouvez donc pas bénéficier de la CMU complémentaire. **Attention** : le terme « inactif » vise les personnes qui, n'ayant ni le statut de pensionné (vieillesse, invalidité, rentiers accident du travail ou maladie professionnelle), ni celui d'étudiant (âgé de moins de 28 ans),

s'installent en France sans y exercer d'activité professionnelle et sans pouvoir justifier d'une protection sociale à quelque titre que ce soit.

Liste des États membres de l'EEE :

- les États membres de l'Union européenne (UE) : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, France, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède ; et trois États membres de l'Association européenne de libre-échange (AELE) : Islande, Liechtenstein, Norvège.

Dispense relative à la stabilité de résidence

- Vous n'avez pas à justifier de votre résidence stable de plus de trois mois si vous êtes dans l'une des situations suivantes :
- personne inscrite dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) ;
- bénéficiaire de prestations familiales ;
- bénéficiaire d'un revenu de remplacement : allocation chômage, allocation d'insertion, allocation de solidarité spécifique, allocation spécifique d'attente, indemnisation des régimes particuliers ;
- affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle sur le territoire pour une durée supérieure à trois mois ;
- inscrit à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à trois mois ;
- bénéficiaire d'une aide à l'emploi pour la garde des jeunes enfants ;
- bénéficiaire d'allocations aux personnes âgées (allocation de solidarité aux personnes âgées, etc.) ;
- bénéficiaire d'une allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement (APL) ;
- bénéficiaire de prestations d'aide sociale ;
- demandeur d'asile.

Plafond des ressources du foyer au 1er juillet 2014

Les ressources prises en compte pour l'attribution de la CMU complémentaire sont celles des douze mois civils précédant votre demande. Ainsi, pour une demande effectuée en juillet 2014, vous devez mentionner vos ressources perçues du 1^{er} juillet 2013 au 30 juin 2014.

Plafond annuel de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire, applicable au 1^{er} juillet 2014

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer*
1 personne	8 645 euros	9 621 euros
2 personnes	12 967 euros	14 432 euros
3 personnes	15 560 euros	17 318 euros
4 personnes	18 153 euros	20 205 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 457,807 euros	+ 3 848,539 euros

* hors Mayotte où la CMU complémentaire ne s'applique pas.

Remarque : ces montants sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2014 (source : décret n° 2014-782 du 7 juillet 2014 publié au Journal officiel du 9 juillet 2014).

Cas particulier : vous êtes allocataire du revenu de solidarité active (RSA) socle

Si vous êtes allocataire du RSA socle, vous et chaque membre de votre foyer avez droit à la CMU complémentaire. Vous devez cependant en faire la demande au moyen du formulaire S 3711 « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé » (disponible ci-dessous en téléchargement), l'ouverture de vos droits n'étant pas automatique. Vous n'avez pas à compléter la déclaration de ressources. Il vous suffira de dater et de signer l'encadré réservé à cet effet. Vous devez également remplir le formulaire S 3712 « Couverture maladie universelle - protection complémentaire : choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé » (disponible ci-dessous en téléchargement). Si l'un des membres de votre foyer souhaite un autre organisme que celui que vous avez choisi, remplissez également le formulaire S 3713 « CMU complémentaire - choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé ».

ANNEXE N°5 : Conditions d'accès à l'AME

Les conditions pour bénéficier de l'AME

Vous devez remplir trois conditions pour bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME) : justifier de votre identité, résider en France* de façon stable depuis plus de trois mois, mais en situation irrégulière, et avoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition de votre foyer.

* à noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

Justifier de votre identité

Vous devez justifier de votre identité et de celle des personnes à votre charge en présentant l'une de ces pièces justificatives suivantes :

- passeport(s) indiquant votre date d'entrée en France ;
- carte(s) nationale(s) d'identité ;
- extrait(s) d'acte de naissance ou livret de famille ;
- copie(s) d'un ancien titre de séjour ;
- tout autre document qui atteste de votre identité ou de celle des personnes à votre charge ;
par exemple : permis de conduire, carte(s) professionnelle(s) de votre pays d'origine, carte(s) d'étudiant, document nominatif du ministère des Affaires étrangères.

À noter :

- si vous justifiez de votre identité avec un passeport : n'oubliez pas de transmettre une photocopie de toutes les pages de ce document lorsque vous adressez votre demande par courrier à votre caisse d'Assurance Maladie ;
- si vous justifiez de votre identité avec un extrait d'acte de naissance ou votre livret de famille et qu'ils sont rédigés en langue étrangère : ils doivent être au préalable traduits par une personne assermentée auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays ayant établi l'acte de naissance ou le livret de famille. Cette traduction n'est cependant pas obligatoire si votre caisse d'Assurance Maladie peut vérifier directement les nom, prénom, date et lieu de naissance.

Justifier de la stabilité de votre résidence

Pour bénéficier de l'AME, vous devez résider en France (France métropolitaine ou départements d'outre-mer*) de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

* à noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

Vous pouvez justifier de la stabilité de votre résidence en France avec votre visa ou le tampon figurant sur votre passeport comportant votre date d'entrée en France de plus de trois mois. Si vous ne pouvez présenter ce document, il vous faudra fournir l'une des pièces justificatives suivantes :

- une copie de votre contrat de location ou une quittance de loyer ou une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois ;
- une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe datant de plus de trois mois;
- un avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou à la taxe d'habitation;
- si vous êtes hébergé à titre gratuit par une personne physique : une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe établie au nom de l'hébergeant et datant de plus de trois mois;
- si vous êtes hébergé dans un centre d'hébergement ou de réinsertion sociale : une attestation d'hébergement établie par le centre et datant de plus de trois mois;
- si vous êtes sans domicile fixe : une attestation de domiciliation établie gratuitement par un organisme agréé (par exemple, auprès d'un centre communal d'action sociale ou d'une association agréée) et datant de plus de trois mois;
- ou tout autre document prouvant que cette condition est remplie : par exemple, un document d'un organisme privé à vocation sanitaire ou sociale datant de plus de trois mois (notification de refus de demande d'asile, date d'inscription scolaire des enfants, etc.).

Remplir les conditions de ressources

Pour bénéficier de l'AME, vos ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond, défini en fonction de la composition de votre foyer et de votre lieu de résidence. À noter que ces conditions de ressources sont les mêmes que pour l'obtention de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

Plafond de ressources au 1^{er} juillet 2014

Plafond maximum de ressources pour bénéficier de l'AME, applicable au 1^{er} juillet 2014

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer*
1 personne	8 645 euros	9 621 euros
2 personnes	12 967 euros	14 432 euros
3 personnes	15 560 euros	17 318 euros
4 personnes	18 153 euros	20 205 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 457,807 euros	+ 3 848,539 euros

* hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable.

Les ressources à prendre en compte

Les ressources prises en compte pour l'admission à l'AME sont celles des 12 mois qui précèdent votre demande. Ainsi, pour une demande effectuée en juillet 2014, vous mentionnez vos ressources perçues du 1^{er} juillet 2013 au 30 juin 2014.

Vous devez déclarer l'ensemble des ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non, qu'elles aient été perçues en France et/ou dans un pays étranger, pour chaque membre de votre foyer. Cela englobe : les salaires (après déduction de la CSG et de la CRDS) et revenus non salariaux de l'année fiscale précédente, les allocations (familiales, chômage, etc.), vos pensions reçues (retraite, rente, pension alimentaire) et les autres ressources (location de biens immobiliers, revenus d'épargne et de valeurs mobilières, etc.). Vous devez indiquer les pensions alimentaires que vous avez versées afin qu'elles soient déduites de vos ressources. À défaut de pouvoir présenter de pièces justificatives de vos ressources, vous pouvez faire une déclaration sur l'honneur que vous joindrez à votre formulaire de demande.

LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EN PICARDIE: DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN GENERALISTE

La migration est plus que jamais au cœur de l'actualité. Cette population migrante a une représentation du corps, du soignant et de la maladie différente de la notre. Ces différences peuvent être la source de difficultés de prise en charge médicale.

Nous nous sommes intéressés aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge des migrants d'Afrique Subsaharienne, et à l'impact de celles-ci sur cette prise en charge. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 médecins généralistes. Nos résultats ont été analysés selon la *grounded theory*. Les difficultés évoquées sont multiples et intriquées. La barrière linguistique est citée comme un problème majeur, avec un impact sur la qualité de la relation médecin-malade, et donc sur la compliance thérapeutique. Cette relation est également altérée par les différences culturelles, où s'entremêlent des représentations et des préjugés conduisant à une stigmatisation. Les médecins rapportent des consultations chronophages, avec parfois un sentiment d'inachèvement. Enfin, la religion fait appel aux capacités d'adaptabilité des soignants et des soignés, et ainsi, ne constitue plus une barrière en soit. Le contact avec cette population est un enrichissement en termes d'échanges. L'amélioration de leur prise en charge peut passer par des formations universitaires complémentaires (notions d'ethnomédecine, de médecine tropicale, l'apprentissage des langues) ; mais également par la modification du regard porté par les médecins sur cette population. Il apparaît important de remettre l'Humain au centre de la prise en charge, comme le dit le Pr Olivier Bouchaud, il suffit de « considérer » la personne derrière la maladie.

Mots clés : Migrants, Afrique subsaharienne, médecins généralistes, prise en charge, difficultés, étude qualitative

MEDICAL MANAGEMENT OF SUB SAHARAN AFRICA MIGRANTS IN PICARDIE: DIFFULTIES ENCOUNTERED BY GENERAL PRACTITIONER

Migration is more than ever the focus of news. This migrant population has inherent representation of the body, caregiver and disease, which is different of our's. These differences may be at the origin of care issues for General Practitioner (GPs).

We were interested to show difficulties encountered by Picardie's doctors in medical management of sub-Saharan African migrants and to investigate their impact on medical care.

We conducted a qualitative study using semi-structured interviews with 18 GPs. Our results were analyzed using grounded theory.

Difficulties cited are multiple and intricate. Thus, language barrier was given as a major problem, which has impact on doctor-patient relationship quality, and thereby on therapeutic compliance. This relationship is also affected by cultural differences which mix both representations and prejudices, resulting sometimes in stigmatization. The GPs report time-consuming consultations and for some, there is still a feeling of incomplection.

Finally, religion appeals to caregivers abilities of adaptation, but also patients, and thus, it's no longer a barrier by itself.

Thus, contact with this population from elsewhere is an enrichment in terms of interaction, and improving their management goes further by including in university courses (some notions of ethno-medicine, tropical medicine, language training); but also by improving the perception of some doctors on this population. It is therefore important to put human being at the center of medical care, as stated Prof. Olivier Bouchaud, simply "consider" person behind the disease.

Keywords: Migrants, sub-Saharan Africa, general practitioners, healthcare, Picardy, difficulties, qualitative study