



HAL
open science

Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française

Floriane Diab

► **To cite this version:**

Floriane Diab. Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01714666

HAL Id: dumas-01714666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714666>

Submitted on 21 Feb 2018

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES ET
DE LA GUYANE
2017

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2017ANTI0204

Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 16 Octobre 2017

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Par
DIAB FLORIANE

Examineurs de la thèse :

- Monsieur Pierre COUPPIE
- Monsieur Félix DJOSSOU
- Madame Maryvonne DUEYMES
- Monsieur Julien MARLIER

Professeur (Président)
Professeur
Professeur
Docteur

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien MARLIER.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre COUPPIE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous suis infiniment reconnaissante pour la formation et l'enseignement que vous m'avez apportés. Merci pour votre disponibilité.

A Madame le Professeur Maryvonne DUEYMES,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Soyez assurée de toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Félix DJOSSOU,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Mon passage dans votre service fut extrêmement enrichissant. Merci pour votre disponibilité.

À mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Julien MARLIER,

Merci d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail et de m'avoir encouragée pendant la rédaction. Un grand merci pour ton écoute, ta pédagogie, tes conseils avisés et pour toutes les heures passées à me relire.

À mes parents et à mon frère, pour leur soutien indéfectible et leur amour inconditionnel.

Merci d'avoir toujours cru en moi, sans vous je n'en serai pas là.

À *mon chéri*, merci de m'avoir soutenue et encouragée et de m'avoir supportée pendant les dernières phases d'écriture. Tu me combles de bonheur.

À *ma belle famille*, pour leur soutien et leur amour.

À *Chloé, Anaïs, Aricie et Popo*, merci pour tous ces moments de joie et de folie. Loin des yeux mais près du cœur. À *Oliver* pour sa super traduction en anglais !

À toutes mes merveilleuses rencontres antillo-guyanaises, *Coco, Claire, Steph, Aurélia, Cécé, Richouss, Penda, Richard*, Merci pour votre amitié et votre bonne humeur contagieuse.

À *Laieth*, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Parmi les 45 personnes qui ont accepté de me rencontrer pour ma thèse, j'ai gardé un souvenir singulier de chacune. Je les remercie de s'être livrées à moi et d'avoir partagé leur histoire, leurs peines, leurs angoisses, leur joie et leur bonne humeur pendant un court instant. Une pensée particulière à la famille de Mohammad, je partage votre douleur. Que son âme repose en paix.

« La reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde ». Préambule de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

ABSTRACT

Background : Civil war in Syria is responsible for the biggest migratory and humanitarian crisis the world has known since World War 2. As a consequence, Guyana is impacted by a strong inflow of migrants from the middle-east. Language barrier is causing difficulties when taking care of these patients. The main goal of this study was to evaluate access to acute care for asylum seekers and refugees coming from the middle-east.

Tools and methods : We have conducted an observational, descriptive, transversal, quantitative, retrospective, and monocentric study from January 2014 to October 2016 in the emergency department of Cayenne's Hospital.

Results : A total of 45 patients have been included, out of a population of approximately 150 persons. 71% were from Syria. The immigration peak was in 2016. 25% were 10 year old children and 25% were men on their own between their 30s and 50s, with an average age of 23,6 years old.

100% were literate. 88% had had a long migratory path, 13% of which had gone through more than 2 countries. Pathologies were similar to those usually encountered in Europe. No death has been recorded. Care was satisfactory for all acute pathologies. The condition of two patients with chronic diseases deteriorated, one of which severely. The main issue with care was the language barrier with 45% of patients speaking arab only. 50% of communication with caregivers was considered impossible to establish. When the patient received proper information, access to treatment was more successful ($p=0,019$).

Conclusion : While medical care appears to have been carried out suitably, the study reinforces our belief that translation services are necessary in hospitals, especially in french Guyana which is a territory of immigration and multiculturalism.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX.....	12
I. INTRODUCTION	13
II. GÉNÉRALITÉS.....	14
1. Données géographiques	14
2. Conflit syrien	16
3. Crise migratoire et humanitaire	19
4. Réfugié et migrant, définitions	25
5. Demande d’asile.....	26
a. Procédure de la demande d’asile.....	26
b. L’explosion des demandes d’asile	29
c. Centre d’Accueil de Demandeurs d’Asile	35
6. Associations d’aide aux réfugiés en Guyane	36
a. La Croix-Rouge	36
b. Médecins du Monde.....	37
7. L’accès aux soins, un droit pour tous.....	38
8. Permanence d’accès aux soins de santé.....	39
9. Aides sociales.....	42
a. L’Aide Médicale de l’État	42
b. La protection universelle maladie.....	44
c. La Couverture Maladie Universelle complémentaire	45
d. Allocation pour demandeur d’asile.....	46

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	47
1. Type d'étude	47
2. But de l'étude.....	47
3. Département de recherche.....	47
4. Recueil des données.....	47
5. Critères d'inclusion	49
6. Critères d'exclusion	49
7. Objectif principal	50
8. Objectifs secondaires	50
9. Analyses statistiques	50
IV. RÉSULTATS.....	51
1. Population générale.....	51
a. Description de la population	51
b. Origine géographique et histoire migratoire	51
c. Âge et sexe.....	60
d. Niveau socio-économique.....	61
e. Antécédents médico-chirurgicaux	70
2. Accès aux soins.....	72
2.1. Soins aigus	72
a. Accès aux soins en cas de pathologie aigue.....	74
b. Motif de consultation	75
c. Motifs d'une nouvelle consultation	77
d. Fréquence d'accès aux soins aigus selon les structures de soins	79
e. Examens complémentaires.....	83

f.	Hospitalisation	85
g.	Accès aux traitements	88
h.	Taux de mortalité	88
2.2.	Soins chroniques	88
a.	Accès aux soins en cas de pathologie chronique	90
b.	Motifs de consultation.....	91
c.	Motifs d'une nouvelle consultation	92
d.	Fréquence d'accès aux structures de soins.....	94
e.	Examens complémentaires.....	96
f.	Hospitalisation	97
g.	Accès aux traitements post consultation ou post hospitalisation	97
h.	Accès aux traitements habituels.....	98
i.	Taux de mortalité	100
3.	Communication avec les soignants.....	100
4.	Parcours de soins, prévention, vaccination et dépistage du VIH et de la tuberculose	103
5.	Aides sociales.....	106
a.	Logement	106
b.	Sécurité sociale	107
c.	Carte de séjour	107
d.	Aide financière de l'OFII.....	108
e.	Aide vestimentaire et alimentaire par la Croix Rouge.....	108

V. DISCUSSION	109
1. Analyse des principaux résultats.....	109
2. Les obstacles à l'accès aux soins	116
3. Limites de l'études.....	123
a. Biais de recrutement et justification statistique	123
b. Biais de recueil des données	124
c. Biais lié à l'interviewer.....	124
d. Biais d'interprétariat	125
e. Interprétariat.....	125
f. D'autres outils pour communiquer avec un patient allophone	130
VI. CONCLUSION	131
BIBLIOGRAPHIE.....	132
GLOSSAIRE	139
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	140

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Carte du Moyen-Orient	14
<u>Figure 2</u> : Carte du Grand Moyen-Orient	15
<u>Figure 3</u> : Estimation de la population syrienne déplacée à l'intérieur du pays et nécessitant une aide humanitaire d'urgence	20
<u>Figure 4</u> : Population syrienne : 4.5 millions de migrants vers cinq pays (Turquie, Liban, Jordanie, Irak et Égypte).....	21
<u>Figure 5</u> : Population syrienne : 12.3 millions de réfugiés ou de déplacés en 2016.....	22
<u>Figure 6</u> : Inégalité de répartition des réfugiés syriens dans le monde.....	24
<u>Figure 7</u> : Déroulement de la procédure de demande d'asile.....	28
<u>Figure 8</u> : Suivi de l'évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981	29
<u>Figure 9</u> : Principaux pays de provenance des primo-demandeurs de protection internationale en France en 2016	30
<u>Figure 10</u> : Mise en évidence du nombre de primo-demandeurs de protection internationale en provenance des pays du Moyen-Orient en 2016	31
<u>Figure 11</u> : Répartition des premières demandes d'asile déposées en Guyane en 2016 en fonction de la nationalité.....	32
<u>Figure 12</u> : Principales nationalités admises au statut de réfugié et à la protection subsidaire en France en 2016.....	34
<u>Figure 13</u> : Mise en évidence du pays d'origine de la population cible	52
<u>Figure 14</u> : Répartition de la population selon la ville d'origine	53
<u>Figure 15</u> : Départs des demandeurs d'asile et des réfugiés du pays d'origine et arrivées en Guyane Française	55

<u>Figure 16</u> : Pays de transit des demandeurs d’asile depuis leur départ du Moyen Orient jusqu’en Guyane Française	56
<u>Figure 17</u> : Flux migratoires des demandeurs d’asile du Moyen-Orient entre 2011 et 2016.....	58
<u>Figure 18</u> : Répartition de la population générale en fonction de l’âge.....	61
<u>Figure 19</u> : Catégories socio-professionnelles des demandeurs d’asile et des réfugiés du Moyen-Orient dans leur pays d’origine	62
<u>Figure 20</u> : Professions exercées dans leur pays d’origine	63
<u>Figure 21</u> : Langues parlées par la population adulte	66
<u>Figure 22</u> : Une population adulte multilingue.....	67
<u>Figure 23</u> : Langues parlées par les enfants.....	68
<u>Figure 24</u> : Existence de comorbidités dans la population	70
<u>Figure 25</u> : Antécédents médico-chirurgicaux dans la population générale.....	72
<u>Figure 27</u> : Description des principaux motifs de consultation des réfugiés du Moyen-Orient en cas de pathologies aiguës.....	77
<u>Figure 28</u> : Accès aux structures de soins en cas de pathologie aiguë.....	81
<u>Figure 29</u> : Fréquence d’accès aux structures de soins en cas de pathologie aiguë.....	82
<u>Figure 30</u> : Nombre de patients ayant nécessité la réalisation d’un examen complémentaire au cours de la prise en charge des soins aigus	85
<u>Figure 31</u> : Durée d’hospitalisation des patients ayant présenté une pathologie aiguë ..	87
<u>Figure 33</u> : Description des principaux motifs de consultation en cas de pathologies chroniques.....	92
<u>Figure 34</u> : Accès aux structures de soins en cas de pathologie chronique	96

<u>Figure 35</u> : Mise en évidence des difficultés de communication avec le personnel soignant perçue par les patients	103
<u>Figure 36</u> : Mesures de prévention, vaccination et dépistage de la tuberculose et du VIH chez les demandeurs d’asile du Moyen-Orient.....	105
<u>Figure 37</u> : Mode de logement des demandeurs d’asile et réfugiés du Moyen-Orient .	107

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Bilan de la guerre en Syrie selon le Centre Syrien pour la Recherche Politique (SCPR).....	18
<u>Tableau II</u> : Nombre de pays de transit depuis leur départ du Moyen Orient jusqu'en Guyane Française.....	57
<u>Tableau III</u> : Description des caractéristiques socio-économiques des demandeurs d'asile adultes avant leur départ du Moyen-Orient.....	64
<u>Tableau IV</u> : Accès des femmes à l'éducation et à la vie professionnelle avant leur départ du Moyen-Orient.....	65
<u>Tableau V</u> : Résumé des caractéristiques générales et scolarisation des enfants.	69

I. INTRODUCTION

Avec plus de 470 000 morts, 8 millions de personnes déplacées au sein du pays et 5 millions de réfugiés depuis 2011, la guerre civile syrienne est responsable de l'une des plus grandes crises migratoires et humanitaires (1,2,3).

Depuis 2014, la Guyane compte près de 150 arrivants originaires du Moyen-Orient ayant un parcours migratoire atypique.

Nos équipes médicales constatent une plus grande difficulté à la prise en charge de ces migrants comparativement aux autres patients.

Du fait d'une anamnèse souvent compliquée voire impossible et d'un support linguistique inexistant, la prise en charge des patients reçus dans le cadre d'une pathologie aiguë n'est pas toujours adaptée et les soins semblent parfois être prodigués de manière hasardeuse. Nous mettons également en évidence une difficulté d'accès aux traitements en dehors du Service d'accueil des urgences.

Devant la pérennisation du conflit syrien, véritable urgence humanitaire, nous pouvons penser que l'afflux de réfugiés en provenance du Moyen-Orient va se poursuivre voire s'intensifier, et que nos difficultés de prise en charge vont s'accroître.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient atteints de pathologies aiguës.

Nous nous intéresserons également à leur accès aux soins en cas de pathologies chroniques. Enfin, nous étudierons les caractéristiques socio-démographiques de la population, leur histoire migratoire puis nous mettrons en évidence leur parcours de soins actuel et les difficultés d'accès aux soins.

II. GÉNÉRALITÉS

1. Données géographiques

L'Orient désignait tous les pays qui se trouvaient à l'est de l'Europe. Il comprenait le Proche-Orient, correspondant à l'est du bassin méditerranéen (Turquie, Syrie, Liban, Israël, Irak, Jordanie, Chypre, Égypte) et l'Extrême Orient, regroupant les pays de l'Asie de l'Est.

La notion de Moyen-Orient fut introduite par les Anglo-Saxons au début du XX^e siècle et englobe une entité géographique beaucoup plus vaste.

En effet, après la chute de l'Empire Ottoman en 1918, l'ensemble des pays arabes y furent adjoint avec, pour conséquence, l'abandon du terme Proche-Orient, excepté en France.



Figure 1: Carte du Moyen-Orient

Le Moyen-Orient regroupe actuellement la Turquie, l'Iran, l'Irak, la Syrie, le Liban, la Jordanie, la Péninsule arabique (Arabie saoudite, Émirats arabes Unis, Oman, Yémen, Qatar, Bahreïn, Koweït), l'Égypte, Israël, les Territoires Palestiniens et Chypre. L'Afghanistan et le Pakistan sont souvent ajoutés.

Les États Unis y inclus également les États du Maghreb (Mauritanie, Maroc, Algérie, Tunisie, Libye). On parle de « Grand Moyen-Orient » (4).

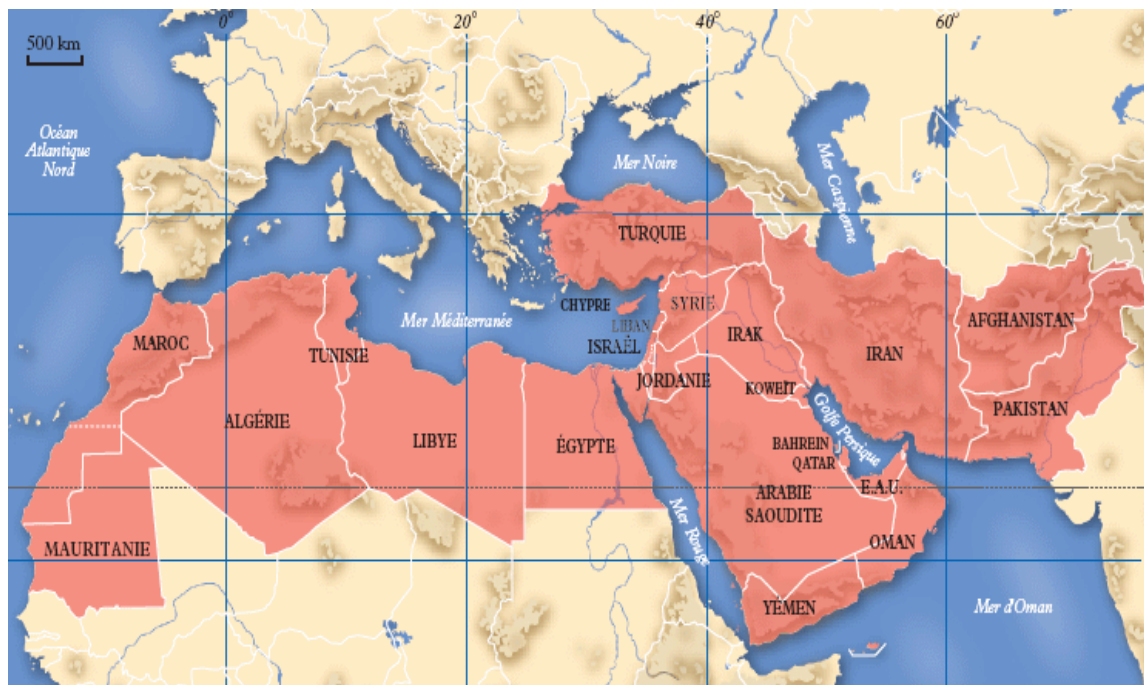


Figure 2 : Carte du Grand Moyen-Orient

2. Conflit syrien

Le « Printemps Arabe » est un mouvement de contestation populaire qui a déferlé sur le monde arabe afin de pousser les dirigeants à mettre fin à des décennies d'oppression.

Né en Tunisie en 2010, ce mouvement se propage rapidement à l'Égypte, au Yémen, à Bahreïn, à la Lybie et à la Syrie.

Les populations protestent contre la pauvreté, le chômage mais également contre la tyrannie et la corruption des gouvernements autoritaires au pouvoir.

Des affrontements meurtriers éclatent entre manifestants et forces de l'ordre ; plus particulièrement en Syrie où le gouvernement de Bachar Al-Assad réprime brutalement les insurrections malgré les condamnations de la communauté internationale.

En Algérie, au Maroc, en Jordanie, en Arabie Saoudite et à Oman, les gouvernements mettent en place des réformes pour répondre aux revendications de la population et contenir le mouvement révolutionnaire.

La guerre civile syrienne débute en 2011 quand éclatent des manifestations d'opposants au dirigeant Bachar Al-Assad. Ces mouvements qui réclament davantage de démocratie sont réprimés, et un conflit armé s'engage entre les pro-Assad et les rebelles au régime. Des mouvements islamistes profitent du désordre pour prendre à leur tour les armes et tenter de s'emparer du pouvoir.

Depuis le début de la guerre en Syrie, le Centre Syrien pour la Recherche Politique (SCPR), organisme travaillant avec l'ONU, dresse le bilan de 470 000 morts (dont plus de 17 000 enfants et 11 000 femmes).

Parmi eux, 400 000 ont été tués suite aux violences du conflit et 70 000 sont décédés par manque d'accès aux soins, à la nourriture et à l'eau potable.

Du fait des difficultés d'accès au terrain, le Haut-Commissariat de l'ONU pour les Droits de l'Homme a arrêté le recensement des victimes depuis janvier 2014 (5).

En février 2017, Amnesty International dénonce une "politique d'extermination" en accusant le régime syrien d'avoir pendu plus de 13 000 personnes en cinq ans dans une prison gouvernementale près de Damas. Son rapport intitulé "Abattoir humain : pendaisons et extermination de masse à la prison de Saydnaya" se base sur des entretiens avec 84 témoins, parmi lesquels des gardiens, des détenus et des juges (6).

Selon l'OSDH, plus de 60 000 personnes sont mortes en six ans sous la torture et dans les terribles prisons syriennes (2).

Plusieurs attaques à l'arme chimique (gaz Sarin, Chlore, gaz moutarde) ont également été relevées, contribuant au massacre de la population.

Au total, 11,5 % de la population syrienne a été tuée ou blessée en raison de la guerre. L'espérance de vie en Syrie a chuté de 70 ans en 2010 à 55 ans en 2015. L'ONG évalue à 255 milliards de dollars les pertes économiques liées au conflit (5).



470 000

personnes sont mortes en Syrie depuis le début du conflit en mars 2011



11,5 %

de la population syrienne a été tuée ou blessée en raison de la guerre



70 000

personnes sont mortes, parmi ces 470 000, en raison du manque d'eau potable, de nourriture ou de médicaments



13 000

personnes mortes sous la torture



178

hôpitaux ont été détruits



55

c'est l'âge de l'espérance de vie en Syrie en 2015. Il était de 70 ans en 2010



225

milliards d'euros correspondent aux pertes économiques liées au conflit

Tableau I : Bilan de la guerre en Syrie selon le Centre Syrien pour la Recherche

Politique (SCPR)

3. Crise migratoire et humanitaire

En 2015, le nombre de migrants et de demandeurs d'asile dans le monde n'a cessé d'augmenter. Plus de 63 millions de personnes ont été contraintes de se déplacer à travers le monde.

Un total de 1 255 600 migrants a déposé une demande de protection internationale en Europe, plus de deux fois plus qu'en 2014 ; les Syriens représentent près d'un tiers des demandeurs (29 %) (7).

La guerre civile syrienne a provoqué un exode massif des populations. Avant la guerre, le pays comptait 23 millions d'habitants. On dénombre environ 12 millions de personnes, soit 50% de la population syrienne, qui ont été déplacé à l'intérieur du pays ou qui ont été forcé de fuir à l'étranger (2,8).

Il s'agit de la plus grave crise migratoire et humanitaire depuis la Seconde guerre mondiale (3).

À l'intérieur du pays, ce sont près de 8 millions de personnes qui ont été déplacées et qui sont confrontées aux bombardements, au manque d'approvisionnement en nourriture, en eau et en énergie (2,8).

Selon l'ONU, la banlieue de Damas compte 1,2 millions de personnes déplacées. Alep figure parmi les villes comptant le plus grand nombre de réfugiés internes, suivi de Idleb et Homs. On note que 13,5 millions de syriens, dont la moitié sont des enfants, ont besoin d'assistance humanitaire d'urgence (8).

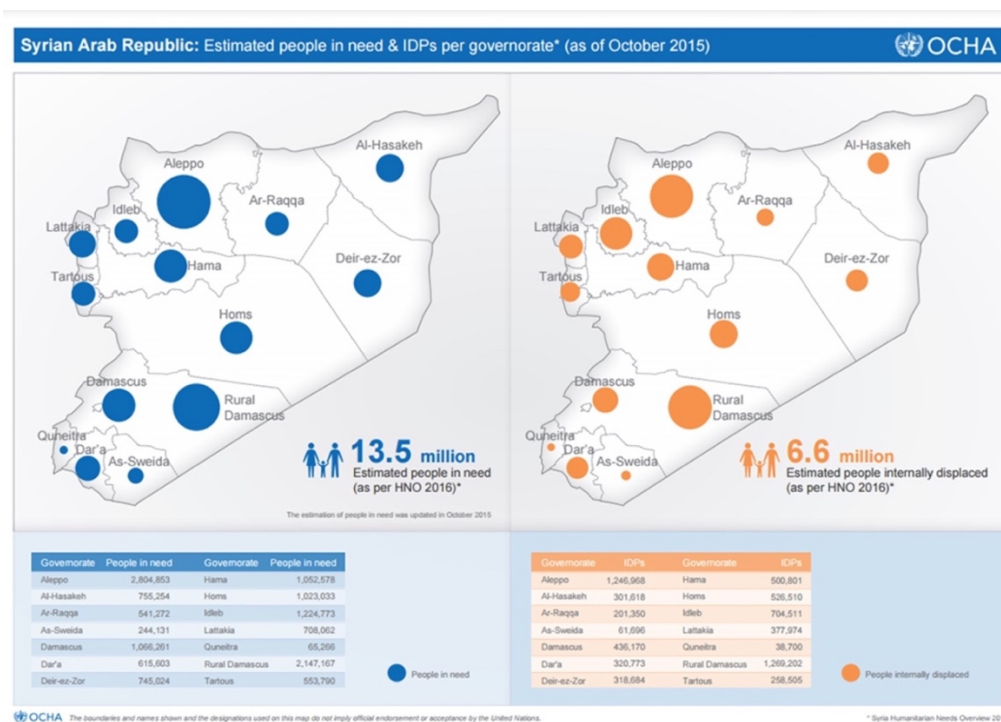


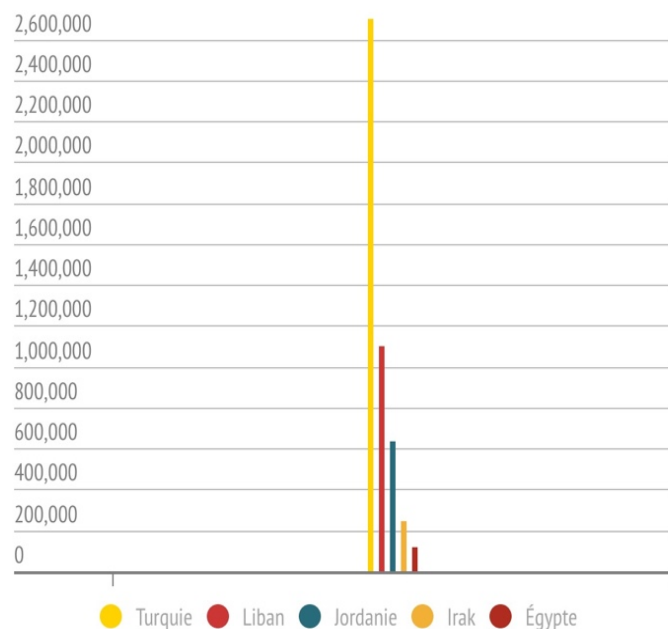
Figure 3 : Estimation de la population syrienne déplacée à l'intérieur du pays et nécessitant une aide humanitaire d'urgence

Les pays du Moyen-Orient et l'Europe doivent faire face à l'afflux de plus de 5 millions de syriens qui fuient le pays depuis le début de la guerre. Environ 25% de la population vit désormais à l'étranger.

Cette situation déstabilise les pays frontaliers en raison du nombre important de réfugiés syriens. On dénombre 2,9 millions de réfugiés syriens en Turquie, 1,5 million au Liban, 1,4 millions en Jordanie, 245 000 en Irak et 137 000 en Égypte (2).

D'après le le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), 90% des réfugiés syriens vivent sous le seuil de pauvreté et plus de 10% d'entre eux sont considérés comme « extrêmement vulnérables », les exposant à l'exploitation au travail et au risque d'abus sexuels (1).

Au Liban, les réfugiés ont augmenté la population de plus de 25% (soit un réfugié pour 4 habitants). Pour stopper le flux de réfugiés, le gouvernement libanais a établi des mesures restrictives pour la délivrance de permis de séjour et un coût exorbitant pour son acquisition. Ainsi, le nombre de réfugiés clandestins a explosé. Plus de la moitié sont désormais sans-papiers rendant très difficile l'accès au marché du travail (8).



Source : Amnesty International, 3 février 2016

Figure 4 : Population syrienne : 4.5 millions de migrants vers cinq pays (Turquie, Liban, Jordanie, Irak et Égypte).

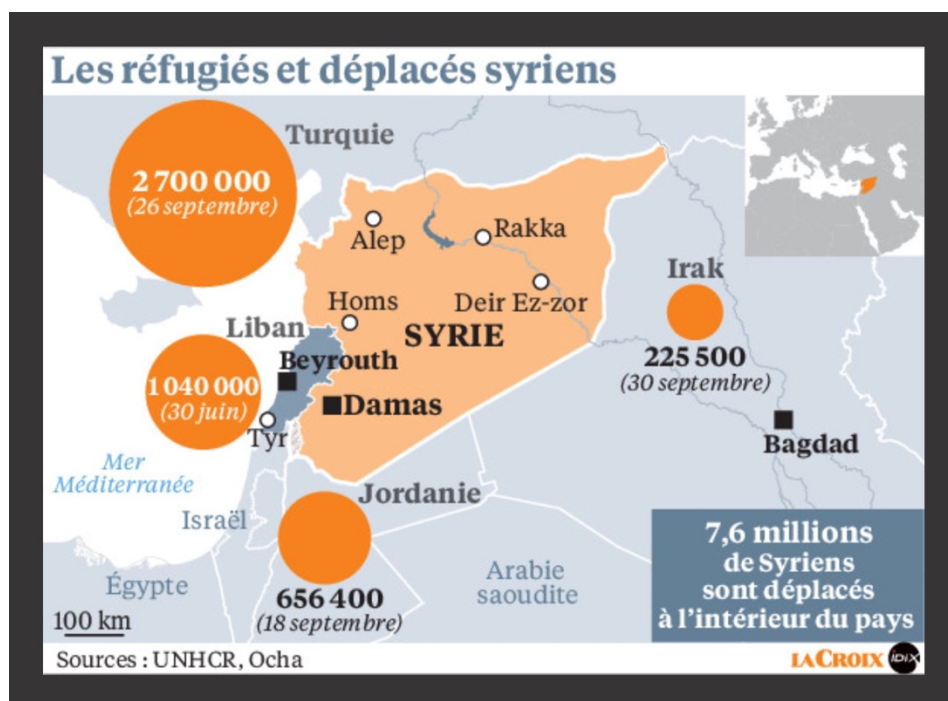


Figure 5 : Population syrienne : 12.3 millions de réfugiés ou de déplacés en 2016.

En 2016, l'Europe a reçu près d'1,2 million de nouvelles demandes d'asile – soit une augmentation de 9 pour cent par rapport à la période correspondante de l'année précédente. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Afghanistan, d'Iraq et de Syrie (9).

L'Europe accueille huit fois moins de réfugiés que les pays voisins de la Syrie (10%). L'Allemagne a accueilli l'Allemagne 1 million de migrants (7) et près de 600 000 de réfugiés syriens depuis le début de la crise (10). En France, plus de 10 000 Syriens ont obtenu le statut de réfugié ou bénéficié de la protection subsidiaire en 2016, selon l'OFPRA (11).

Selon le HCR, plus d'un million de migrants sont arrivés par la mer en 2015, la plupart venant de Syrie, d'Afghanistan et d'Irak. À la fin du mois d'août 2016, la Grèce accueillait à elle seule 59 505 migrants dans 47 camps sur son territoire continental et dans les îles (7).

En mars 2016, un accord est signé entre la Turquie et l'Europe afin de stopper l'arrivée massive de milliers de migrants par bateau en Grèce. Cet accord prévoit le renvoi systématique de tous les migrants vers la Turquie, y compris les demandeurs d'asile, en contrepartie d'un soutien financier de la part de l'Union Européenne (12).

La crise des réfugiés syriens ne touche pas que l'Europe.

La Guyane compte en 2017 environ 300 réfugiés originaires du moyen Orient (Syriens, Iraquiens, Palestiniens). Les circuits pour arriver dans les pays d'accueil sont divers, l'un d'entre eux passe par le Brésil et se poursuit en Guyane où les réfugiés espèrent ensuite rallier la France.

En 2016, le nombre de réfugiés syriens accueillis au Canada était de 30 000, contre 12 000 aux États-Unis (13).

Face à l'ampleur du drame des réfugiés syriens, plusieurs dirigeants d'Amérique du sud ont annoncé que leurs pays accueilleraient davantage de réfugiés syriens (14, 15). C'est le cas notamment du Brésil, avec sa politique de portes ouvertes pour les réfugiés, qui est le pays d'Amérique latine qui a accueilli le plus de ressortissants syriens depuis le début de la guerre civile en 2011 (plus de 2 000). C'est également le pays sud-américain

qui abrite la plus grande communauté syrienne. Depuis 2013, le Brésil délivre des visas humanitaires aux réfugiés syriens avant même qu'ils ne quittent leur pays.

L'Argentine compte également une importante communauté syrienne. Elle a accueilli 233 personnes depuis le début du conflit. Depuis octobre 2014, il existe un programme spécial de visa humanitaire, le "Programme Syrie", qui prévoit que les Syriens soient accompagnés par une famille ou une personne qui les aide à se loger, se nourrir, et à apprendre la langue.

Les pays du Golfe, dont le Qatar, les Émirats Arabes Unis, l'Arabie Saoudite, le Koweït et Bahreïn ainsi que la Russie, le Japon, Singapour et la Corée du Sud n'ont offert aucune place d'accueil pour les réfugiés syriens (5).

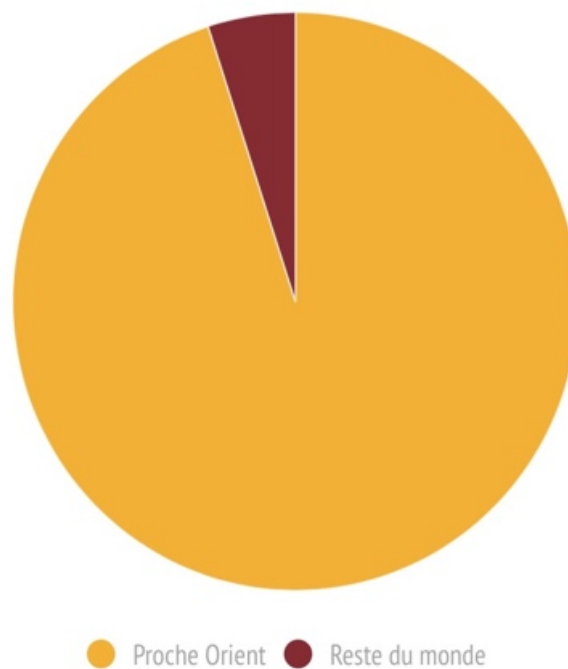


Figure 6 : Inégalité de répartition des réfugiés syriens dans le monde

Sans règlement du conflit, la majorité de ces personnes ont peu d'espoir de pouvoir rentrer chez elles. Les conditions d'accueil sont souvent précaires et il est difficile de reconstruire une vie en exil. Beaucoup ont épuisé les quelques ressources qu'il leur restait.

4. Réfugié et migrant, définitions

Il est fréquent d'utiliser les termes de « réfugié » et « migrant » de manière interchangeable. Il existe cependant une différence capitale entre les deux.

Le HCR établit une différence claire entre "les migrants", qui choisissent de quitter leur pays principalement pour de meilleures perspectives économiques pour eux et pour leurs familles et "les réfugiés" qui sont dans l'obligation de se déplacer en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public. Ils ont droit à une protection internationale en vertu de la Convention de Genève, ratifiée par 145 États membres des Nations unies et signée en 1951 (16).

Selon l'article 1er A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, "le terme de réfugié s'applique à toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner" (17).

Les personnes reconnues réfugiées sont placées sous la protection juridique et administrative de l'OFPRA (l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides).

5. Demande d'asile

a. Procédure de la demande d'asile

Un demandeur d'asile est une personne inscrite dans une procédure visant à obtenir la reconnaissance du statut de réfugié ou de protection subsidiaire.

La protection subsidiaire est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions lui permettant d'accéder au statut de réfugié et qui courrait dans son pays un risque réel de subir une atteinte grave (la peine de mort ou l'exécution ; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ; une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne résultant d'une situation de conflit armé interne ou international) (18).

En France, le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire est accordé par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

La procédure de l'OFPRA consiste, dans un premier temps, à s'enregistrer au guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile.

Un agent de préfecture valide l'ensemble des informations transmises au guichet unique. Puis un agent de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) effectue l'évaluation de la situation personnelle du demandeur.

Dès lors que les conditions sont remplies, une attestation de demande d'asile est remise, d'une durée de validité d'un mois, ne permettant pas de travailler. Dans ce délai d'un mois, il faut déposer ou envoyer à l'OFPRA le formulaire de demande d'asile sous 21 jours. L'attestation est renouvelée pendant toute la durée d'instruction de la demande d'asile, jusqu'à la décision de l'OFPRA.

Une fois que la demande a été enregistrée par l'OFPRA, la personne est convoquée à un entretien. Les délais pour obtenir une décision de l'OFPRA sont variables : 15 jours en procédure accélérée et jusqu'à plusieurs mois en procédure normale.

En application de l'article L.314-11 8° du CESEDA, les réfugiés bénéficient de la carte de résident d'une validité de 10 ans. Un titre de voyage est également délivré par la préfecture du lieu du domicile du réfugié sur sa demande. Il est en principe valable deux ans pour tous les pays sauf celui de sa nationalité ou de résidence habituelle (19).

Déroulement de la procédure à l'OFPPA

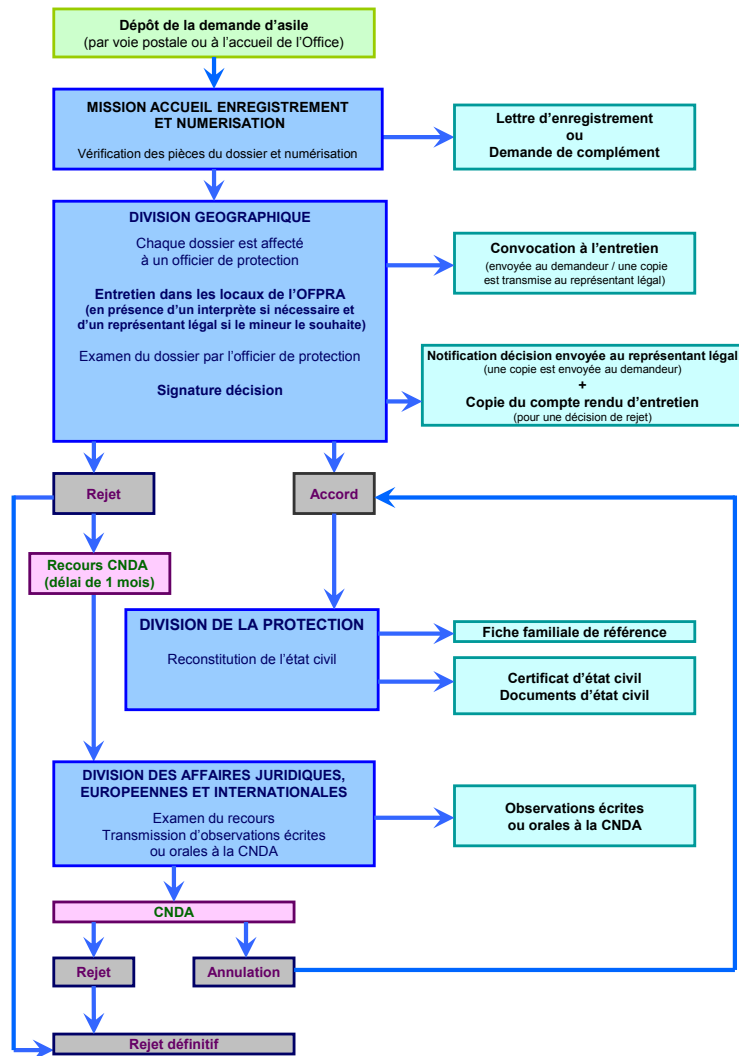


Figure 7 : Déroulement de la procédure de demande d'asile

b. L'explosion des demandes d'asile

Avec plus de 85 000 demandes d'asile en 2016, la France se situait au 3e rang des pays d'accueil de demandeurs d'asile au sein de l'Union européenne derrière l'Allemagne et l'Italie (20).

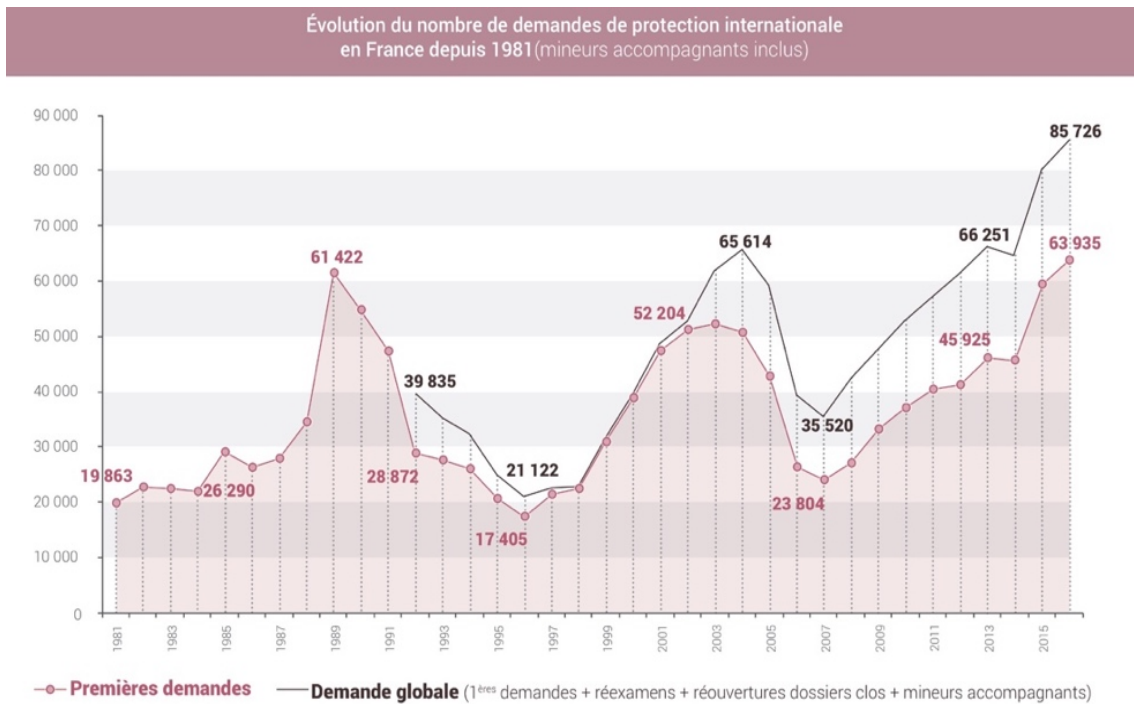


Figure 8 : Suivi de l'évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981

Les principaux pays de provenance des primo-demandeurs d'asile en 2016 sont les pays affectés par les conflits armés internes ou internationaux, à savoir l'Albanie, le Soudan, l'Afghanistan et la Syrie (20).

Plus de 900 000 demandes d'asile syriennes ont été enregistrées en Europe entre Avril 2011 et Mars 2017, contre 137 798 en 2014 (7).

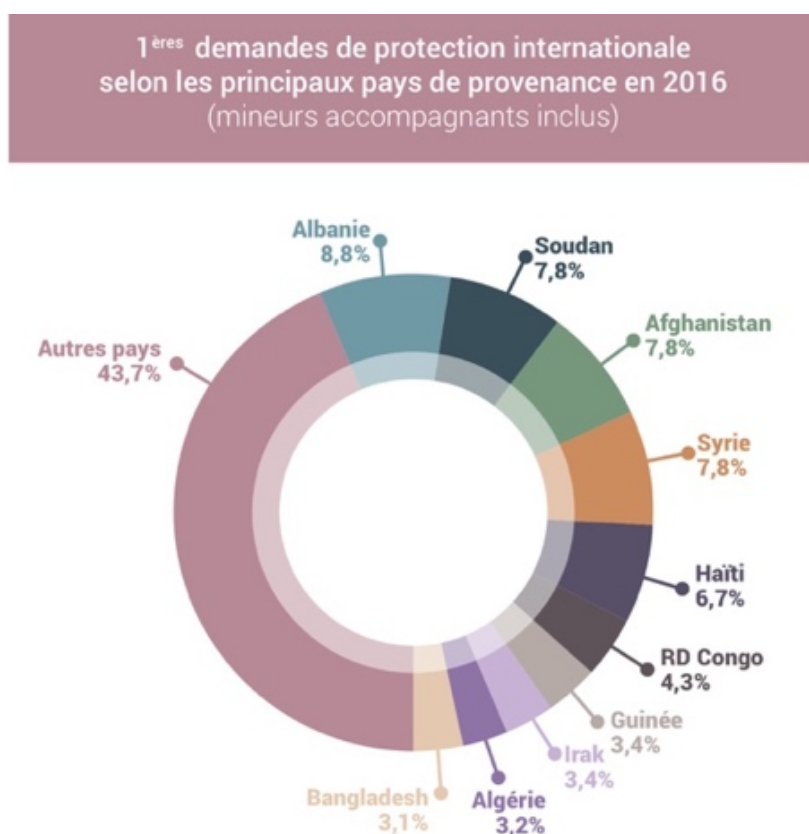


Figure 9 : Principaux pays de provenance des primo-demandeurs de protection internationale en France en 2016

En effectuant un focus sur le Moyen-Orient, les principaux pays primo-demandeurs d'asile en 2016 sont la Syrie, l'Irak, l'Irak et l'Égypte (20).

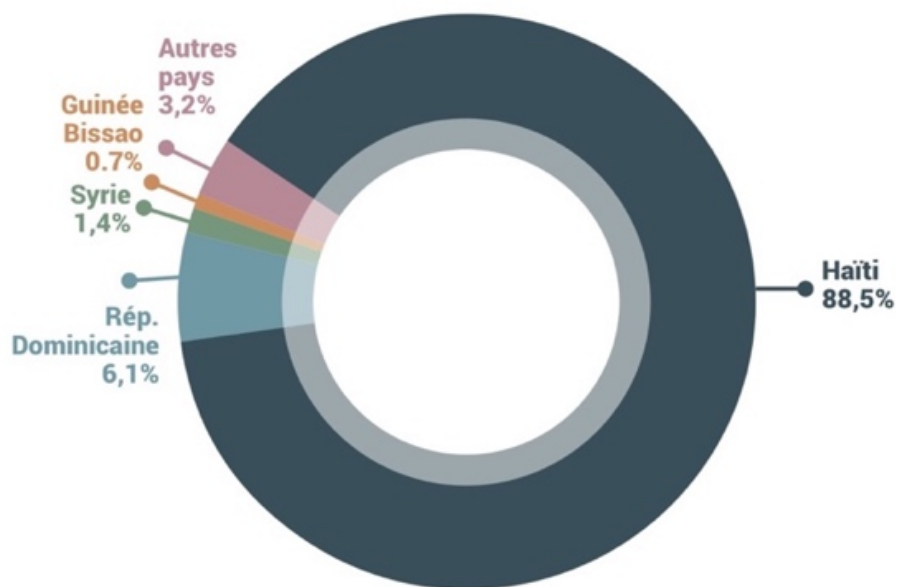
Le Proche et le Moyen-Orient



Figure 10 : Mise en évidence du nombre de primo-demandeurs de protection internationale en provenance des pays du Moyen-Orient en 2016

En 2016, les trois départements français d'Amérique (DFA) concentrent 93,6% du total des premières demandes de protection internationale, dont près de 90% dans le seul département de la Guyane, où la demande a été multiplié par deux par rapport à 2015. La population haïtienne représente 88,5% des demande d'asile en Guyane et reste très majoritaire dans les autres DFA. La population syrienne représente 1,4% des demande d'asile en Guyane en 2016 (20).

Guyane - 1^{ères} demandes d'asile
par nationalité en 2016 (hors mineurs accompagnants)



*Figure 11 : Répartition des premières demandes d'asile déposées en Guyane en 2016
en fonction de la nationalité*

Face à l'augmentation des demandes d'asile dans les DFA, l'OFPRA développe une antenne en Basse-Terre en janvier 2006, afin d'accélérer l'instruction des dossiers. Cette antenne est compétente pour traiter les demandes d'asile déposées dans les DFA (Martinique, Guadeloupe et Guyane) et dans la collectivité de Saint-Martin. La Guyane ne possède pas d'antenne propre ; les dossiers sont enregistrés par la préfecture de Cayenne puis transmis à l'antenne située aux Antilles, ce qui majore la durée de traitement des dossiers.

En Guyane, les demandes d'asile explosent en 2015 (seules 3% de ces demandes sont déposées par des personnes originaires du Proche-Orient). Le renforcement des moyens depuis 2015 permettant de doubler le nombre de décisions prises par l'OFPRA pour les demandes d'asile déposées à Cayenne n'a pas suffi à juguler le flux intense des nouvelles demandes (plus de 5000 premières demandes ont été enregistré en Guyane contre moins de 500 en Guadeloupe).

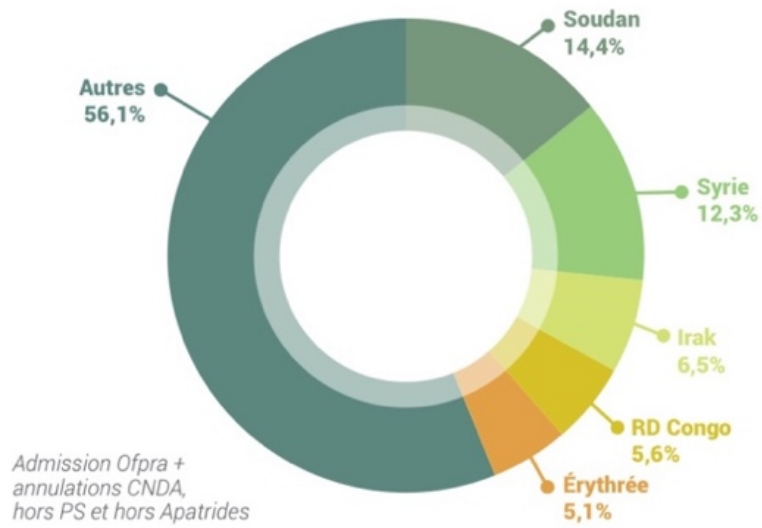
En octobre 2016, l'OFPRA ouvre des bureaux en permanence à Cayenne. Ces locaux sont composés de neuf salles où peuvent être auditionnés les demandeurs d'asile et sont dotés d'outils bureautiques et d'une connexion au réseau informatique de l'OFPRA, permettant une consultation instantanée des dossiers depuis la métropole et, prochainement, une transmission dématérialisée à la Cour nationale du droit d'asile (20).

Le taux de protection délivrée par l'OFPRA en France est passé de 16,9% en 2014 à 28,8% en 2016. En parallèle, le délai moyen d'instruction des dossiers est passé de plus de 7 mois en 2015 à 5 mois en 2016.

En 2016, les principales nationalités donnant lieu à l'octroi d'un statut de réfugié par l'OFPRA sont le Soudan (14,4% de l'ensemble des statuts de réfugié) et la Syrie (12,3%). Quant aux protections subsidiaires, elles concernent majoritairement les Afghans (27,2% de l'ensemble des protections subsidiaires) et les Syriens (20,3%).

En 2015, 97% des demandeurs d'asile syriens se sont vu octroyer une protection par l'OFPRA (20).

Principales nationalités admises au statut de réfugié en 2016



Principales nationalités admises à la protection subsidiaire en 2016

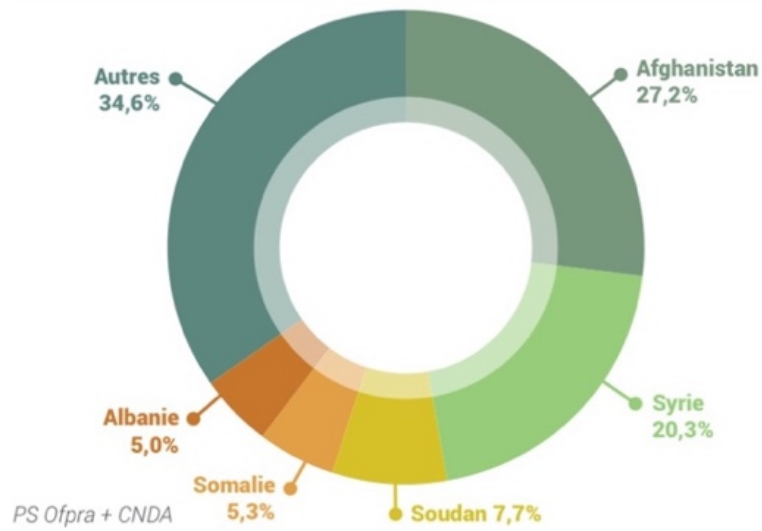


Figure 12 : Principales nationalités admises au statut de réfugié et à la protection subsidiaire en France en 2016

c. Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

Les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) offrent aux demandeurs d'asile un lieu d'accueil pour toute la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Cet accueil prévoit un hébergement, ainsi qu'un suivi administratif (accompagnement de la procédure de demande d'asile), un suivi social (accès aux soins, scolarisation des enfants) et une aide financière alimentaire.

Les capacités d'accueil de ces centres sont en augmentation depuis 2014. En France, on comptait 25.000 places en CADA en juin 2015 avec un taux d'occupation de 95%. En 2016, l'ouverture de places supplémentaires permet d'atteindre 34 000 places d'hébergement.

Le coût de l'hébergement des demandeurs d'asile est estimé à près de 350 millions d'euros par an (21).

La Guyane ne dispose d'aucun centre d'accueil des demandeurs d'asile. Les demandeurs d'asile sont logés via la Croix Rouge et le Samu social, en priorisant les familles avec enfants. Pour les hommes seuls, peu de places en hébergement sont disponibles.

6. Associations d'aide aux réfugiés en Guyane

a. La Croix-Rouge

C'est une association d'aide humanitaire qui a pour objectif de venir en aide aux personnes en difficulté en France et à l'étranger. Ses principales missions sont le secourisme, l'action sociale, la formation, la santé et l'action internationale (22).

En Guyane, le service de domiciliation et l'accueil d'urgence des demandeurs d'asile (DOM-AUDA), est destiné aux personnes sollicitant le statut de réfugié ou la protection subsidiaire (23). Il a pour fonction de fournir une adresse permanente aux demandeurs d'asile sans domicile fixe et d'octroyer une aide matérielle de première urgence aux primo-arrivants. Il est gratuit et ouvert à toute personne en procédure de demande d'asile ne bénéficiant pas d'une adresse fixe. La priorité est donnée à l'accueil de familles accompagnées d'enfants mineurs, de femmes enceintes ou de personnes isolées fragilisées, notamment du fait de leur état de santé.

La prise en charge en AUDA implique une participation financière mensuelle aux frais d'hébergement. Le montant prélevé dépend des ressources et de la composition de la famille hébergée. Des cours de français langue étrangère (FLE), du soutien scolaire, de l'interprétariat, la distribution d'aide alimentaire aux primo arrivants sont proposés par des bénévoles.

b. Médecins du Monde

Médecins du Monde est une association de solidarité internationale dont le but est de soigner les populations les plus vulnérables, dans des situations de crises et d'exclusion partout dans le Monde et en France.

La mission France Guyane, présente sur Cayenne et dans l'est guyanais, assure des consultations mobiles de médecine générale, d'ophtalmologie, des entretiens avec des psychologues ainsi que la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

Depuis 2006, un accueil social (aide à l'ouverture des droits sociaux), une consultation de prévention, une consultation médicale et une orientation vers les différentes structures de soins étaient proposés aux migrants, reçu au sein du CASO. Médecin du Monde a annoncé en mars 2016 la fermeture du CASO suite à la mise en place d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé à Cayenne (24).

En Guyane, d'autres associations militent pour la défense et le respect des droits des immigrés, l'amélioration des conditions d'accueil, la promotion de l'éducation et luttent contre la pauvreté, les inégalités et les discriminations (CIMADE Guyane, le Secours Catholique, ASTIPA).

7. L'accès aux soins, un droit pour tous

La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée en 1946 et signée par les représentants de 61 États, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et déclare que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale» (25).

L'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 évoque la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant. Le droit à la santé a été reconnu comme un droit de l'homme par le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Article 12) (26).

Le Code de la Santé Publique garantit l'égal accès aux soins pour tous, notamment pour les personnes les plus démunies (Article L1110-1 et L1110-3) (27).

8. Permanence d'accès aux soins de santé

Avec l'augmentation de la pauvreté et de la précarité, l'hôpital reste le lieu de recours des personnes les plus fragiles et les plus démunies. La loi n° 98-657 de juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions permet la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (28).

Les PASS permettent une prise en charge médico-sociale des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles comprennent notamment des permanences d'orthogénie et permettent la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité.

Cela nécessite de mettre en place une dynamique et des mesures appropriées afin d'offrir aux populations des lieux d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins et de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion. Cette articulation semble être une condition essentielle pour permettre la réintégration de ces populations dans le système de droit commun (29).

Le service social de la PASS mis en place depuis 2000 au Centre hospitalier André Rosemond (CHAR) à Cayenne est situé à l'accueil des urgences. Les permanences sont assurées par deux assistantes sociales et un médecin.

Les médecins de la PASS permettent un suivi global du patient en collaboration avec les autres intervenants (spécialistes, infirmières, assistante sociale et les structures extrahospitalières). La pratique médicale se heurte aux obstacles liés à la situation médicale du patient (pathologies chroniques difficiles à soigner, observance du patient), à la situation sociale (absence d'ouverture de droits, méconnaissance des circuits) et à la situation migratoire (barrière de la langue, isolement).

Les Assistante Socio-éducatives jouent un rôle important dans l'évaluation de la situation sociale des patients. Elles leur permettent d'avoir une ouverture des droits et de meilleurs conditions de vie (hébergement sociale, aide alimentaire et financière). Les solutions apportées sont personnalisées en fonction des demandes de chaque patient.

Après un entretien social, un document appelé Bon PASS est délivré. Il permet d'accéder au plateau technique de l'hôpital et aux différents examens complémentaires, ainsi que la délivrance gratuite des médicaments (à la pharmacie hospitalière uniquement).

L'antenne de Balata, située en périphérie de Cayenne, est une extension de la PASS de Cayenne et fonctionne depuis 2004. Elle répond à un besoin de la population aux origines culturelles et ethniques variées qui présente des problèmes de santé

importants, des difficultés d'accès aux droits et peu d'accès aux soins.

En 2010, Médecin du Monde dresse le bilan du fonctionnement des PASS (30). Il en ressort que dans la majorité des PASS, les patients doivent être éligibles à l'assurance maladie ou à l'AME. Cette situation conduit les personnes n'ayant aucun droit à différer les soins, entraînant un retard dans la prise en charge, ainsi qu'un surcoût humain et financier. Ce dispositif reste peu connu des usagers, il est parfois difficile de savoir où se situe la PASS au sein de l'hôpital et les horaires ne sont pas toujours adaptés. L'absence de consultation de médecine générale dans la moitié des PASS étudiées est un frein à la coordination des soins et très peu disposent d'interprètes lors des entretiens. Les procédures sont parfois complexes pour accéder à la pharmacie de l'hôpital, notamment en cas de barrière de langue, et certains patients se retrouvent avec une ordonnance à honorer.

Le budget alloué aux PASS ne permet pas de couvrir tous les besoins (manque de personnel, soins différés, nombre de patients limités, réseau insuffisamment développé par manque de moyens humains, intervenants insuffisamment formés).

Par ailleurs, les professionnels hospitaliers ne sont pas ou peu formés à ce dispositif et ont peu de connaissance sur son fonctionnement et son rôle.

9. Aides sociales

a. L'Aide Médicale de l'État

S'inscrivant dans une volonté de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle, l'Aide Médicale d'État est créée par la loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la Couverture maladie universelle.

Elle remplace ainsi l'Assistance Médicale Gratuite, instaurée en 1983, qui permettait aux malades les plus pauvres d'accéder gratuitement aux soins, qu'ils soient en situation régulière ou non.

L'AME est une protection santé permettant aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire, et à ses ayants-droits, de bénéficier d'un accès aux soins. Les soins sont pris en charge à 100% et ne nécessitent pas d'avance de frais.

Le patient doit apporter la preuve de trois mois de résidence continue sur le territoire français et doit disposer de ressources inférieures au plafond fixé pour la Couverture maladie universelle complémentaire (soit 727 euros par mois au 1^{er} avril 2017). Elle est attribuée pour une période d'un an et la demande peut être renouvelée chaque année (31). Les démarches pour obtenir l'AME sont complexes ce qui favorise un retard d'accès aux soins et des ruptures de prise en charge lors du renouvellement.

Selon Médecins du Monde, 85 % des personnes étrangères malades qui se présentent dans leurs centres de santé n'ont aucune couverture maladie alors qu'elles pourraient être éligibles à l'AME (32).

L'AME regroupe 3 dispositifs :

- L'AME de droit commun assure un accès aux soins à toute personne étrangère en situation irrégulière sous conditions de résidence stable et régulière et de ressources.
- L'AME pour les soins urgents permet aux personnes en situation irrégulière et qui ne sont pas titulaires de l'AME, une prise en charge « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ».
- L'AME à titre humanitaire permet la prise en charge partielle ou totale des soins des personnes étrangères ne résidant pas en France, en cas d'accident ou maladie lors de leur passage en France ou bien si les soins médicaux ne peuvent être prodigués dans leur pays d'origine.

En 2016, les dépenses d'AME de droit commun s'élevaient à 770 millions d'euros (contre 582 millions d'euros en 2012), soit environ 0,4 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette augmentation est principalement liée à l'accroissement du nombre des bénéficiaires qui a plus que doublé depuis la création du dispositif (33).

Certains candidats à l'élection présidentielle ont proposé dans leur programme la suppression du dispositif d'AME, jugé trop coûteux. L'accès aux soins des étrangers sans papiers serait restreint aux urgences vitales et aux pathologies graves, ce qui est

incompatible avec une politique de santé publique de prévention des maladies. Cela aurait pour conséquence un retard de diagnostic et de prise en charge avec des patients encore plus malades qui se dirigeraient vers les services d'urgence déjà saturés. De plus, nous pouvons nous demander si sélectionner les malades qui pourront être soignés ou non est déontologiquement et humainement acceptable en tant que professionnel de santé.

b. La protection universelle maladie

Le 1er janvier 2016, la CMU a été remplacé par la Protection Universelle Maladie (PUMA). L'objectif de cette nouvelle réforme est de garantir aux assurés une prise en charge de leurs dépenses de santé tout au long de leur vie, sans rupture de leurs droits en cas de changement de régime social. En effet, les mutations d'un régime vers un autre impliquent des démarches administratives contraignantes auprès des différentes caisses concernées, et un temps de traitement assez long. Cela était à l'origine d'une suspension des droits des assurés, et surtout des délais d'attente pour obtenir une nouvelle attestation et mettre leur carte vitale à jour.

Ainsi, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière relève de la protection maladie universelle et bénéficie de droits ouverts à vie pour bénéficier d'une assurance maladie (34).

Tout demandeur d'asile en cours de procédure a accès au régime général de l'assurance maladie. Ils sont dispensés de la condition de résidence depuis plus de 3 mois sur le territoire français. Ils peuvent bénéficier de la protection universelle maladie dès

que la demande d'asile a été enregistré et doivent fournir la preuve de la régularisation de leur séjour (preuve de rendez-vous ou de convocation de la préfecture, attestation de demande d'asile ou récépissé de l'OFPPRA, attestation de domiciliation).

Les demandeurs d'asile qui souhaitent bénéficier de la couverture complémentaire (CMU-C) peuvent en faire la demande en même temps qu'ils constituent leur dossier de demande d'affiliation à la PUMA, ce qui leur assure une prise en charge complète des frais de santé (35).

En attendant de pouvoir bénéficier de la PUMA, les soins d'urgence sont accessibles via les PASS (consultations médicales et délivrance gratuite de médicaments), auprès de certaines associations qui proposent des permanences d'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques, ou psychologiques sans qu'il soit nécessaire d'être assuré social, via les services de protection maternelle et infantile (PMI), chargés du suivi régulier des enfants de 0 à 6 ans et de leur vaccination sans aucune demande de sécurité sociale.

c. La Couverture Maladie Universelle complémentaire

La Couverture Maladie Universelle, mise en place le 1^{er} janvier 2000, est destinée aux personnes démunies afin de généraliser l'accès à l'assurance maladie et d'assurer un accès aux soins par la mise en place d'une couverture sociale.

La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé. Elle permet une dispense d'avance des frais.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière stable et régulière et avoir des ressources inférieures à un plafond fixé en fonction du lieu de résidence et la composition du foyer (36).

d. Allocation pour demandeur d'asile

Dans l'attente de la décision de l'OFPRA, le demandeur d'asile peut toucher l'Allocation pour demandeur d'asile (ADA) (37) qui est gérée par l'OFII (l'Office français de de l'immigration et de l'intégration). Le montant de l'allocation est calculé en fonction d'un barème qui tient compte de la composition familiale, des ressources et du mode d'hébergement. Son montant s'élève à 206,83 euros par mois pour une personne seule, auquel s'ajoute 3,40 euros par jour et par personne supplémentaire dans la famille. Un forfait additionnel de 4,20 euros par jour et par adulte est versé si aucune place dans les lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile n'est disponible. Pour en bénéficier, le demandeur d'asile doit justifier de ressources financières mensuelles inférieures au montant du RSA.

L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) a pour missions la gestion des procédures de l'immigration, du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile, l'aide à la réinsertion socio-économique et la lutte contre le travail illégal (38).

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, rétrospective, monocentrique, boule de neige.

2. But de l'étude

Nous essayons de vérifier l'hypothèse selon laquelle les demandeurs d'asile et les réfugiés originaires du Moyen Orient rencontrent des difficultés de prise en charge médicale en Guyane Française.

3. Département de recherche

Les départements de recherche étaient le Service des Urgences adultes du Centre Hospitalier de Cayenne et le service de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de Cayenne.

4. Recueil des données

Un contact, immigrant lui aussi, rencontré dans le but de notre enquête, nous a permis d'intégrer le réseau de notre population de demandeurs d'asile et de réfugiés du Moyen-Orient, en nous donnant d'autres contacts et en nous informant sur les lieux où nous pouvions les rencontrer.

Ainsi, deux méthodes d'échantillonnage étaient utilisées :

- L'échantillonnage boule de neige qui consistait à recruter des personnes appartenant à la population cible et servant de contacts initiaux. Les contacts initiaux fournissaient ensuite les coordonnées de membres de leur réseau appartenant à la même population cible.
- L'échantillonnage basé sur les lieux de rencontre. En effectuant la liste des lieux fréquentés par la population-cible et des jours/heures où la population-cible fréquentait ces lieux, on sélectionnait des lieux spécifiques où les individus étaient recrutés selon un horaire précis.

Les données étaient recueillies sous forme d'entretiens, à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant des questions fermées, après obtention de leur consentement éclairé.

Les questions ciblaient plusieurs axes :

- Les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques de la population : sexe, âge, origine géographique et parcours migratoire, niveau socio-économique (scolarisation, langues parlées, profession), aides sociales, demande d'asile.
- Leurs connaissances sur le parcours de soins, la réalisation d'un dépistage du VIH et de la Tuberculose, la mise à jour du calendrier vaccinal, l'information et la prévention des principales pathologies locales (arboviroses, paludisme).

- Leur état de santé et l'accès aux soins en cas de pathologies aiguës et chroniques (les symptômes/pathologies présentés, le lieu et la fréquence d'accès aux soins, la prescription d'examen complémentaire, l'accès au traitement, la nécessité d'une hospitalisation).

Les entretiens se déroulaient en arabe, en anglais, en portugais, en français ou en espagnol selon la langue dans laquelle le patient se sentait le plus à l'aise pour communiquer. Le plus souvent un membre de la famille servait d'interprète. La langue n'a pas été une barrière au recueil des données.

Les patients étaient inclus selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les informations recueillies étaient ensuite anonymisées et intégrées dans le logiciel EXCEL.

Le nombre de patients inclus a été déterminé par extrapolation des besoins d'études similaires.

5. Critères d'inclusion

Tout demandeur d'asile ou réfugié originaire du Moyen Orient arrivé en Guyane Française entre janvier 2014 et octobre 2016.

6. Critères d'exclusion

Étaient exclus de cette étude les demandeurs d'asile et les réfugiés non originaires du Moyen Orient ou arrivés avant 2014.

7. Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen Orient atteints de pathologies aiguës.

8. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- Évaluer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen Orient atteints de pathologies chroniques.
- Étudier les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques de la population et leur histoire migratoire.
- Mettre en évidence le parcours de soins actuel et les difficultés d'accès aux soins (barrière de langue, manque d'informations, ressenti de la consultation)

9. Analyses statistiques

Les variables quantitatives étaient comparées à l'aide du test de Fisher.

Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

IV. RÉSULTATS

1. Population générale

a. Description de la population

Quarante-cinq entretiens ont été réalisés en octobre 2016, incluant vingt-sept adultes et dix-huit enfants. Aucun patient n'a été exclu.

La majorité de notre population était constituée de familles avec enfants.

Notre étude comptait huit hommes venus seuls et neuf familles avec une moyenne de deux enfants par famille.

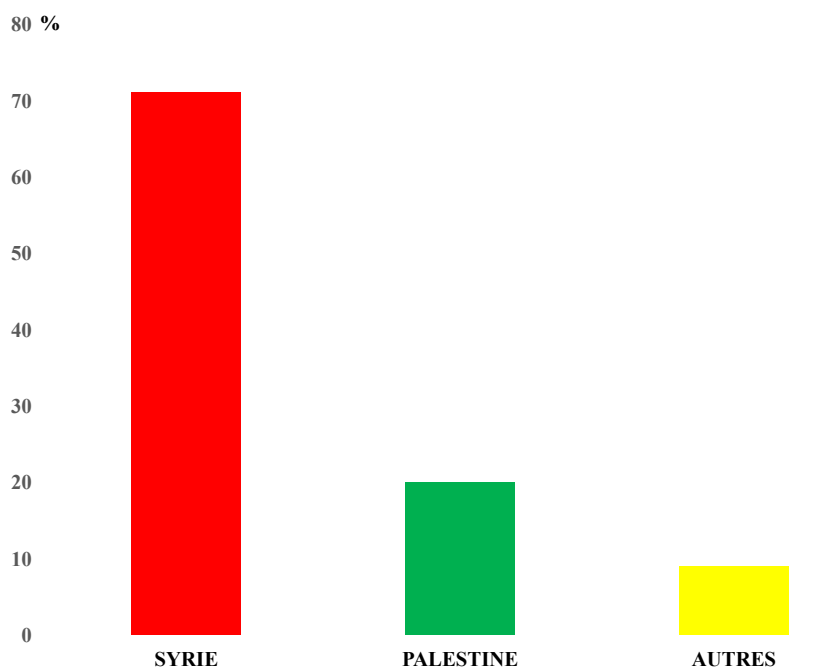
Sept familles avaient entre un et trois enfants, une famille avait plus de trois enfants, la neuvième famille était constituée d'une personne âgée (mère) et de deux adultes (frères).

b. Origine géographique et histoire migratoire

À l'issue de nos entretiens, deux nationalités étaient mises en évidence.

Les patients originaires de Syrie représentaient la majorité de notre population (trente-deux patients, soit 71%) ; neuf patients (20%) étaient originaires de Palestine.

À noter que trois enfants (6,7%) étaient nés au Brésil et un enfant (2,3%) était né au Venezuela, au cours de leur parcours migratoire.



NB : Les pays inclus dans « AUTRES » étaient le Brésil et le Venezuela.

Figure 13 : Mise en évidence du pays d'origine de la population cible

Damas, capitale de la Syrie, représentait la principale ville dans laquelle notre population vivait avant leur exode, soit 30 patients (66,7%).

Trois patients (6,7%) vivaient dans la ville de Deraa, située dans le Sud-Ouest de la Syrie.

Un patient (2,2%) vivait dans la ville d'Alep, située au Nord-Ouest de la Syrie.

Deux patients (4,4%) vivaient à Soueïda, située à l'est de Deraa.

Trois patients (6,7%) vivaient à Hama, située au centre-Ouest de la Syrie, au nord de la ville de Homs.

Deux patients (4,4%) vivaient à Gaza en Palestine.

Trois enfants (6,7%) étaient nés au Brésil dans la ville de São Paulo et un enfant (2,3%) était né au Venezuela dans la ville de Caracas.

L'ensemble de ces villes étaient des zones urbaines.

À noter que parmi les patients qui vivaient dans la ville de Damas, vingt-trois patients étaient originaires de Syrie et avaient la nationalité syrienne. Sept patients étaient nés en Palestine ou nés en Syrie de parents palestiniens, conservant ainsi la nationalité palestinienne, et s'étaient établis depuis plusieurs années dans le camp Al Yarmouk (camp de réfugiés palestiniens) à la périphérie de Damas.

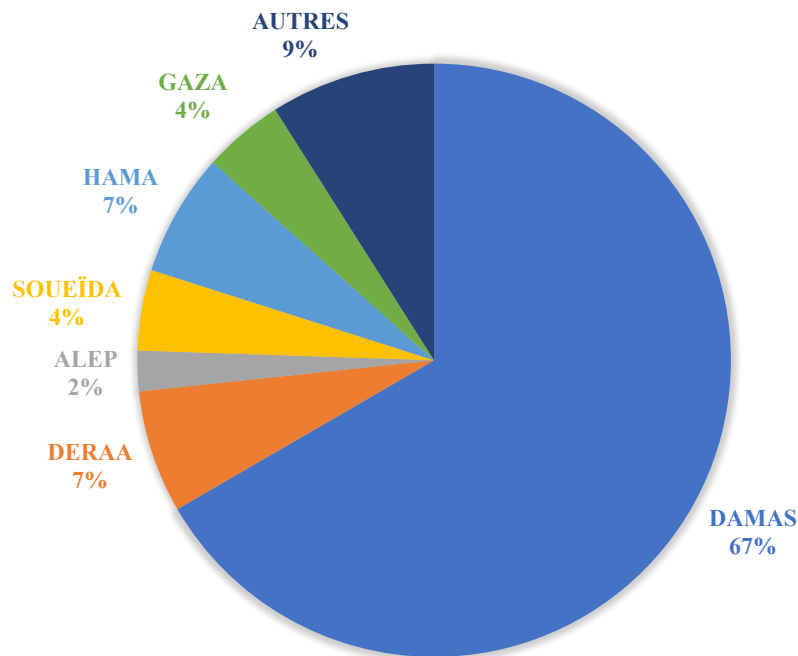


Figure 14 : Répartition de la population selon la ville d'origine

- **Départs du pays d'origine et arrivées en Guyane :**

Le plus ancien départ du pays d'origine remonte à 2011. Les départs les plus récents ont eu lieu en 2015. Entre 2011 et 2013 on observe une augmentation du nombre des départs avec un pic en 2013, ce phénomène a diminué après 2014.

Quarante et un patients (91%) ont quitté leur pays d'origine depuis au moins 1 an.

On observait que trente-huit d'entre eux (92,7%) étaient partis depuis 1 à 5 ans (avec un pic d'émigration entre 2012 et 2013) et trois patients (7,3%) avaient émigré depuis plus de 5 ans.

On observait trois départs (7,3%) en 2011 ; dix départs (24,4%) en 2012 ; vingt départs (48,8%) en 2013 ; trois départs (7,3%) en 2014 et cinq départs (12,2%) en 2015.

Ci-dessous est représentée la distribution des dates de départs du pays d'origine depuis juin 2011.

Le pic d'immigration était en 2016 avec trente-neuf patients (86,7%) arrivés sur le sol guyanais. Six patients (13,3%) sont arrivés en 2015. Aucun de nos patients n'est arrivé en Guyane avant 2015.

Cinq patients (18,5%) sont venus seuls en Guyane (tous étaient des hommes) ; dix-neuf patients sont venus en famille (70,5%) et trois patients sont venus avec un ami (11%).

Deux patients (4,4%) sont arrivés en Guyane depuis moins de 3 mois.

Trente-huit patients (84,5%) sont arrivés en Guyane depuis 3 mois à 1 an.

Cinq patients (11,1%) sont arrivés il y a plus d'un an.

Tous les patients ont connu la Guyane via les réseaux sociaux et le bouche à oreille entre les réfugiés lors de leur passage par le Brésil. Deux patients avaient des contacts sur place avant d'arriver en Guyane (il s'agissait d'une famille avec l'un des 2 fils qui s'était rendu en Guyane en premier, rejoint ensuite par sa mère et son frère).



Figure 15 : Départs des demandeurs d'asile et des réfugiés du pays d'origine et arrivées en Guyane Française

- **Les zones de transit :**

Vingt-trois patients ont transité par le Liban, treize par l'Égypte, dix par les Émirats Arabes Unis, quatre par le Venezuela, trois par la Turquie, trois par la Malaisie, trois par la Mauritanie, un par la Jordanie et un par le Qatar.

Tous ont transité par le Brésil pour rejoindre la Guyane.

Quarante patients sont passées par la ville de Sao Paulo, trois par le Minas Gérais, trois par Manaus, quatre par Dubaï et six par Abu Dhabi.

Aucune personne n'a transité par un camp de réfugiés.

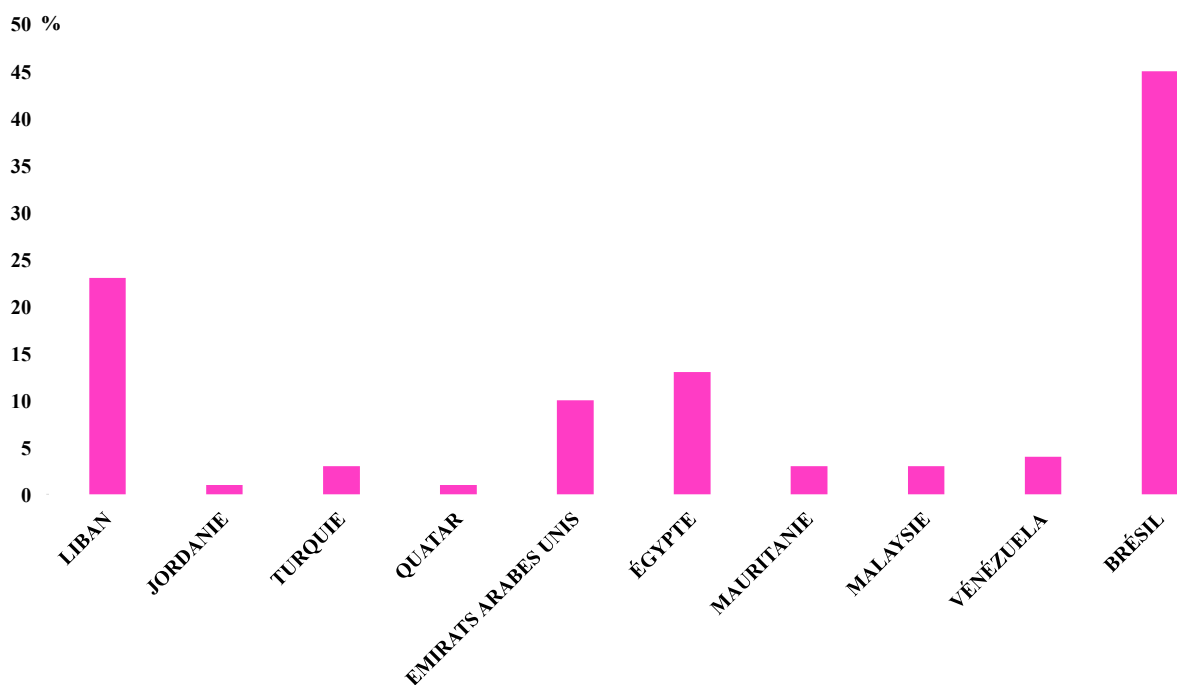


Figure 16 : Pays de transit des demandeurs d'asile depuis leur départ du Moyen Orient jusqu'en Guyane Française

Trente-quatre patients (75,6%) ont transité par deux pays avant de rejoindre la Guyane, cinq patients (11,1%) ont transité par trois pays et six patients (13,3%) par plus de trois pays.

Nombre de pays de transit	Nombre de patients n=45	Pourcentage (%)
1 pays	0	0
2 pays	34	75,6
3 pays	5	11,1
>3 pays	6	13,3

*Tableau II : Nombre de pays de transit depuis leur départ du Moyen Orient jusqu'en
Guyane Française*

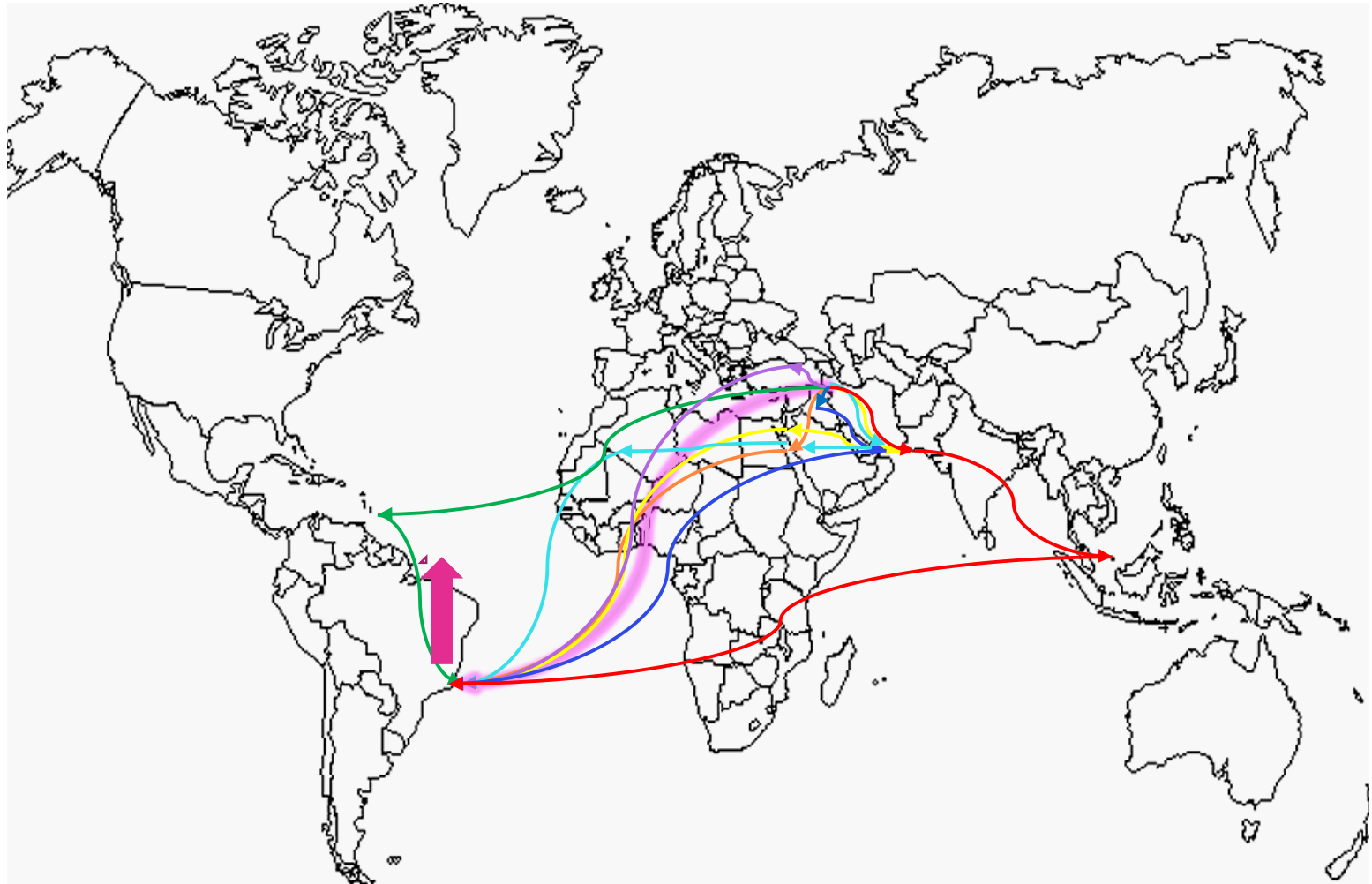





Figure 17 : Flux migratoires des demandeurs d'asile du Moyen-Orient entre 2011 et 2016


Légende :


 *Syrie / Liban / Brésil / Guyane Française (17 personnes) : Trajet migratoire le plus emprunté*


 *Syrie / Égypte / Brésil / Guyane Française (6 personnes)*

 *Syrie / Venezuela / Brésil / Guyane Française (4 personnes)*


 *Syrie / Émirats Arabes unis / Égypte / Brésil / Guyane Française (4 personnes)*

 *Syrie / Turquie / Brésil / Guyane Française (3 personnes)*

 *Syrie / Liban / Émirats Arabes unis / Égypte / Mauritanie / Brésil / Guyane Française (3 personnes)*

 *Syrie / Liban / Émirats Arabes unis / Malaisie / Brésil / Guyane Française (3 personnes)*

 *Syrie / Jordanie / Qatar / Brésil / Guyane Française (3 personnes)*

 *L'ensemble des flux migratoires converge en Guyane Française (et regroupe également les 4 enfants nés au Brésil)*

c. Âge et sexe

Les deux tranches d'âge les plus représentées étaient celles des 3-10 ans et des 35-44 ans. La moyenne d'âge était de 35 ans chez les adultes et 7 ans chez les enfants. La moyenne d'âge de l'ensemble de notre population était 23,6 ans.

Quatre patients (8,8%) avaient moins de 2 ans ; dix patients (22,2%) étaient âgés de 2 à 10 ans ; quatre patients (9%) étaient âgés de 11 à 16 ans, six patients (13,3%) étaient âgés de 17 à 24 ans ; sept patients (15,6%) étaient âgés de 25 à 34 ans ; dix patients (22,2%) étaient âgés de 35 à 44 ans ; les tranches d'âge 45-54 ans et 55-64 ans comptaient respectivement trois (6,7%) et un (2,2%) patients.

On observait que les hommes (dix-huit patients, soit 40%) étaient plus nombreux que les femmes (neuf patientes, soit 20%). Les enfants étaient au nombre de dix-huit (40%), avec treize garçons et cinq filles.

Trente et un patients (68,9%) étaient de sexe masculin contre quatorze (31,1%) de sexe féminin (mineurs inclus).

Le graphique ci-dessous illustre la répartition des patients en fonction de l'âge.

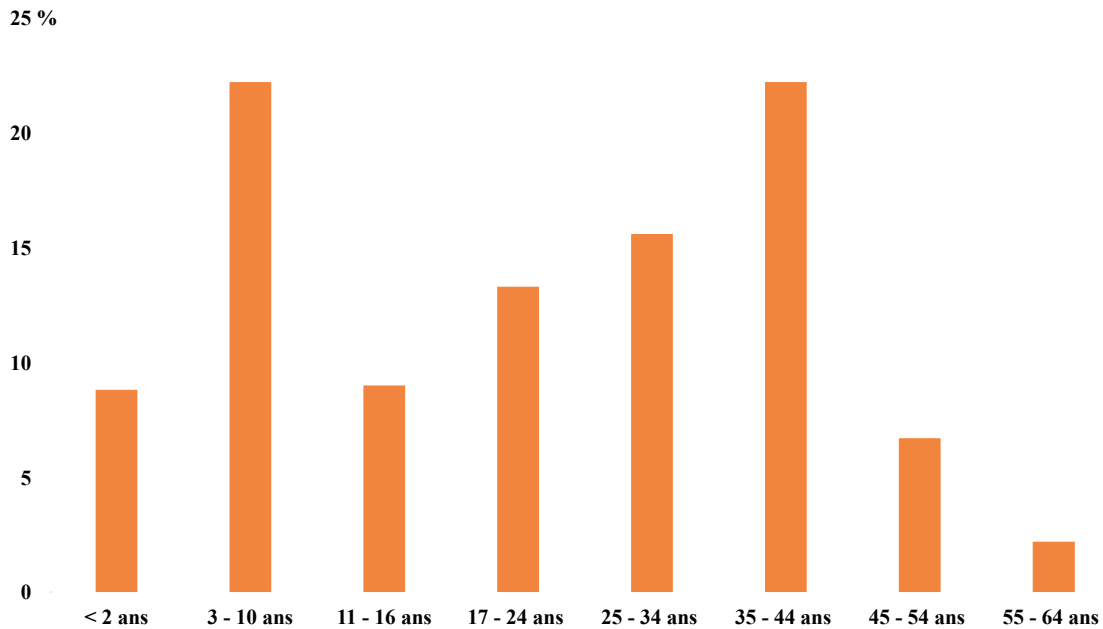


Figure 18 : Répartition de la population générale en fonction de l'âge

d. Niveau socio-économique

Tous les adultes de notre population étaient lettrés. Tous ont été à l'école primaire. Deux patients ont arrêté l'école en primaire (7,4%). Vingt-cinq patients ont été au collège (92,5%), seize ont été au lycée (59,2%), dix ont fait des études supérieures (37%).

Dix-neuf personnes (70,4%) avaient un métier dans leur pays d'origine. Les femmes au foyer étaient au nombre de quatre et représentaient 14,8% de notre population adulte. En 2011, il y avait quatre étudiants en cours d'études supérieures (14,8%) ; tous ont été contraints d'abandonner leurs études à cause de la guerre.

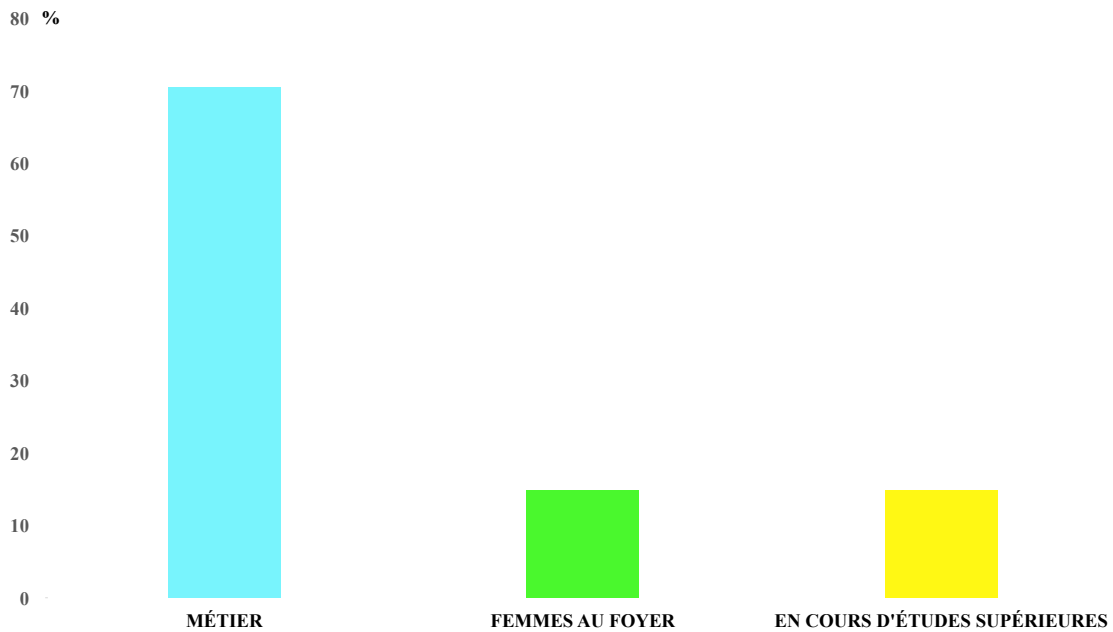


Figure 19 : Catégories socio-professionnelles des demandeurs d'asile et des réfugiés du Moyen-Orient dans leur pays d'origine

Parmi les vingt-sept adultes de notre population, dix-neuf patients (70,4%) avaient un métier en Syrie ou en Palestine avant la guerre, répartis comme suit : cinq commerçants (18,5%), quatre enseignants (14,8%), un cuisinier (3,7%), deux coiffeurs (7,4%), un architecte (3,7%), un avocat (3,7%), un électricien (3,7%), un chef de rang (3,7%), un carreleur (3,7%), un menuisier (3,7%) et un pêcheur (3,7%).

Aucun patient n'était au chômage.

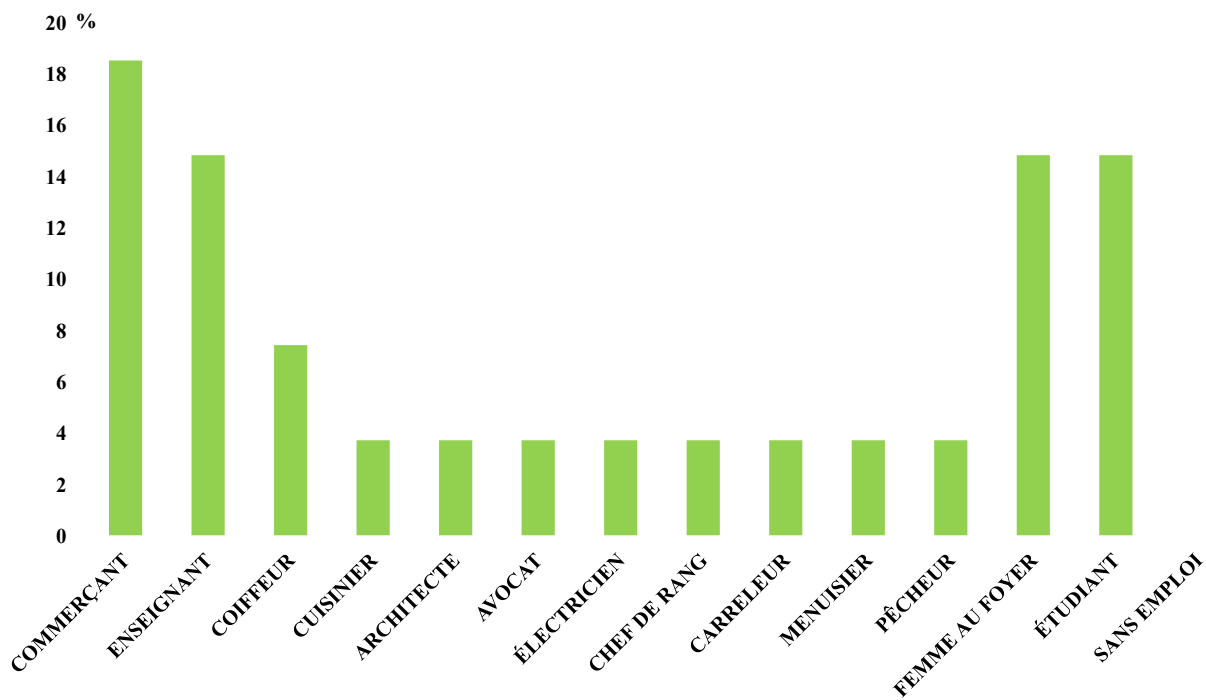


Figure 20 : Professions exercées dans leur pays d'origine

Sexe	n = 27	Pourcentage (%)
Homme	18	66,6
Femme	9	33,3
Âge (ans)	n = 27	Pourcentage (%)
17 - 24	6	22,3
25 - 34	7	26
35 - 44	10	37
45 - 54	3	11
55 - 64	1	3,7
Moyenne = 35		
Scolarité	n = 27	Pourcentage (%)
Jamais scolarisée	0	0
Primaire	27	100
Collège	25	92,5
Lycée	16	59,2
Études supérieures	10	37
Activité	n = 27	Pourcentage (%)
Profession	19	70,4
Femme au foyer	4	14,8
En cours d'études supérieures	4	14,8
Chômage	0	0
Professions	n = 19	Pourcentage (%)
Commerçant	5	18,5
Enseignant	4	14,8
Coiffeur	2	7,4
Architecte	1	3,7
Avocat	1	3,7
Carreleur	1	3,7
Menuisier	1	3,7
Pêcheur	1	3,7
Cuisinier	1	3,7
Chef de rang	1	3,7
Électricien	1	3,7
Situation maritale	n = 27	Pourcentage (%)
Célibataire	8	29,6
Marié	18	66,6
Veuf	1	3,8
Nombre d'enfant par famille	n = 9	Pourcentage (%)
0	1	11,1
< 3	7	77,8
> 3	1	11,1

Tableau III: Description des caractéristiques socio-économiques des demandeurs

d'asile adultes avant leur départ du Moyen-Orient

- **Accès des femmes à l'éducation et à l'emploi :**

Plus de la moitié des femmes de notre étude (cinq femmes sur neuf, soit 55,5%) exerçaient une profession (deux coiffeuses, deux enseignantes et une commerçante).

Toutes ont eu accès à l'éducation. Huit femmes ont été au collège, deux ont eu leur baccalauréat et ont fait par la suite des études supérieures (l'une était enseignante d'histoire dans un collège et l'autre informaticienne).

Scolarité	n = 9	Pourcentage (%)
Jamais scolarisée	0	0
Primaire	9	100
Collège	8	88,8
Lycée	2	22,2
Études supérieures	2	22,2
Activité	n = 9	Pourcentage (%)
Profession	5	55,5
Femme au foyer	4	44,4
En cours d'études supérieures	0	0
Profession	n = 5	Pourcentage (%)
Coiffeuse	2	40
Commerçante	1	20
Enseignante	1	20
Informaticienne	1	20

Tableau IV : Accès des femmes à l'éducation et à la vie professionnelle avant leur départ du Moyen-Orient

- **Multilinguisme :**

La population adulte interrogée étant originaire du Moyen Orient, tous avaient pour langue principale l'arabe, même s'il existait des différences de dialecte entre syriens et palestiniens.

On note que 23% parlaient l'anglais, 37% parlaient le portugais, 10% parlaient l'espagnol. Aucun ne parlait le français, cependant huit patients (29,6%) étaient en train d'étudier la langue via des cours gratuits dispensés par le Secours Catholique et la Croix-Rouge.

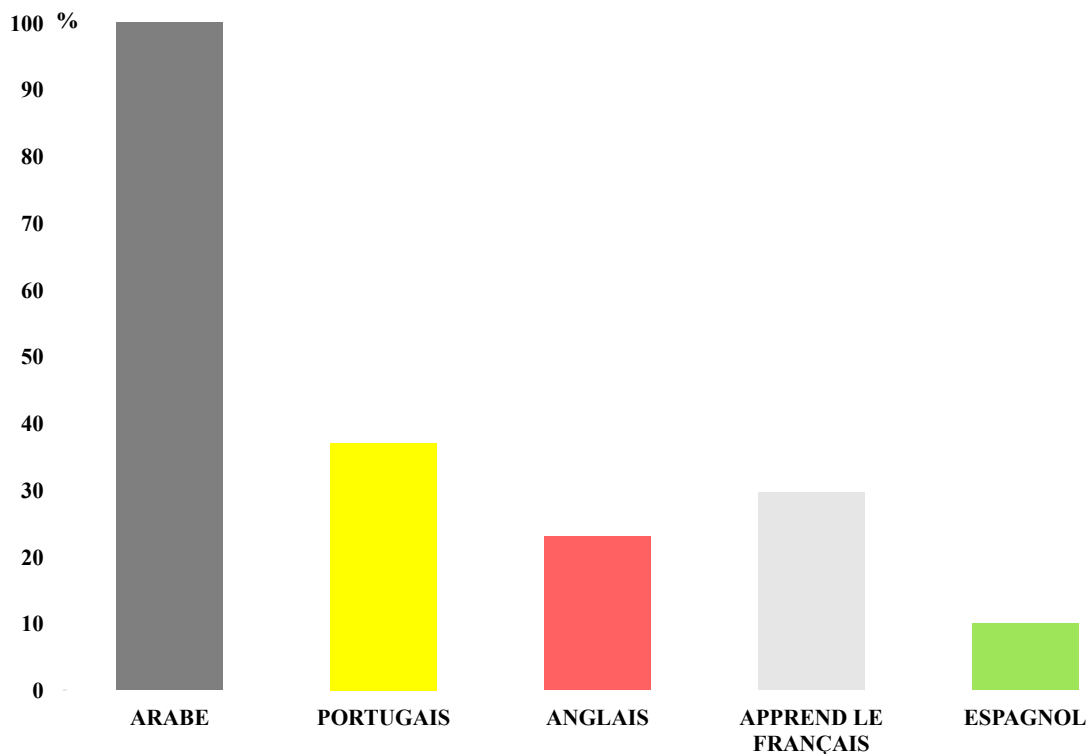


Figure 21 : Langues parlées par la population adulte

On observait également que douze patients adultes (44,4 %) parlaient exclusivement l'arabe. Huit patients (29,6%) étaient bilingues et sept (25,9%) étaient trilingues.

Les femmes parlaient rarement une deuxième langue. En effet, sur les 9 femmes que comporte notre étude, une seule parlait couramment l'espagnol, appris plus jeune par son père et renforcé au Venezuela où elle a vécu pendant 2 ans après avoir fui la guerre. Elle maîtrisait également le portugais après être passée par le Brésil, avant de rejoindre la Guyane.

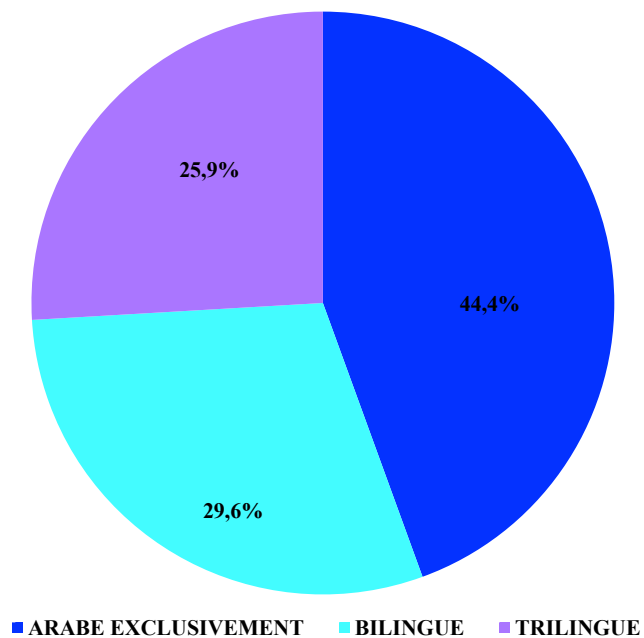


Figure 22 : Une population adulte multilingue

Sur les neuf enfants en âge d'être scolarisé avant leur départ de leur pays d'origine, tous étaient scolarisés. Au moment de notre étude, treize enfants étaient en âge d'être scolarisé et dix (77%) ont pu être scolarisé en Guyane.

Tous les enfants avaient pour langue maternelle l'arabe. Parmi les dix-huit enfants que comportaient notre étude, quatorze étaient en âge de parler (âgés de 2 ans et plus). Neuf enfants (64,2%) apprenaient le français, cinq enfants (35,7%) parlaient le portugais, un enfant (7%) parlait l'anglais et huit enfants (57%) parlaient exclusivement l'arabe. Trois enfants (21,4%) étaient bilingues et deux (14,2%) étaient trilingues.

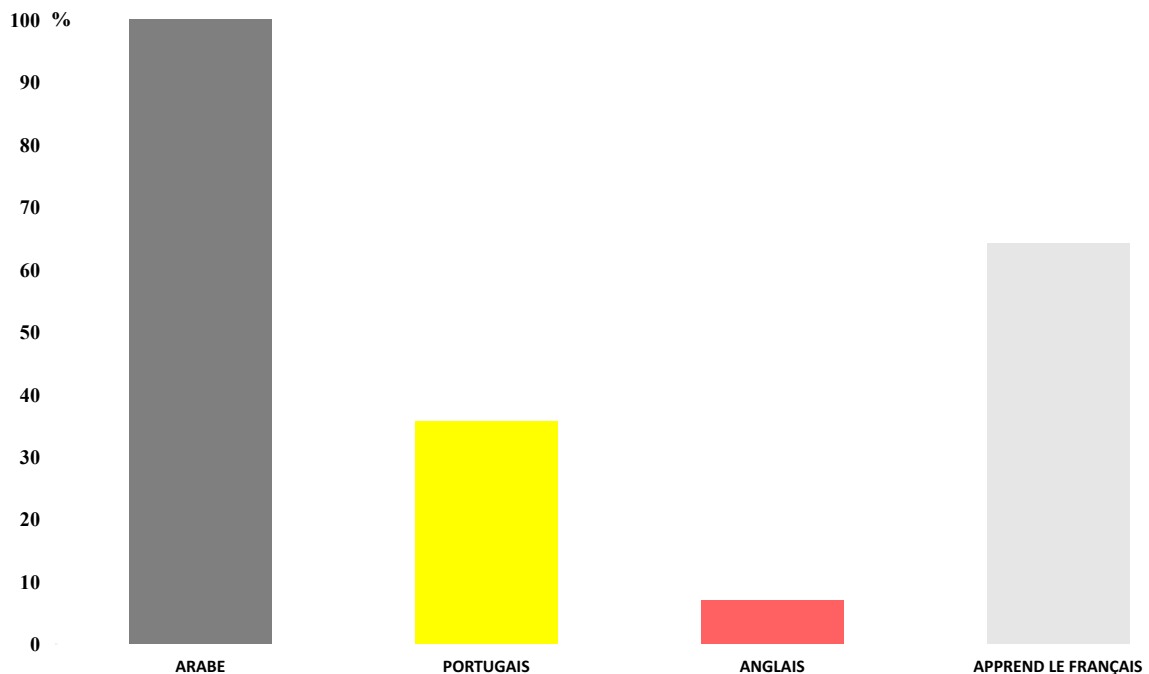


Figure 23 : Langues parlées par les enfants

Sexe	n = 18	Pourcentage (%)
Garçon	13	72
Fille	5	28
Âge (ans)	n = 18	Pourcentage (%)
< 1	2	11
1 - 4	5	28
5 - 10	7	39
11 – 15	4	22
Moyenne = 7		
Pays de naissance	n = 18	Pourcentage (%)
Syrie	14	78
Palestine	0	0
Brésil	3	17
Venezuela	1	5
Ville de naissance	n = 18	Pourcentage (%)
Damas	12	87,5
Hama	1	7
Deraa	1	7
São Paulo	3	17
Caracas	1	5
Scolarisation dans leur pays d'origine	n = 9	Pourcentage (%)
Maternelle	2	22,2
Primaire	6	66,7
Collège	1	11,1
Scolarisation en Guyane Française	n = 10	Pourcentage (%)
Maternelle	1	10
Primaire	6	60
Collège	3	30
Multilinguisme	n = 18	Pourcentage (%)
Monolinguisme	13	72,2
Bilinguisme	3	16,7
Trilinguisme	2	11,1

Tableau V : Résumé des caractéristiques générales et scolarisation des enfants.

e. Antécédents médico-chirurgicaux

Dix-neuf patients présentaient des antécédents médicaux (42,2%), dont treize adultes (68,5%) et six enfants (31,5%).

Seize patients (35,5%), dont dix adultes (62,5%) et six enfants (37,5%), présentaient un seul antécédent médico-chirurgical.

Trois patients (6,5%), adultes, présentaient deux antécédents médico-chirurgicaux.

Vingt-six patients (58%), dont 14 adultes (51,8%) et 12 enfants (46,2%) ne présentaient aucun antécédent médico-chirurgical.

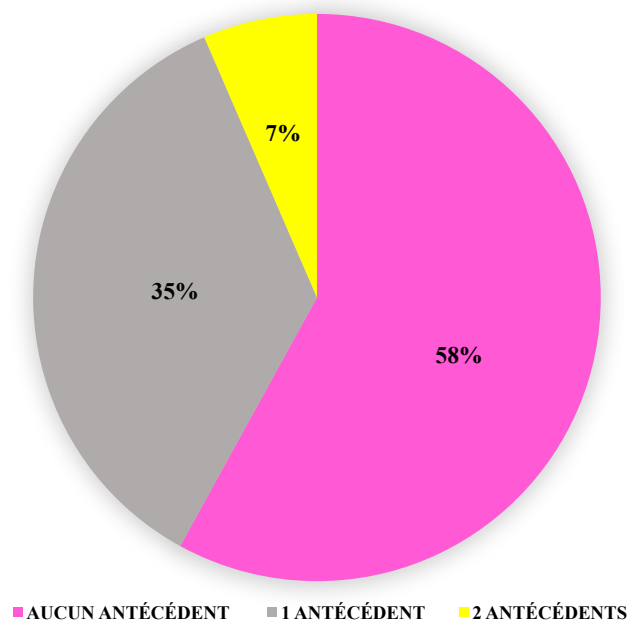


Figure 24 : Existence de comorbidités dans la population

Les principaux antécédents étaient cardiovasculaires, dermatologiques, rhumatologiques et pulmonaires.

Quatre patients (21%), tous adultes, présentaient des antécédents cardiovasculaires.

- Un patient avait pour antécédent une hypertension artérielle et une cardiopathie ischémique stentée.
- Une patiente avait un antécédent d'hypertension artérielle.
- Un patient avait un antécédent d'insuffisance cardiaque.
- Un patient avait un antécédent d'insuffisance veineuse chronique et de dyslipidémie.

Cinq patients (26,3%), dont deux adultes (40%) et trois enfants (60%) présentaient des antécédents dermatologiques.

- Un patient avait un antécédent de leishmaniose du Moyen Orient
- Un patient avait nécessité une greffe cutanée post-brûlure étendue du 3eme degré
- Trois enfants présentaient un antécédent d'eczéma.

Quatre patients (21%), tous adultes, présentaient des antécédents rhumatologiques.

- Deux patients présentaient des lombalgies chroniques.
- Un patient présentait un antécédent de pathologie méniscale.
- Un patient avec un antécédent de talalgies chroniques (épine calcanéenne).

Deux patients (10,5%), dont un adulte et un enfant, présentaient un antécédent pulmonaire.

- Une adulte présentait un antécédent d'asthme.
- Un enfant présentait un antécédent de pneumopathie à l'âge de 8 mois.

Un adulte (5,3%) présentait un antécédent ORL (sinusite).

Une patiente (5,3%) présentait un antécédent gynéco-obstétrical (hypertension artérielle gravidique).

Un enfant (5,3%) présentait un antécédent néphrologique (malformation rénale).

Un enfant (5,3%) présentait un antécédent chirurgical (exérèse de lipome cervical).

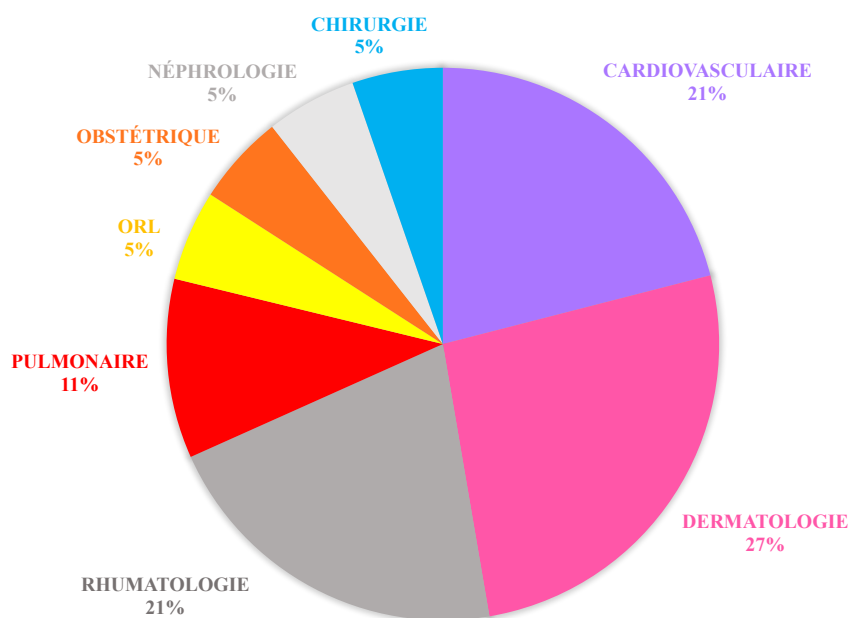


Figure 25 : Antécédents médico-chirurgicaux dans la population générale

2. Accès aux soins

2.1. Soins aigus

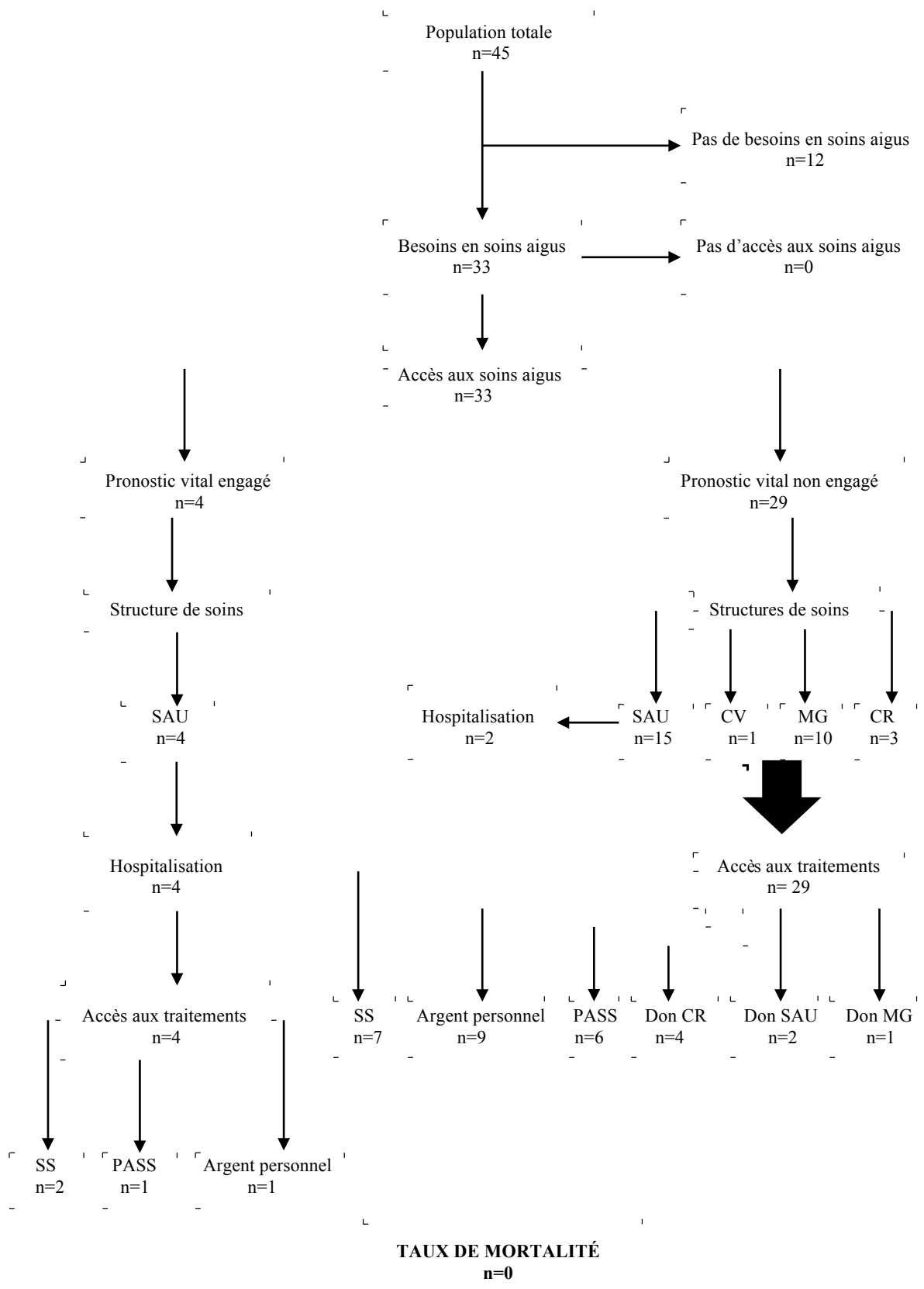


Figure 26 : Flow Chart 1 – Prise en charge des soins aigus

Légende :

CR : Croix Rouge

CV : Clinique Véronique

MG : Médecin généraliste en ville

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé de Cayenne

SAU : Service d'accueil des urgences de Cayenne

SS : Sécurité sociale

a. Accès aux soins en cas de pathologie aigue

33 patients (73,3%) ont eu accès aux soins lorsqu'ils ont présenté une pathologie aigue, dont 17 adultes (51,5%) et 16 enfants (48,5%).

- 4 patients (12,1%) ont eu recours aux soins pour une pathologie aigue engageant le pronostic vital (une enfant a été admise au SAU pour crise d'asthme aigue sévère et 3 adultes ont été admis au SAU pour accident vasculaire cérébral, tentative de suicide par défenestration et décompensation cardiaque globale chez un patient insuffisant cardiaque connu et traité).
- 29 patients (87,9%) ont eu recours aux soins pour une pathologie aigue n'engageant pas le pronostic vital.

12 patients (26,7%) n'ont pas nécessité de recours aux soins car ils n'ont pas présenté de pathologie aigue.

9 patients (20%) n'ont jamais eu recours aux soins, que ce soit pour des pathologies aiguës ou chroniques.

Tous les patients qui présentaient une pathologie aiguë ont pu avoir accès à des soins.

b. Motif de consultation

Les principaux motifs de consultation étaient d'origine infectieuse, dermatologique, rhumatologique et cardiovasculaire.

Douze patients (36,4%) se sont présentés pour des symptômes infectieux, dont quatre adultes (12,1%) et huit enfants (24,2%).

- Quatre patients ont présenté une rhinopharyngite.
- Trois patients ont consulté pour une fièvre nue.
- Trois patients ont consulté pour une gastro-entérite virale.
- Un patient a consulté pour une otite.
- Une patiente a consulté pour une mycose vaginale.

Sept patients (21,2%), tous enfants, se sont présentés pour une symptomatologie dermatologique (Eczéma).

Quatre patients (12,1%), tous adultes, se sont présentés pour des symptômes rhumatologiques.

- Deux patients ont consulté pour des lombalgies.
- Deux patients ont consulté pour des gonalgies.

Trois patients (9,1%), adultes, se sont présentés pour des symptômes d'origine cardiovasculaire.

- Un patient a présenté une décompensation cardiaque globale.
- Un patient a présenté un accident vasculaire cérébral.
- Un patient a consulté pour palpitations.

Deux patients (6,1%), adultes, se sont présentés pour une symptomatologie digestive.

- Une patiente a consulté pour des épigastralgies.
- Une patiente a présenté une cholécystite aigue.

Un patient (3%), adulte, s'est présenté pour une symptomatologie psychiatrique (tentative de suicide par défenestration sur probable syndrome de stress post-traumatique non diagnostiqué).

Un enfant (3%) s'est présenté pour une symptomatologie respiratoire (crise d'asthme aigue sévère).

Un adulte (3%) s'est présenté pour une symptomatologie néphrologique (colique néphrétique).

Un adulte (3%) s'est présenté pour asthénie sur anémie par carence martiale.

Un adulte (3%) s'est présenté pour une symptomatologie dentaire (caries).

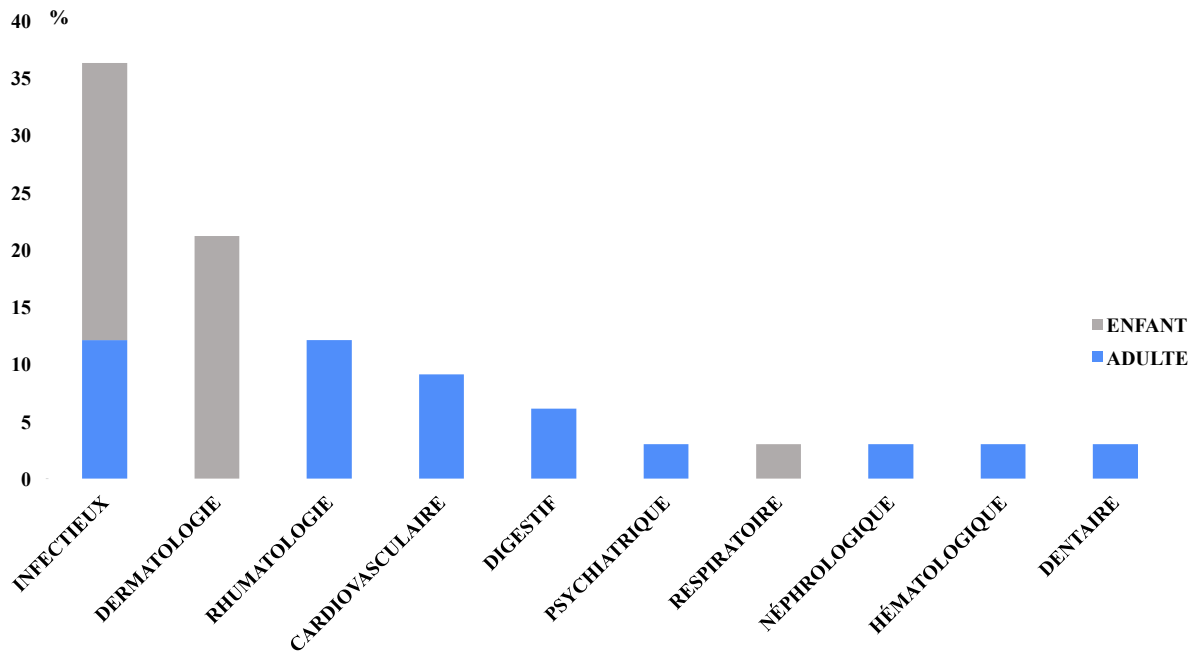


Figure 26 : Description des principaux motifs de consultation des réfugiés du Moyen-Orient en cas de pathologies aiguës

c. Motifs d'une nouvelle consultation

Nous avons pu constater que 17 patients (51,5%) ont consulté à plusieurs reprises la même structure ou une structure différente, soit pour une continuité des soins, soit pour des motifs différents. 6 patients (18,2%) ont nécessité une nouvelle consultation pour le même motif.

Les principaux symptômes motivant une nouvelle consultation étaient infectieux dans onze cas, dermatologiques dans quatre cas, cardiovasculaires dans quatre cas, rhumatologiques dans deux cas, digestifs dans deux cas et neurologiques dans deux cas. On observait que la fréquence d'accès aux soins était plus élevée chez les adultes.

- **Motifs d'une nouvelle consultation chez les adultes :**

Un patient a consulté à 4 reprises au SAU initialement pour des douleurs séquellaires résultant de brûlures étendues du 3^{ème} degré du tronc et des 4 membres (suite à un bombardement), ayant nécessité une greffe cutanée en Palestine ; puis pour des douleurs des membres inférieurs secondaires à des varices et pour lesquelles il a bénéficié d'un stripping de varices du membre inférieur droit à la Clinique véronique.

Il a ensuite été hospitalisé en psychiatrie pour tentative de suicide par défenestration.

Enfin, il a consulté au SAU pour thrombose veineuse superficielle du membre inférieur droit post-chirurgie (stripping de varices).

Un patient a consulté à deux reprises au SAU devant des céphalées atypiques. Il a également consulté un cardiologue en ville pour bilan de palpitations.

Un patient a consulté au SAU pour douleur thoracique et dyspnée.

Deux patients présentant un eczéma ont consulté une fois au SAU.

Une patiente présentant des épigastralgies persistantes a reconsulté une fois au SAU et une fois le médecin de ville.

Deux patients présentant des lombalgies persistantes ont reconsulté une fois au SAU.

Une patiente a consulté le médecin de ville pour rhinopharyngite.

- **Motifs d'une nouvelle consultation chez les enfants :**

Un enfant a consulté le médecin de ville à trois reprises pour gastro-entérite aigue virale, angine et varicelle.

Une enfant a consulté le médecin de ville pour une otite.

Deux enfants ont consulté pour eczéma, l'un au SAU, l'autre le médecin de ville.

Trois enfants ont consulté pour rhinopharyngite, deux chez le médecin de ville et un au SAU.

Deux enfants ont consulté au SAU pour une gastro-entérite d'évolution défavorable après 48h de traitement prescrit par le médecin de ville.

d. Fréquence d'accès aux soins aigus selon les structures de soins

Onze patients (33,3%) sont passés dans plusieurs structures, soit six adultes (54,5%) et cinq enfants (45,5%).

Sept patients (63,6%) (trois adultes et quatre enfants) sont passés par 2 structures.

Quatre patients (36,3%) (trois adultes et un enfant) sont passés par 3 structures.

- ***SAU (Service d'Accueil des Urgences)***

Vingt personnes (61%) ont déjà consulté au moins une fois au SAU pour une pathologie aigue, soit onze adultes (33,6%) et neuf enfants (27,4%).

- Onze patients (55%) n'ont consulté qu'une fois au SAU, soit cinq adultes (25%) et six enfants (30%).

- Sept patients (35%) ont consulté 2 à 3 fois, soit cinq adultes (25%) et deux enfants (10%).
- Deux patients (10%) ont consulté plus de 3 fois ; il s'agissait d'un adulte et d'un enfant.

- ***Médecin de ville***

Dix-huit personnes (54,5%) ont déjà consulté au moins une fois un médecin de ville pour une pathologie aigue, soit dix adultes (30,3%) et huit enfants (24,2%).

- Onze patients (61,1%) n'ont consulté qu'une fois le médecin de ville, soit six adultes (33,4%) et cinq enfants (27,7%).
- Sept patients (38,8%) ont consulté 2 à 3 fois, soit quatre adultes (22,1%) et trois enfants (16,7%).

- ***Croix rouge***

Quatre patients ont consulté à la Croix Rouge pour une pathologie aigue (12,1%), tous étaient des enfants et n'ont consulté qu'une seule fois.

- ***Clinique Véronique***

Trois patients ont consulté à la Clinique Véronique pour une pathologie aigue (9%), tous étaient des adultes et n'ont consulté qu'une seule fois.

- *Médecin du monde*

Aucun patient n'a consulté à médecin du monde.

- *CMCK*

Aucun patient n'a consulté au Centre médico-chirurgical de Kourou.

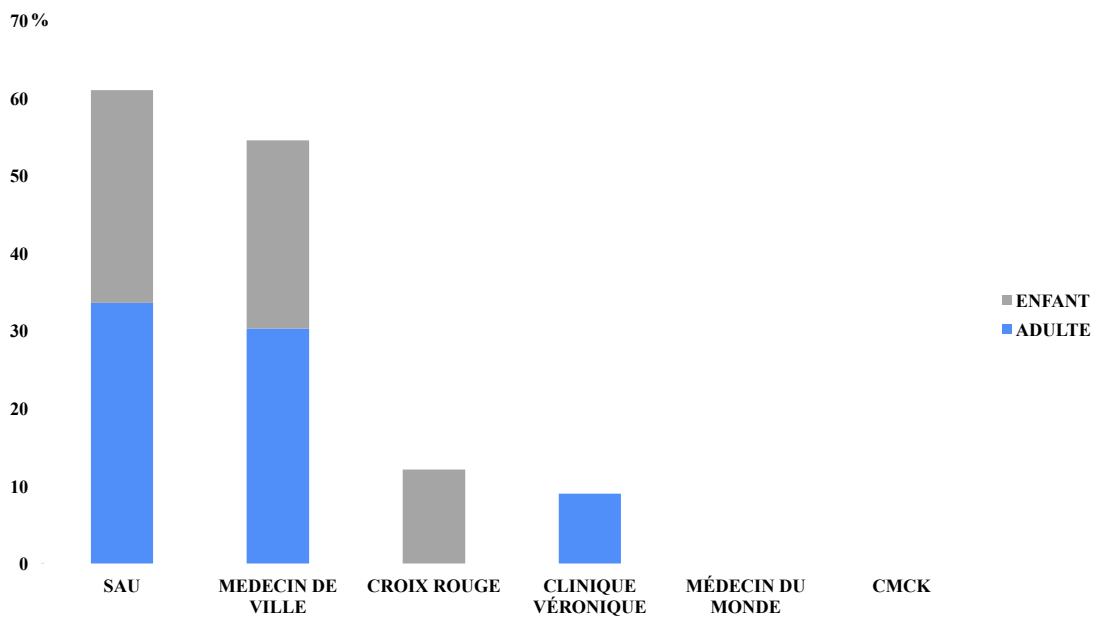


Figure 27 : Accès aux structures de soins en cas de pathologie aigue

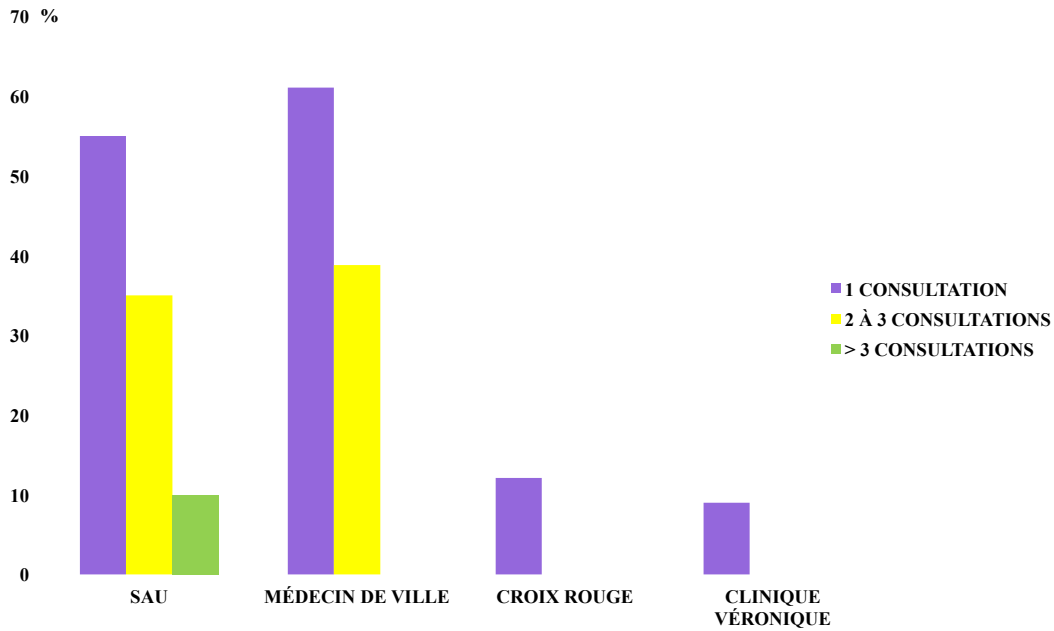


Figure 28 : Fréquence d'accès aux structures de soins en cas de pathologie aigue

Nous avons observé que les patients ne passaient pas systématiquement par le parcours de soins standard (Accueil des urgences, Croix Rouge, Médecins du Monde) mais préféraient consulter directement le médecin généraliste en ville.

Cette filière de soins déviée était due au fait que le médecin généraliste en ville parlait l'arabe, ce qui facilitait la relation médecin-malade et la prise en charge. De plus, la plupart des patients ont été éduqué dans leur pays d'origine à ne pas engorger systématiquement les urgences pour des motifs qui n'en relevaient pas et à consulter plutôt leur médecin de ville.

Cependant, l'absence de couverture sociale générait des frais importants puisqu'ils étaient considérés comme étant hors parcours de soins (facturation de la consultation et paiement direct des médicaments en pharmacie sans possibilité de remboursement).

e. Examens complémentaires

Huit patients (24,2%), dont sept adultes et un enfant, ont nécessité la réalisation d'examens complémentaires (hors bilan sanguin). Au total, dix examens complémentaires ont été effectués : trois scanners, trois échographies (une échographie abdominale, une échographie cardiaque trans-thoracique et un échodoppler veineux des membres inférieurs), une fibroscopie oeso-gastro-duodénale, une épreuve d'effort et deux radiographies.

Quatre imageries ont été réalisées devant des pathologies aiguës menaçant le pronostic vital. Deux patients ont bénéficié de deux examens complémentaires.

Un patient a eu un scanner cérébral en urgence au SAU devant une symptomatologie neurologique d'apparition brutale (hémiparésie droite et paralysie faciale centrale droite), confirmant la présence d'un accident vasculaire cérébral sylvien gauche.

Un patient a effectué une radiographie thoracique et une échographie cardiaque trans-thoracique en urgence au SAU pour bilan d'une décompensation cardiaque globale.

Une patiente (enfant) a nécessité la réalisation d'une radiographie thoracique en urgence au SAU devant une crise d'asthme sévère inaugurale.

Un patient a nécessité la réalisation d'un écho-doppler des membres inférieurs au SAU devant une douleur du membre inférieur droit post-chirurgie, révélant la présence d'une thrombose veineuse superficielle du membre inférieur droit.

Un patient a bénéficié d'un scanner cérébral pour bilan de céphalées atypiques au SAU, ainsi que d'une épreuve d'effort pour bilan de palpitations dans un cabinet de cardiologie de ville.

Une patiente a réalisé une fibroscopie oeso-gastro-duodénale pour bilan d'épigastralgies chroniques.

Une patiente a effectué une échographie abdominale devant des douleurs intenses en hypocondre droit et une fébricule, permettant de poser le diagnostic de cholécystite aigue.

Un patient a réalisé un scanner du rachis lombaire pour bilan de lombalgies hyperalgiques et invalidantes.

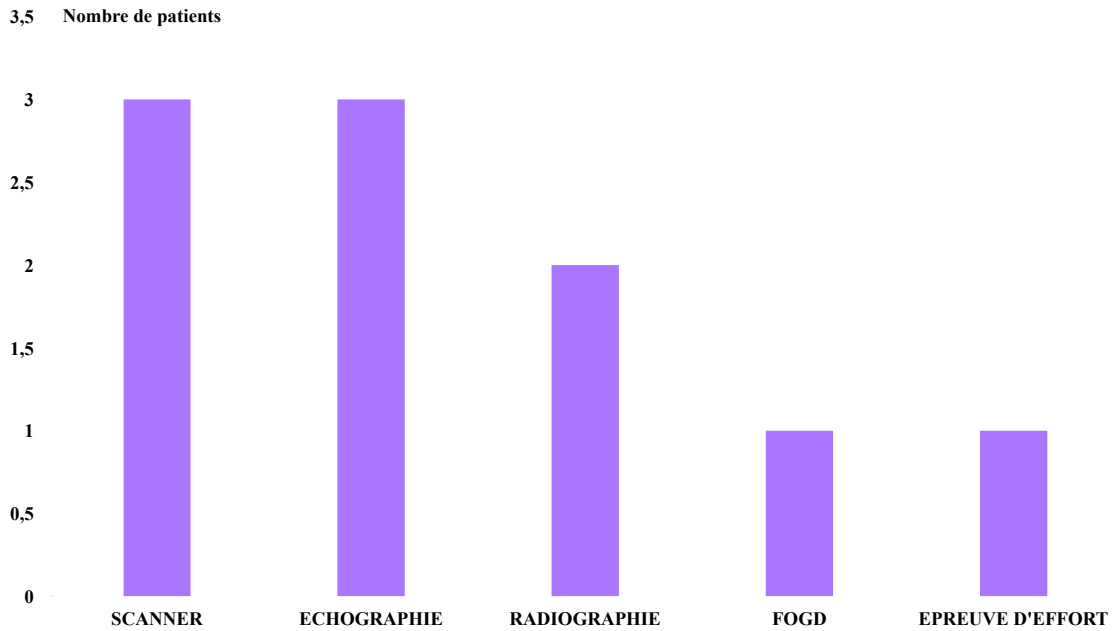


Figure 29 : Nombre de patients ayant nécessité la réalisation d'un examen complémentaire au cours de la prise en charge des soins aigus

f. Hospitalisation

Six patients (18%), dont quatre présentant une pathologie engageant le pronostic vital, ont nécessité une hospitalisation : quatre adultes (66,7%) et deux enfants (33,3%). Deux adultes ont été hospitalisé à deux reprises.

Les motifs d'hospitalisation étaient les suivants : accident vasculaire cérébral, décompensation cardiaque globale, tentative de suicide par défenestration, stripping de varices du membre inférieur droit, cholécystite, cholécystectomie à froid, crise d'asthme aigue sévère inaugurale et fièvre.

Deux patients (33,3%) ont été hospitalisé moins de 48 heures ; cinq patients (83,3%) ont été hospitalisé entre 2 et 7 jours ; un patient (16,7%) a été hospitalisé plus de 7 jours.

Un homme de 36 ans a été hospitalisé dans le service de chirurgie vasculaire de la Clinique Véronique pour un stripping de varices du membre inférieur droit (durée d'hospitalisation supérieure à 48 heures).

Il a également été hospitalisé plus tard en psychiatrie au CHAR pour une tentative de suicide par défenestration (durée d'hospitalisation : entre 2 et 7 jours).

Un homme de 33 ans a été hospitalisé dans le service de cardiologie du CHAR pour prise en charge d'une décompensation cardiaque globale (durée d'hospitalisation : entre 2 et 7 jours) dans un contexte d'insuffisance cardiaque connue et traitée.

Un homme de 52 ans, sans antécédent particulier, a été hospitalisé dans le service de neurologie du CHAR pour prise en charge d'un accident vasculaire cérébral sylvien gauche profond (durée d'hospitalisation > 7 jours).

Une femme de 46 ans a été hospitalisé dans le service de médecine B du CHAR pour prise en charge d'une cholécystite (durée d'hospitalisation : entre 2 et 7 jours) puis en chirurgie digestive à la Clinique Véronique pour cholécystectomie à froid (durée d'hospitalisation < 2 jours).

Une enfant de 4 ans a été hospitalisé dans le service de pédiatrie du CHAR pour une crise d'asthme aigüe sévère inaugurale (durée d'hospitalisation : entre 2 et 7 jours).

Un enfant de 5 ans a été hospitalisé dans le service de pédiatrie du CHAR pour fièvre (durée d'hospitalisation : entre 2 et 7 jours).

6 Nombre de patients hospitalisés

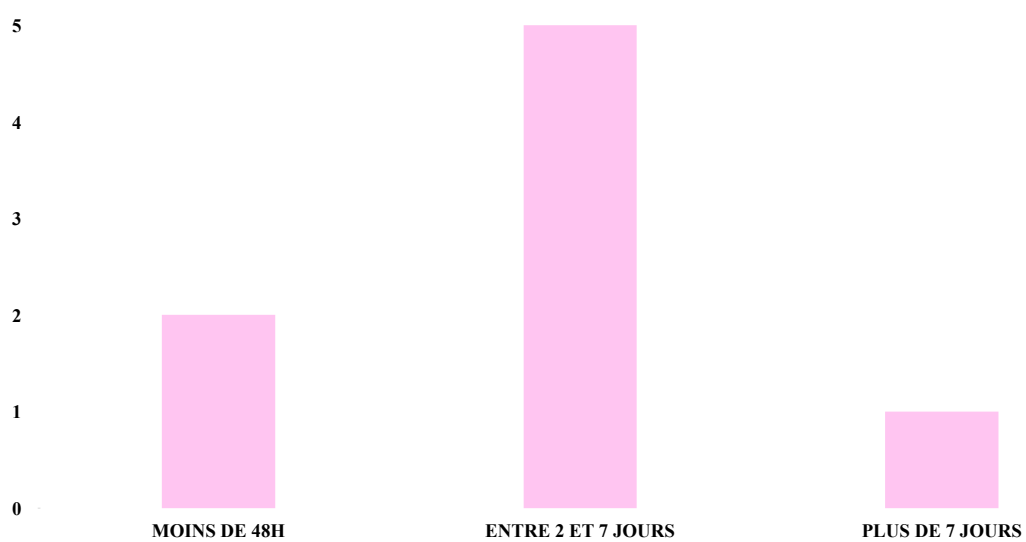


Figure 30: Durée d'hospitalisation des patients ayant présenté une pathologie aigue

g. Accès aux traitements

Tous les patients ayant consulté pour une pathologie aigüe ont eu accès aux traitements.

Nous pouvons observer que dix patients (30,3%) ont dû acheter les traitements avec leur propre argent en pharmacie, neuf patients (27,3%) ont eu accès aux traitements via la sécurité sociale (CMU), sept patients (21,2%) ont eu accès aux traitements en passant par le service de la PASS ; dans quatre cas (12,1%) la Croix Rouge a fourni gratuitement les médicaments ; le SAU a également donné les traitements à deux patients (6%) ; un patient (3%) a bénéficié du don d'un médicament par le médecin de ville.

Les patients ayant eux même acheté leur traitement à la pharmacie (30,3%) n'ont pas bénéficié du service de la PASS pour deux raisons :

- Non compréhension ou non information sur l'existence de ce service et la possibilité de fournir gratuitement des médicaments pour huit patients (80%).
- Impossibilité de fournir le médicament par la PASS pour deux patients (20%).

h. Taux de mortalité

Parmi les patients ayant consulté pour une pathologie aigüe, tous ont eu accès aux soins et aux traitements et il n'y a eu aucun décès.

2.2. Soins chroniques

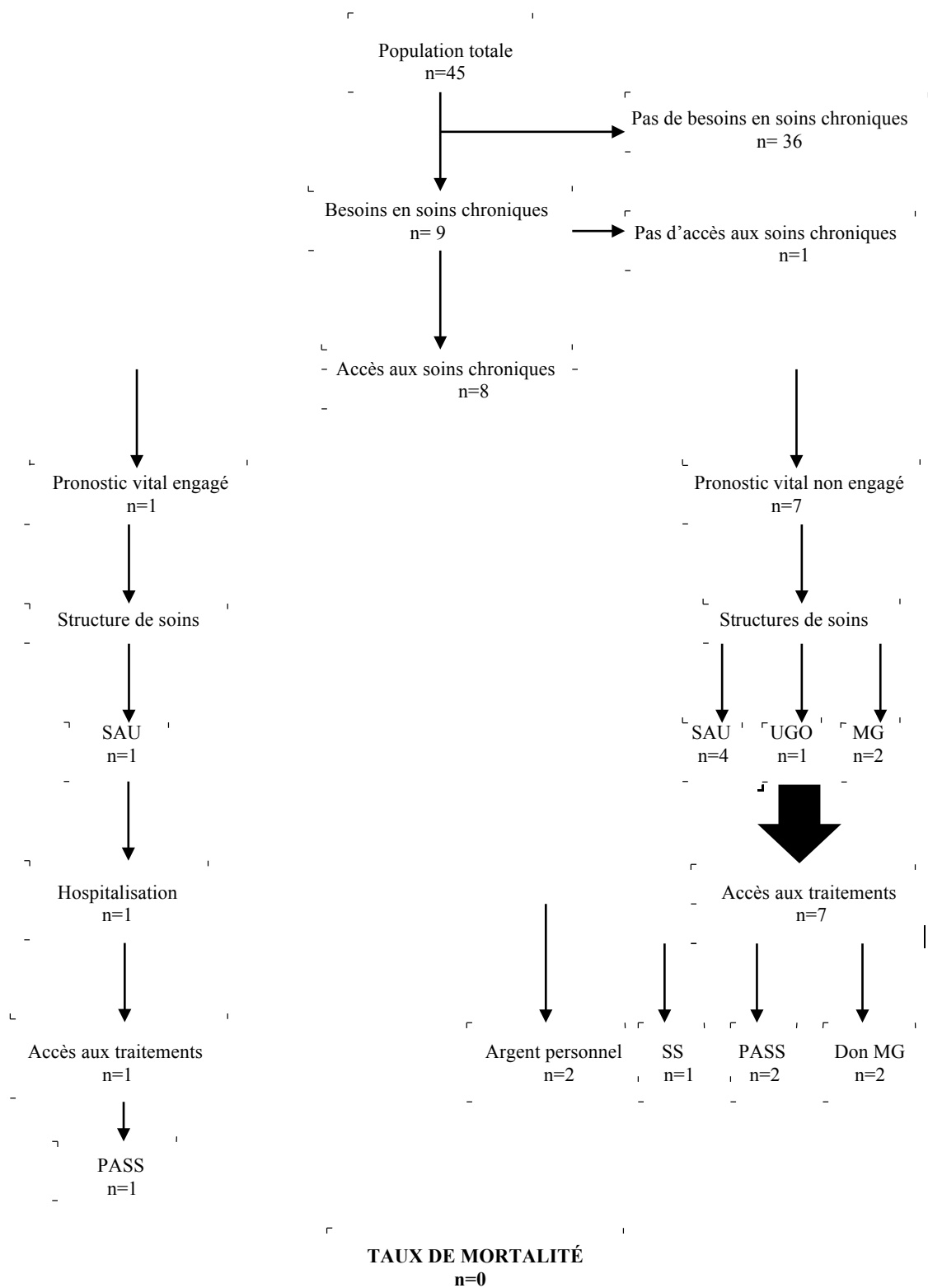


Figure 32 : Flow Chart 2 – Prise en charge des soins chroniques

Légende :

MG : Médecin généraliste en ville

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé de Cayenne

SAU : Service d'accueil des urgences de Cayenne

SS : Sécurité sociale

UGO : Urgences gynécologiques et obstétricales de Cayenne

a. Accès aux soins en cas de pathologie chronique

9 patients (20%) avaient une pathologie chronique, tous étaient des adultes (33%).

8 patients (88,8%) ont pu avoir accès aux soins.

- 7 patients ont eu recours aux soins dans le cadre du suivi ou pour une découverte d'une pathologie chronique n'engageant pas le pronostic vital.
- Un patient s'est présenté pour une pathologie chronique décompensée engageant son pronostic vital (décompensation cardiaque globale chez un patient insuffisant cardiaque connu et traité).

1 patiente présentait un asthme non décompensé, et n'a pas pu avoir accès aux soins (suivi médical et renouvellement d'ordonnance) ainsi qu'à son traitement habituel.

36 patients (80%) n'ont pas nécessité de recours aux soins car ils n'avaient pas de pathologie chronique (8 adultes et 18 enfants).

b. Motifs de consultation

Chez les huit patients ayant eu recours aux soins pour une pathologie chronique, les principaux motifs de consultation étaient d'origine rhumatologique et cardiovasculaire.

Trois patients (37,5%) ont consulté pour des symptômes rhumatologiques.

- Un patient a consulté pour des lombalgies chroniques invalidantes.
- Un patient a consulté pour des gonalgies chroniques dans un contexte de pathologie méniscale ancienne.
- Une patiente a consulté pour des talalgies droites.

Trois patients (37,5%) ont consulté pour des pathologies cardiovasculaires.

- Une patiente a consulté dans le cadre du suivi de son hypertension artérielle.
- Un patient a consulté pour décompensation cardiaque puis secondairement pour bilan d'insuffisance cardiaque.
- Découverte d'un diabète de type 2 et d'une hypertension artérielle chez une patiente, dans le cadre d'un bilan de routine effectué par la PASS.

Une patiente (12,5%) a consulté dans le cadre de son suivi de grossesse non compliquée.

Un patient (12,5%) a consulté pour des douleurs neuropathiques séquellaires dans un contexte de brûlures du 3eme degré étendues du tronc et des membres inférieurs.

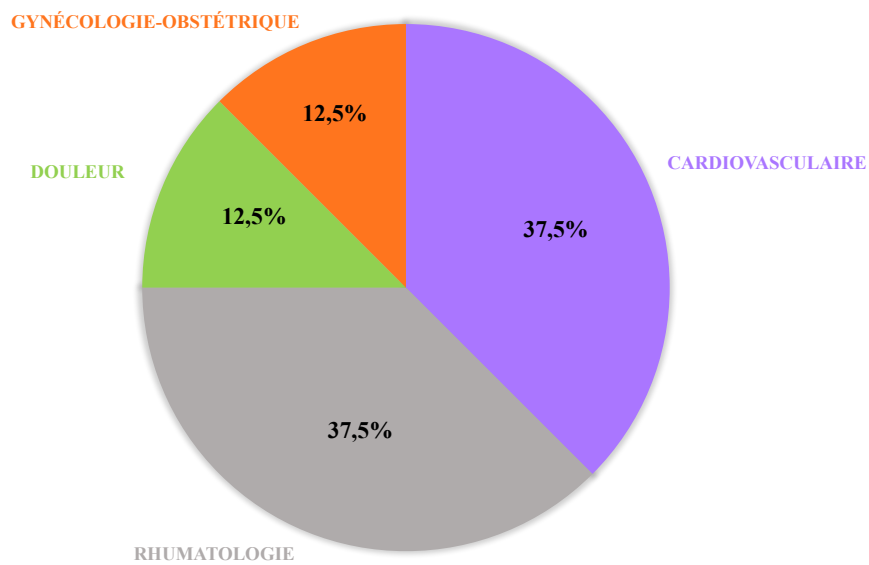


Figure 31 : Description des principaux motifs de consultation en cas de pathologies chroniques

c. Motifs d'une nouvelle consultation

Nous avons constaté que six patients (75%) ont consulté à plusieurs reprises la même structure ou une structure différente, soit pour le même motif non résolu, soit pour une continuité des soins, ou bien pour des motifs différents.

Les principaux symptômes motivant une nouvelle consultation étaient cardiovasculaires dans six cas et rhumatologiques dans quatre cas.

Un patient a consulté deux fois au SAU pour bilan de décompensation cardiaque.

Une patiente a consulté deux fois à la PASS dans le cadre de la prise en charge d'une découverte d'une hypertension artérielle et d'un diabète de type 2.

Une patiente a consulté deux fois un médecin de ville dans le cadre du suivi de son hypertension artérielle.

Un patient présentant des lombalgies chroniques invalidantes a consulté deux fois au SAU puis a été adressé en consultation orthopédique et en consultation anti-douleur pour la suite de sa prise en charge

Une patiente a consulté régulièrement son gynécologue de ville pour le suivi de sa grossesse,

Un patient a consulté à deux reprises au SAU et chez un médecin de ville devant la persistance de ses douleurs séquellaires post-brûlures du 3^{ème} degré.

d. Fréquence d'accès aux structures de soins

Deux patients (25%) ont consulté dans 2 structures pour des soins chroniques.

○ ***SAU (Service d'Accueil des Urgences)***

Six patients (75%) ont déjà consulté au moins une fois au SAU.

- Deux patients (33,3%) n'ont consulté qu'une fois.
- Quatre patients (66,7%) ont consulté 2 à 3 fois.

○ ***Médecin de ville***

Deux patients (25%) ont consulté 2 à 3 fois un médecin de ville pour une pathologie chronique.

○ ***Urgences gynécologiques du CHAR et Gynécologue de ville***

Une patiente (12,5%) a consulté une fois le service des urgences gynécologiques puis le gynécologue de ville.

○ ***Consultation orthopédique du CHAR***

Un patient (12,5%) a consulté une fois le service d'orthopédie.

- ***Consultation anti-douleur du CHAR***

Un patient (12,5%) a été une fois en consultation anti-douleur.

- ***Croix Rouge***

Aucun patient n'a consulté à la Croix rouge pour une pathologie chronique.

- ***Médecin du Monde***

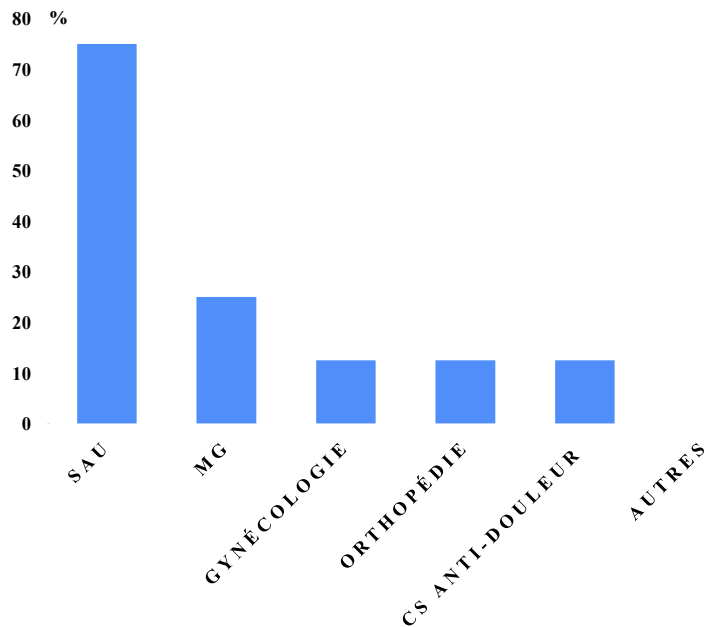
Aucun patient n'a consulté à médecin du monde pour une pathologie chronique.

- ***Clinique Véronique***

Aucun patient n'a consulté à la Clinique Véronique pour une pathologie chronique.

- ***CMCK***

Aucun patient n'a consulté au Centre médico-chirurgical de Kourou pour une pathologie chronique.



Légende :

SAU : Service d'accueil des urgences

MG : médecin généraliste de ville

CS anti-douleur : Consultation anti-douleur

Autres : Croix Rouge, Médecin du Monde, CMCK, Clinique Véronique

Figure 32: Accès aux structures de soins en cas de pathologie chronique

e. Examens complémentaires

Deux patients (25%) ont nécessité la réalisation d'examens complémentaires.

- Un patient a effectué une épreuve d'effort et une coronarographie pour bilan d'une décompensation cardiaque.
- Un patient a bénéficié d'un scanner du rachis lombaire pour bilan de lombalgies chroniques.

f. Hospitalisation

Un patient (12,5%) a été hospitalisé 48h en cardiologie pour bilan de décompensation cardiaque.

g. Accès aux traitements post consultation ou post hospitalisation

Tous les patients ayant consulté pour une pathologie chronique ont eu accès aux traitements.

Deux patients (25%) ont dû acheter les traitements avec leur propre argent en pharmacie.

Un patient (12,5%) a eu accès aux traitements via la sécurité sociale.

Trois patients (37,5%) ont eu accès aux traitements en passant par le service de la PASS.

Deux patients (25%) ont bénéficié du don d'un médicament par le médecin de ville.

Les patients ayant eux même acheté leur traitement à la pharmacie n'ont pas bénéficié du service de la PASS pour deux raisons :

- Non compréhension ou non information sur l'existence de ce service et la possibilité de fournir gratuitement des médicaments pour un patient.
- Impossibilité de fournir le médicament par la PASS.

h. Accès aux traitements habituels

Huit patients avaient des traitements habituels pour leur pathologie chronique. Un patient présentait un antécédent de gonalgies chroniques mais n'avait pas de traitement habituel.

Un patient de 40 ans, présentant un antécédent de cardiopathie ischémique stentée, avait pour traitement habituel un anti-agrégant plaquettaire, un bêta-bloquant, un diurétique et un inhibiteur de la pompe à proton.

Il a eu accès à son traitement habituel en l'achetant à la pharmacie avec son propre argent.

Un patient de 36 ans, présentant des douleurs séquellaires post-brûlures étendues du 3^{ème} degré, avait pour traitement habituel un antalgique de pallier 2.

Il a eu accès à son traitement habituel en l'achetant à la pharmacie avec son propre argent.

Un patient de 33 ans prenait habituellement un bêta-bloquant et un anti-agrégant plaquettaire pour le traitement de son insuffisance cardiaque.

Il a eu accès à son traitement habituel en l'achetant à la pharmacie avec son propre argent.

Un diabète de type 2 et une hypertension artérielle ont été découverts chez une patiente de 53 ans lors d'un bilan systématique réalisé par la PASS. L'ouverture de ses droits sociaux (CMU) lui a permis de bénéficier de son traitement (Anti-diabétiques oraux, Inhibiteur calcique et Inhibiteur de la pompe à proton).

Une patiente de 31 ans a bénéficié de son traitement anti-hypertenseur initialement par don d'un médecin de ville au décours d'une consultation de suivi puis via la CMU après ouverture de ses droits sociaux.

Un patient de 31 ans, souffrant de lombalgies chroniques traitées par anti-inflammatoires non stéroïdiens et antalgique de pallier 1, a rapporté son traitement avec lui depuis son pays d'origine.

Deux patientes n'ont pas eu accès à leur traitement habituel :

- Une patiente présentait pour principal antécédent de l'asthme. N'ayant pas obtenu la sécurité sociale et n'ayant pas les moyens financiers de payer une consultation et les traitements, elle n'a pas pu consulter afin de renouveler son traitement de fond et sa ventoline en cas de crise.

Dans le cas de cette patiente, sa non-adhésion aux soins est lié à un manque d'information sur le système de soins (la patiente parlait couramment l'espagnol, la barrière de langue n'était donc pas un réel obstacle). En effet, aucun professionnel de santé ne lui a expliqué qu'elle pouvait bénéficier d'une consultation médicale gratuite à la PASS puis d'une délivrance gratuite de ses médicaments par la pharmacie de l'hôpital grâce à l'obtention d'un bon PASS.

- Une patiente de 36 ans présentait des douleurs chroniques d'horaire inflammatoire dans un contexte d'épine calcanéenne, traitée par injection semestrielle de corticoïdes.

Elle n'a pas eu accès à son traitement habituel (a consulté pour ses douleurs mais n'a reçu que des anti-inflammatoires per os et un antalgique de pallier 1).

Au total, trois patients (37,5%) ont acheté leur traitement habituel avec leur propre argent, une patiente (12,5%) a reçu son traitement habituel grâce au don d'un médecin de ville, un patient (12,5%) a rapporté son traitement habituel depuis son pays d'origine, une patiente (12,5%) a eu accès à son traitement habituel via la CMU et deux patientes (25%) n'ont pas eu accès à leur traitement habituel.

i. Taux de mortalité

Il n'y a eu aucun décès parmi les patients présentant une pathologie chronique.

3. Communication avec les soignants

Lorsque le patient était exposé à une bonne information, il avait significativement plus de chance d'avoir accès au traitement via la PASS ($p=0,019$), (Intervalle de confiance à 95% [1,2562 ; 102,064]).

La communication avec le personnel médical et paramédical (hors médecin de ville) était perçue par six patients (15%) comme étant facile ; par quatorze patients (35%) comme étant difficile et par vingt patients (50%) comme étant impossible.

Les patients de 2 ans ou moins n'ont pas été pris en compte (soit cinq enfants).

Les principales langues utilisées pour communiquer avec le personnel médical et paramédical (hors médecin de ville) étaient l'arabe pour vingt-cinq patients (62,5%),

l'anglais pour neuf patients (22,5%), l'espagnol pour trois patients (7,5%), le portugais pour trois patients (5%) et le français (en cours d'apprentissage de la langue) pour un patient (2,5%).

Tous les patients estimaient que les difficultés de communication avec le personnel médical et paramédical (hors médecin de ville) étaient dû au fait que les soignants ne parlaient pas l'arabe et que cela constituait un obstacle à l'accès aux soins. Trois patients (7,5%) ont présenté des difficultés de compréhension face à des soignants ne parlant pas l'espagnol.

Deux patients (5%) ont eu des difficultés de communication face à des soignants ne parlant pas le portugais.

Enfin 4 patients (10%) parlant l'anglais se sont retrouvés face à des soignants maîtrisant peu la langue, entraînant des difficultés de communication.

Vingt-deux patients (55%) ont nécessité la présence d'un traducteur lors des consultations. Il s'agissait d'interprètes informels, le plus souvent un ami ou un membre de la famille, ou encore un soignant ou un autre patient. Aucun interprète professionnel n'a été sollicité au cours des consultations.

Vingt-deux patients (55%) ont consulté plus facilement le médecin de ville que les structures de soins du fait de la facilité de communication (le médecin de ville parlait l'arabe, facilitant ainsi les échanges et la relation médecin-patient).

Deux patients (5%) ont évoqué la notion de « maltraitance » dans les soins et de discrimination :

Le premier patient, un homme de 40 ans, originaire de Syrie et parlant l'arabe et l'espagnol couramment, a consulté au SAU pour de violentes douleurs en fosse lombaire droite d'apparition brutale et irradiant vers les organes génitaux, sans fièvre associée, évoquant une colique néphrétique droite. À l'accueil des urgences, les soignants et le patient n'avaient pas de langue en commun dans laquelle communiquer ; la douleur et la symptomatologie ont donc été difficile à évaluer, entraînant un retard dans la prise en charge et dans l'instauration des antalgiques adéquates, avec des soignants « agacés » par cette difficulté de communication qui s'ajoutait à l'afflux massif de patients.

Le deuxième patient était un homme de 33 ans, insuffisant cardiaque, originaire de Syrie, parlant l'arabe et le portugais. Il s'est présenté au SAU pour une décompensation cardiaque globale pour laquelle il a été hospitalisé. Il n'a reçu que peu d'informations sur sa pathologie et sur la prise en charge du fait de la barrière de langue. De plus, il avait le sentiment d'être peu pris en compte par les soignants et notamment les infirmiers qui « ne faisaient pas d'effort » pour le comprendre, selon lui. « Ma perfusion me faisait souffrir et l'infirmière ne m'écoutait pas ».

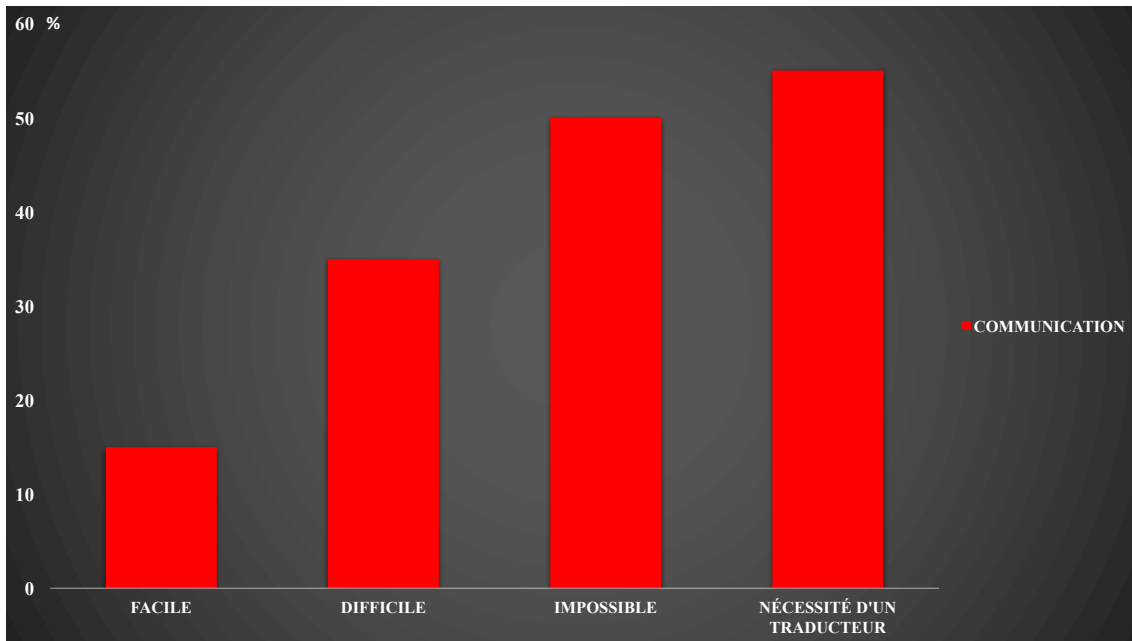


Figure 33 : Mise en évidence des difficultés de communication avec le personnel soignant perçue par les patients

4. Parcours de soins, prévention, vaccination et dépistage du VIH et de la tuberculose

À leur arrivée en Guyane, les migrants allaient initialement à la gendarmerie où le récit de leur parcours migratoire était enregistré. De là, un document leur était remis, leur permettant de se rendre à la préfecture au guichet unique afin de débiter les démarches administratives de demande d’asile. Ils obtenaient alors un document leur permettant d’avoir accès aux vaccins recommandés selon le calendrier vaccinal français. Puis ils se rendaient à la Croix Rouge afin de bénéficier de soins primaires si nécessaire et de denrées alimentaires. Le dépistage du VIH était proposé mais non systématique

(deux laboratoires situés au centre ville de Cayenne permettaient de faire le bilan sanguin gratuitement). On leur expliquait également le circuit de soins avec la possibilité de se rendre aux urgences de Cayenne en cas de pathologie et à la PASS pour l'accès gratuit aux médicaments.

Cependant, les patients allophones avaient du mal à comprendre ces informations.

Il se dirigeait par la suite à l'OFII afin de bénéficier des aides financières dans l'attente de la réponse de l'OFPRA. Lorsque l'OFPRA validait leur demande d'asile, une radiographie thoracique dans le cadre du dépistage de la tuberculose devait être effectuée avant de pouvoir bénéficier de la carte de séjour.

Vingt-deux patients (81,5%) connaissaient les structures et le parcours à effectuer pour leurs démarches administratives et en cas de problème de santé (seuls les adultes ont été pris en compte). Cela était dû en grande partie au « bouche à oreille » entre migrants nouvellement arrivés et migrants déjà sur place. Néanmoins, tous les patients évoquaient la complexité des démarches administratives à effectuer.

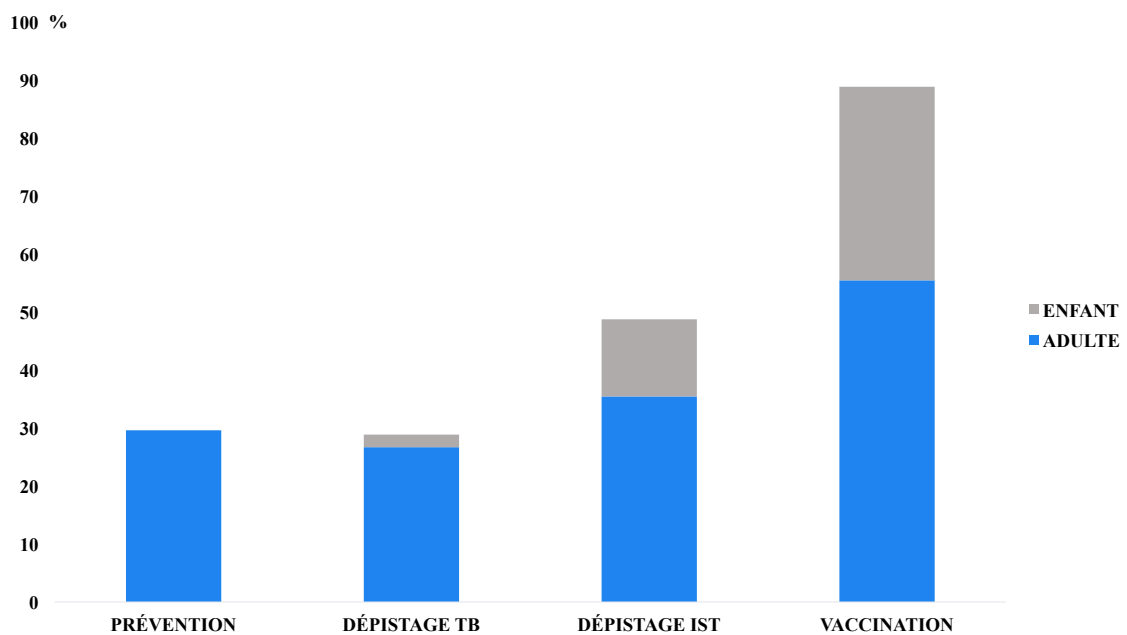
Par ailleurs, le processus de demande d'asile est lié à une longue phase d'attente et d'incertitude, exacerbant les manifestations anxio-dépressives (6 patients, dont la procédure d'asile était en cours depuis plus de 2 mois, ont refusé de nous recevoir dans ce contexte hyperanxiogène).

Quarante patients (88,9%), soit 25 adultes (55,5%) et 15 enfants (33,4%) ont bénéficié d'une mise à jour de leurs vaccins selon le calendrier vaccinal français.

Le dépistage du VIH a été réalisé chez vingt-deux patients (48,8%), soit seize adultes (35,5%) et six enfants (13,3%).

Treize patients (28,9%), soit douze adultes (26,7%) et un enfant (2,2%), ont réalisé une radiographie thoracique dans le cadre du dépistage de la Tuberculose.

Huit patients (29,6%) ont reçu des explications sur les pathologies locales et leur prévention (généralement via le médecin de la Croix Rouge ou le médecin de ville).



Légende :

TB : Tuberculose

IST : Infection sexuellement transmissible

Figure 34 : Mesures de prévention, vaccination et dépistage de la tuberculose et du VIH chez les demandeurs d'asile du Moyen-Orient.

5. Aides sociales

a. Logement

Le SAMU Social a fourni un logement pour treize personnes (29%), à savoir deux hommes seuls, une famille de trois personnes et deux familles de quatre personnes.

Une famille de trois personnes (6,7%) était hébergée chez des amis.

Six personnes (13,3%) autofinanciaient leur logement (une personne et une famille de cinq personnes).

Dix-huit personnes (40%) avaient un logement fourni par la Croix Rouge, réparties en quatre familles (une famille de trois personnes, une famille de quatre personnes, une famille de cinq personnes, une famille de six personnes).

Cinq hommes seuls (11%) étaient sans domicile fixe.

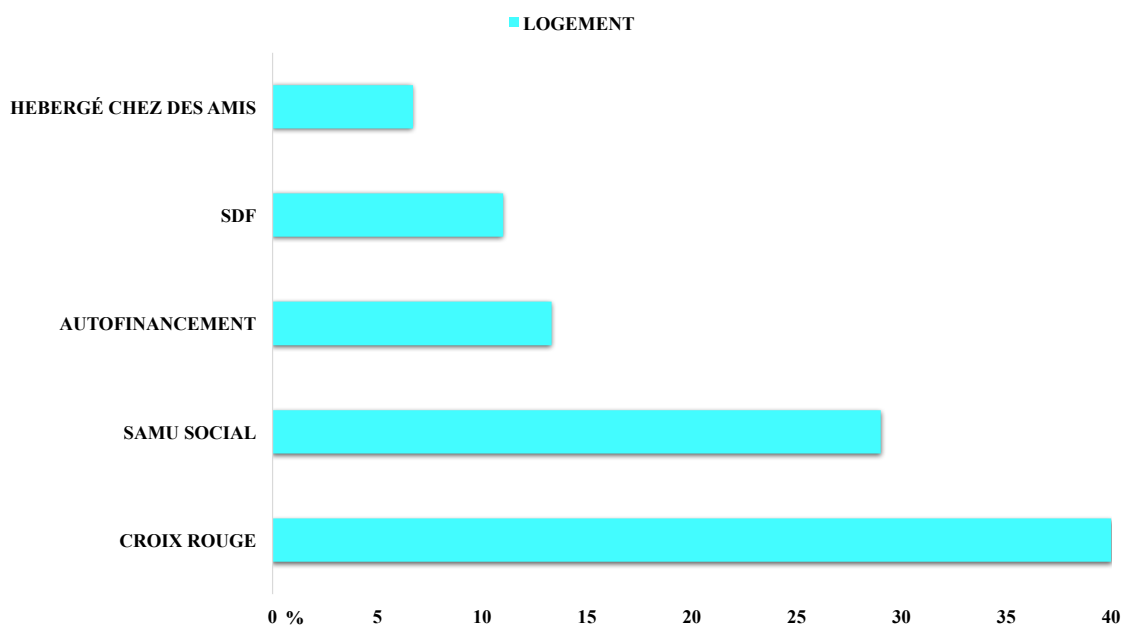


Figure 35 : Mode de logement des demandeurs d’asile et réfugiés du Moyen-Orient

b. Sécurité sociale

Trente-sept patients (82,2%) ont obtenu la PUMA (dont six familles). Les démarches d’obtention de la PUMA étaient en cours pour huit patients (17,8%).

c. Carte de séjour

Quatre patients (14,8%), hommes seuls, ont obtenu une carte de séjour. Ils bénéficiaient ainsi d’une autorisation de travail sur le territoire français.

d. Aide financière de l'OFII

Quarante-quatre personnes (97,8%) bénéficiaient de l'allocation de demandeur d'asile. Cette allocation est versée tous les mois par l'OFII aux demandeurs d'asile, jusqu'à réception de la réponse de l'OFPRA.

Une personne (2,2%) était en train de faire les démarches administratives pour effectuer sa demande d'asile à l'OFPRA.

e. Aide vestimentaire et alimentaire par la Croix Rouge

Trente personnes (66,6%) ont bénéficié d'une aide alimentaire par la Croix Rouge à leur arrivée en Guyane, soit une famille de six personnes, deux familles de cinq personnes, deux familles de quatre personnes et deux familles de trois personnes.

Ils ont bénéficié d'un carton par mois et par famille. La distribution des produits alimentaires se faisait après examen de la situation de la famille.

Malheureusement, ils n'ont pas pu avoir accès tous les mois à la distribution de denrées alimentaires, faute de moyens (pas assez de cartons pour toutes les familles).

Aucun patient n'a bénéficié de l'aide vestimentaire.

V. DISCUSSION

1. Analyse des principaux résultats

Cette étude est, à notre connaissance, la première à présenter des données sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés du Moyen-Orient en Guyane Française, avec un accent particulier sur les réfugiés syriens.

Dans cette étude rétrospective, un total de 45 patients a été inclus sur un population estimée de 150 personnes.

71% était originaire de Syrie. Le pic d'immigration était en 2016. 88% avaient un parcours migratoire long, dont 13% avaient traversé plus de 2 pays.

Notre population était relativement jeune avec un âge moyen de 23,6 ans (25% étaient des enfants d'environ 10 ans et 25% étaient des hommes seuls entre 30 et 50 ans), majoritairement masculine (68,9%) et ayant peu de comorbidités (58% des patients ne présentaient aucun antécédent et 42% présentaient au moins 1 antécédent médico-chirurgical). Les principaux antécédents étaient dermatologiques (27%), cardiovasculaires (21%) et rhumatologiques (21%).

Nos résultats concordent avec ceux d'autres études réalisées sur des populations migrantes. Pfortmueller et al (39) ont effectué une étude rétrospective dans un service d'urgence en Suisse dans le but de donner un aperçu des pathologies observées chez 3170 demandeurs d'asile. 48,7% des patients étaient originaires d'Afrique et 23,6% du Moyen Orient. 75,5% des demandeurs d'asile étaient des hommes avec un âge moyen de 28 ans.

37,7% des patients présentaient au moins une comorbidité (les pathologies psychiatriques étaient les plus fréquentes (20%)).

En Australie, Shawyer et al (40), mettaient en évidence une population principalement de sexe masculin (93,3%) ayant une moyenne d'âge de 35 ans, dans une étude effectuée sur 135 réfugiés et demandeurs d'asile originaires d'Afghanistan, du Pakistan, d'Iran et du Sri Lanka.

Gerritsen et al (41), dans une étude conduite aux Pays-Bas sur 479 réfugiés originaires d'Afghanistan, d'Iran et de Somali, retrouvaient population majoritairement masculine (58,8%) ayant un âge moyen de 37 ans.

Dans une étude suisse incluant 979 demandeurs d'asile en provenance de l'Europe de l'Est, de l'Afrique Sub-Saharienne, de Turquie, d'Irak et du Sri Lanka, Bischoff et al (42) décrivaient une population masculine à 62% et relativement jeune (âge moyen : 22,1 ans).

Dans cette étude, 30% de la population avaient moins de 30 ans.

La tendance s'inverse au Canada avec 55,2% de femmes et 44,8% d'hommes et une population plutôt âgée (moyenne d'âge de 40 ans), dans une étude d'Oda et al (43), portant sur 400 réfugiés syriens.

Le Rapport de l'observatoire de Médecin du monde de 2016 sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans 11 pays européens (44) mettait en évidence un âge moyen de 35,9 ans avec 58,2% d'hommes.

Dans notre étude, tous les patients ayant présentés une pathologie aiguë (73,3%), dont 12% engageant le pronostic vital, ont eu accès à des soins et à un traitement et il n'y a eu aucun décès. Deux patients ont cependant présenté des dégradations de pathologies chroniques, dont une grave. Les principaux symptômes aigus motivant une consultation

étaient infectieux dans 36,4% des cas, dermatologiques dans 21,2% des cas et rhumatologiques dans 12,1% des cas. 18,2% des patients nécessitant des soins pour une pathologie aigue ont reconsulté pour le même motif.

20% des patients nécessitaient des soins dans le cadre d'un suivi ou d'une décompensation de pathologie chronique. 1 seul patient n'a pas pu avoir accès aux soins et aux traitements. Il n'y a eu aucun décès. Les principales pathologies chroniques ayant amenées à consulter étaient d'origine cardiovasculaire (37,5%) et rhumatologique (37,5%).

Les problèmes de santé aiguës et chroniques des demandeurs d'asile sont semblables à ceux de la population générale et sont probablement liés en grande partie à leur statut de demandeur d'asile (conditions de vie difficiles, stress psychologique) plutôt qu'à leur origine géographique, ce que confirme le rapport « Migrations et santé » de l'OMS (45).

En cohérence avec certaines études menées aux États-Unis, au Canada ou en Espagne (46, 47, 48), les premiers travaux français (49, 50) avaient mis en évidence un meilleur état de santé des immigrants à leur arrivée en France comparativement à la population générale. Cela s'expliquait par le fait que ce sont les personnes en meilleure santé qui entreprennent de migrer, majoritairement des hommes arrivés dans le but de travailler pour échapper à la précarité et pour subvenir aux besoins de leur famille, restée dans le pays d'origine.

Cependant, des études plus récentes montrent que l'état de santé des nouveaux migrants apparaît comme moins bon que celui de la population générale et se dégrade avec la durée de présence en France.

L'enquête SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) révélait que l'état de santé des immigrants est plus altéré que celui des populations natives en termes de santé perçue et de limitation d'activité, en France, en Allemagne, au Pays-Bas, en Suède et en Suisse (51).

En Guyane, l'étude du Dr Jolivet et al (52) décrivait un état de santé perçue des migrants sans papiers bien inférieur à celui de la population native du pays.

La comparaison, par Bhopal et al (53), des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires des étrangers selon leur pays d'origine, a abouti à des conclusions similaires en suggérant une surmortalité chez les étrangers.

Cela peut s'expliquer par une modification des migrations dont le principal motif est familial, mais aussi humanitaire (demande d'asile) et non plus uniquement économique. Selon le rapport de 2016 de l'Observatoire de Médecins du monde (54), les migrations sont effectuées le plus souvent pour des raisons économiques (53,1 %), politiques (20,5 %), humanitaire (conflits armés, guerre) (13,7 %) ; 3,0 % seulement ont émigré pour des raisons de santé. Ils proviennent le plus souvent de pays plus pauvres (Afrique subsaharienne, Asie du sud-est), où les conditions de vie et de migration sont plus difficiles. Les conditions socio-économiques des immigrants dans le pays d'accueil sont défavorables par rapport à celles de la population générale (emplois pénibles et peu qualifiés, chômage, entourage plus restreint). Ces conditions de vie sont généralement associées à de moins bons états de santé (55).

Chez les migrants nouvellement arrivés, les problèmes de santé les plus fréquents sont les traumatismes, l'hypothermie, les brûlures, les problèmes cardiovasculaires, les complications de la grossesse ou de l'accouchement, le diabète et l'hypertension. Les mouvements de population sont à l'origine de troubles psychosociaux, de problèmes de santé reproductive, d'une mortalité néonatale plus élevée, d'addictions (drogues, alcool), de troubles nutritionnels et d'exposition à la violence. Les déplacements entraînent l'interruption des soins et des traitements, notamment pour les pathologies chroniques. Les enfants, vulnérables en raison des mauvaises conditions de vie subies pendant les migrations et d'une couverture vaccinale défailante depuis des années pour ceux ayant vécu dans des zones assiégées, sont sujets à des infections aiguës (infections respiratoires, gastro-entérite) et des pathologies dermatologiques (liées au manque d'hygiène) (45).

Le Rapport de l'observatoire de Médecins du Monde de 2016 sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (94,2% d'étrangers) dans 11 pays européens (54), faisait état des principaux problèmes de santé rencontrés. Dans 19% des cas, il s'agissait de symptômes digestifs. Les symptômes musculo-squelettiques, les pathologies cardiovasculaires et respiratoires représentaient chacun 12% des cas. Les pathologies gynéco-obstétricales étaient citées dans 20,6% des consultations. Une ou plusieurs pathologies psychiatriques ont été diagnostiquées chez 5 % des patients, avec 2,5 % des patients présentant une anxiété et 1,0 % une dépression. 40,0 % des patients nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. 48,6 % des patients se sont vus diagnostiquer au moins un problème de santé aigu et 47,5% des patients ont au moins un problème de santé chronique. 73,7 % nécessitaient un traitement indispensable et 51,1 % des patients ont au moins une maladie chronique n'ayant jamais été traitée.

Une étude a été réalisée en 2014 en Jordanie par Doocy et al (56) sur une large série de 1550 réfugiés syriens (en dehors des camps de réfugiés), afin de mettre en évidence les principales pathologies amenant à une recherche de soins. Elle faisait état de 21,5% d'infections, 21,1% de pathologies chroniques, 9,7% de traumatismes, 8% de pathologies dentaires, 6,5% de pathologie gynéco-obstétricales, 5,1% de problèmes rhumatologiques, 4,4% de pathologies digestives, 4% de pathologies rénales, 3,9% de problèmes dermatologiques, 2,3% de symptômes ophtalmologiques et 1,5% de pathologies psychiatriques.

Plusieurs études sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile ont été effectuées en Suisse (42, 57). Dans une étude incluant 979 demandeurs d'asile en provenance de l'Europe de l'Est, de l'Afrique Sub-Saharienne, de Turquie, d'Irak et du Sri Lanka, nous pouvions observer que les pathologies rhumatologiques, respiratoires et psychiatriques étaient les plus fréquentes. Les pathologies rhumatologiques (essentiellement des lombalgies) représentaient 14,5% des cas, les pathologies respiratoires (pneumopathies) 14,1% des cas, les pathologies psychiatriques (dépression, syndrome de stress post-traumatique) 13,7% des cas, dans un peu plus de 8% des cas on retrouvait des traumatismes et des symptômes dermatologiques, des pathologies infectieuses dans 6,3% des cas (tuberculose, VIH/SIDA, parasitoses), des pathologies gynéco-obstétricales dans 4,5% des cas et enfin des pathologies cardiovasculaires (principalement l'hypertension artérielle) dans 4,4% des cas. Le taux bas de pathologies infectieuses (tuberculose, VIH/SIDA) est également constaté dans d'autres études (58).

Une autre étude réalisée dans un service d'urgence en Suisse sur 880 patients visant à apprécier les problèmes de santé des demandeurs d'asile du Moyen Orient (Liban,

Jordanie, Syrie, Irak et Iran), retrouvait que les motifs de consultation les plus fréquents étaient chirurgicaux (43,3%, dont plus de la moitié étaient des traumatismes), médicaux dans 36,5% des cas (dont 43,9% de maladies infectieuses, 21,8% de problèmes neurologiques et 14,6% de problèmes gastro-intestinaux) et psychiatriques dans 15,6% des cas. Les symptômes chroniques les plus courants étaient des problèmes gastro-intestinaux chroniques (15%), des problèmes musculo-squelettiques chroniques (12,3%) et des céphalées chroniques (8,9%). 20% des patients souffraient de dépression et 14,6% présentaient un syndrome de stress post-traumatique (les patients syriens souffraient plus souvent d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une addiction : abus d'alcool).

La prévalence élevée des troubles psychiatriques (syndrome anxio-dépressif, syndrome de stress post-traumatique) dans les populations de demandeurs d'asile et de réfugiés peut s'expliquer par le fait que les réfugiés connaissent des traumatismes accumulés et graves, tels que la torture, l'emprisonnement, la perte d'êtres chers, les viols, dans un contexte de guerre dans lequel ils évoluent depuis plusieurs années. De plus, les processus de migration et d'asile peuvent créer des phénomènes de reviviscences des traumatismes vécus de part les conditions de vie défavorables associées à un futur incertain, ce qui est source d'anxiété extrême (59, 60).

Une fois arrivé dans le pays d'accueil, l'installation dans une nouvelle culture, l'isolement social, la pauvreté, les conditions de vie défavorables, la stigmatisation, l'anxiété qui découle de la longue phase d'attente et de l'incertitude d'une réponse favorable suite à la demande d'asile sont des facteurs de stress pouvant accentuer leur traumatisme et aggraver les symptômes de stress post-traumatique (41, 60, 61, 62).

L'intégration sociale puis l'acculturation sont des processus compliqués qui peuvent priver les migrants de tout ce à quoi ils étaient auparavant habitués et qui constituait la base de leur identité. Leur capacité à s'adapter aisément et activement aux pays d'accueil peut alors être amoindrie.

Un rapport de Médecins sans frontières publié en juillet 2016 (63), mettait en évidence qu'un grand nombre de migrants et de demandeurs d'asile souffraient de troubles psychologiques. Sur les 387 personnes interrogées, 60% présentaient des problèmes de santé mentale et 87 % des 199 personnes suivies pendant leur processus de demande d'asile ont indiqué que le système d'accueil aggravait leurs souffrances.

2. Les obstacles à l'accès aux soins

Les principaux obstacles à l'accès aux soins que l'on pouvait relever dans notre étude étaient la barrière de la langue, la complexité des démarches administratives, la méconnaissance de leurs droits et des structures de soins et la stigmatisation.

45% des patients étaient uniquement arabophone. La communication avec le personnel médical et paramédical était perçue par 35% des patients de notre étude comme étant difficile et par 50% comme étant impossible.

Tous les patients estimaient que les difficultés de communication avec le personnel médical et paramédical (hors médecin de ville) constituaient un obstacle à l'accès aux soins.

55% des patients ont nécessité la présence d'un interprète informel lors de la consultation médicale. Aucun interprète professionnel n'a été sollicité.

Lorsque le patient était exposé à une bonne information, il avait significativement plus de chance d'avoir accès au traitement via la PASS ($p=0,019$).

55% des patients ont consulté plus facilement le médecin de ville que les structures de soins du fait de la facilité de communication (le médecin de ville parlait l'arabe, facilitant ainsi les échanges et la relation médecin-patient).

81,5% des adultes connaissaient le parcours de soins à effectuer pour leurs démarches administratives et en cas de problème de santé. Tous les patients estimaient que la complexité des démarches administratives était un obstacle à l'accès aux soins.

5% des patients ont évoqué la notion de « maltraitance » et de discrimination dans les soins.

Rappelons que tous les patients de notre étude étaient lettrés et ont pour la plupart un niveau d'études supérieures (59,2% ont été au lycée et 37% ont fait des études supérieures), donc quand ils n'ont pas adhéré au système de soin c'est qu'il y a eu une véritable incompréhension de ce système. Il existe une barrière de langue importante qui a limité la prise en charge de plusieurs patients, avec notamment une difficulté d'accès aux traitements (manque d'information, explications difficiles à donner sur le parcours de la PASS et sur l'accès à la pharmacie de l'hôpital pour obtenir les médicaments gratuits), une reconsultation pour des motifs identiques, le non diagnostic de pathologie grave (Syndrome de stress post-traumatique), la stigmatisation ressentie par le patient au moment des soins.

La Guyane est une terre d'immigration et son histoire est marquée par la succession de multiples vagues migratoires. La rencontre de ces populations a abouti à un brassage culturel unique dans lequel s'est forgée l'identité guyanaise. Lors du recensement de l'Insee en Guyane en 2013, les étrangers représentaient plus d'un tiers de la population avec principalement les Surinamais (37%), les Brésiliens (27%) et les Haïtiens (25%) (64). On y compte plus de 100 nationalités et ethnies différentes, parlant plus de quarante langues et idiomes. Bien qu'il soit monnaie courante pour le personnel soignant de communiquer quotidiennement avec des patients allophones, la communication avec la population originaire du Moyen-Orient, parlant uniquement l'arabe, était quasiment impossible en l'absence d'interprètes, ce qui a altéré la prise en charge de certains patients.

Ces obstacles se sont retrouvés dans deux situations cliniques de notre étude :

Un homme de 36 ans, originaire de Palestine, ne parlant que l'arabe, a été admis au SAU pour une tentative de suicide par défenestration. Ce patient a consulté à plusieurs reprises aux urgences de Cayenne pour des épisodes de douleurs (douleurs neuropathiques post-brûlures du 3^{ème} degré, douleurs des membres inférieurs invalidant la marche, thrombose veineuse superficielle du membre inférieur droit post-stripping de varices). La chronicisation de ces douleurs a probablement instauré un syndrome anxio-dépressif dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique secondaire aux violences subies dans son pays d'origine (brûlure du 3^{ème} degré après avoir reçu des éclats d'obus, torture, électrocution) s'ajoutant au processus traumatisant de la migration. Les consultations répétées pour le motif de douleurs auraient pu alerter les soignants et faire rechercher une composante dépressive. Néanmoins, le flux intense de patients et la

barrière de langue ont été de réels obstacles à sa prise en charge. La disponibilité d'interprètes professionnels aurait pu nous aider à prendre en charge au mieux ce patient (65). En effet, le recours à la langue dans laquelle le vécu des personnes s'est construit leur permet de raconter leur histoire et d'exprimer plus facilement leur ressenti, leurs émotions. Les demandeurs d'asile devraient être soigneusement évalués lors de leur présentation dans une structure médicale et les médecins devraient être conscients de l'incidence élevée de symptômes somatiques non précisés et du syndrome de stress post-traumatique dans cette population. Par ailleurs, le processus de demande d'asile lui-même est lié à une longue phase d'attente dans l'incertitude et dans des conditions de vies défavorables (en effet ce patient vivait dans des conditions très précaires (SDF)), ce qui est source d'anxiété extrême face à un future imprévisible et instable et exacerbe encore les problèmes de santé.

Le deuxième cas est celui d'une patiente de 17 ans, originaire de Syrie, qui présentait un asthme non décompensé. Elle n'a pas pu avoir accès aux soins (suivi et renouvellement d'ordonnance) et à son traitement habituel car elle n'avait pas la sécurité sociale ni d'argent pour payer une consultation et acheter le traitement à la pharmacie. Elle ne savait pas qu'elle pouvait bénéficier des soins et du traitement via la PASS.

L'état de santé des immigrés et leur accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique. Les processus de migration contribuent à renforcer les vulnérabilités et à accentuer les inégalités d'accès aux soins primaires des migrants en France. Plusieurs obstacles à l'accès aux soins ont été mis en évidence dans le rapport de 2016 de l'Observatoire de Médecins du monde (54) :

La barrière de la langue constitue l'un des premiers obstacles à la relation médecin-malade et n'est citée spontanément que par 6,9 % des patients. Hors, 40,8 % de l'ensemble des consultations dans les centres de santé européens de Médecins du Monde nécessitent la présence d'un interprète.

En 2015, la moitié des personnes reçues au CASO de Cayenne cite la barrière linguistique comme une difficulté d'accès aux soins et aux droits (66).

Les difficultés liées à la situation socio-économique (24,0%), qui rassemblent les frais liés à la consultation et aux médicaments, les avances à régler et les cotisations à payer pour une couverture santé.

Pour les personnes en situation de précarité (isolement, absence ou précarité du logement, insalubrité, absence de ressources, situation administrative précaire), alors que les besoins fondamentaux tels que manger et se loger ne sont parfois pas satisfaits, la santé ne constitue pas une priorité et ces personnes s'inscrivent difficilement dans un parcours de soins classique (67, 68).

La complexité des démarches administratives (14,2 %), qui incluent les législations restrictives et les difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires pour obtenir une couverture santé, ainsi que les dysfonctionnements administratifs. En 2015, plus de la moitié des personnes reçues dans le CASO de Médecin du Monde en Guyane déclaraient avoir rencontré des difficultés administratives. L'aide aux démarches pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie est d'ailleurs le premier motif de consultation au CASO de Cayenne, alors qu'en métropole les personnes déclarent en premier lieu venir pour consulter un médecin (66).

La méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant les soins (9,1 %).

Certains patients dont les droits sont ouverts ne savent pas qu'ils peuvent aller consulter en médecine libérale et accéder aux médicaments prescrits sans avance de frais. Les circuits de soins et les structures permettant d'y avoir accès sont souvent inconnus pour ces populations.

Selon l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), un des facteurs de non recours aux soins est la complexité des parcours de soins (69).

Face à un dispositif réglementaire complexe, beaucoup méconnaissent en effet leurs droits et en font un mésusage.

Le recours insuffisant à la médecine de ville est également un obstacle. La prise en charge des patients bénéficiant de l'AME et de la CMU reste problématique en médecine libérale. En effet, 37% des médecins généralistes ont refusé l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME et 10% ont refusé les soins aux personnes ayant la CMU, selon le rapport de Médecin du Monde « Je ne m'occupe pas de ces patients », publié en 2006 (70).

Les professionnels de santé justifient ces pratiques (refus directs, exigence de l'avance de frais, dépassements d'honoraires...) en mettant en avant la méconnaissance des dispositifs, la complexité des démarches en l'absence de carte vitale, les délais de remboursements trop longs, ou simplement le fait que « ce type de patientèle n'est pas adapté au cabinet ».

Les patients confrontés au refus de soins ou à la demande de frais hésiteront par la suite à rechercher des soins, entraînant un retard à la prise en charge.

La stigmatisation : Parmi les patients interrogés par Médecins du monde en 2016 (54), 3,7 % ont été victimes de racisme (discrimination fondée sur la couleur ou l'origine ethnique) dans une structure de santé en Europe.

En Guyane, les phénomènes de discrimination et d'inhospitalité sont décrits à l'égard de ces populations de façon alarmante, que ce soit pour l'accès à la santé ou à d'autres services (éducatifs, logement) (66).

Selon une étude de Pfortmueller et al (71) conduite en Suisse sur 3675 demandeurs d'asile africains, l'indisponibilité d'interprètes professionnels, le manque d'informations sur le parcours de soins et les démarches administratives à effectuer ainsi que la difficulté des soignants à intégrer la différence de culture dans les soins (et donc appréhender de manière différente la maladie, le corps, la mort) constituaient de véritables barrières à l'accès aux soins et aux traitements.

Plusieurs études font état d'une amélioration de la prise en charge des patients lorsque la communication entre le médecin et le patient est de qualité (72, 73).

La principale conséquence de ces obstacles est un retard de recours aux soins et donc l'aggravation de leurs problèmes de santé. En 2015, 38,5% des patients reçus dans les CASO de Médecins du Monde auraient dû être pris en charge plus tôt et 32% nécessitaient des soins urgents ou très urgents.

En Guyane, pour l'année 2015, 17,5 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois et 54 % présentaient un retard de recours aux soins. Ce phénomène de retard de recours aux soins est en constante augmentation (11 % en 2007)

et est majorée avec l'âge, les difficultés de logement, l'absence de couverture maladie et l'absence d'interprète lors de la consultation (66).

À l'heure actuelle, le nombre de migrants originaires du Moyen Orient en Guyane est d'environ 300. Cependant, les nouveaux arrivants ne semblent plus passer par la filière de soins classique (SAU/PASS). En effet, nous avons pu constater depuis fin 2016, une nette diminution de leur passage aux urgences de Cayenne. Ils empruntent en effet plus fréquemment la filière de soins via le médecin de ville parlant l'arabe.

Par ailleurs, il est à noter qu'à la fin de la rédaction de cette étude, un de nos patients est décédé d'un infarctus du myocarde. Ce patient de 40 ans, originaire de Syrie, avait pour principaux antécédents une hypertension artérielle et une cardiopathie ischémique stentée.

3. Limites de l'études

a. Biais de recrutement et justification statistique

Nous avons réalisé un échantillonnage en boule de neige. Cette méthode comporte des biais : toutes les personnes interrogées faisaient parties du réseau social de notre patient de départ et sont susceptibles de posséder des caractéristiques semblables. De plus, cela réduit la taille de l'échantillon.

Ce petit échantillonnage résulte également du refus de certains patients à intégrer l'étude (refus de communication, ne sont pas venus aux rendez-vous fixés). Ceci pouvait être en

partie expliquée par l'anxiété éprouvée face à l'attente extrêmement longue de la réponse de l'OFPPRA.

Le nombre de patient inclus dans notre étude étant faible, les résultats obtenus via le test de Fisher (test statistique préconisé en cas d'effectif réduit) n'étaient pas significatifs.

Nous avons donc choisi de réaliser une étude observationnelle, descriptive.

b. Biais de recueil des données

Notre étude comporte un biais des données déclaratives, lié à la pudeur et la discrétion des patients enquêtés mais également un biais de mémorisation (oubli de certains antécédents, des symptômes présentés, fréquence d'accès aux structures de soins).

c. Biais lié à l'interviewer

Ce travail était ma première expérience d'entretiens dirigés. Les entretiens auraient probablement été de meilleure qualité s'ils avaient été menés par quelqu'un de plus expérimenté.

d. Biais d'interprétariat

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens en face à face à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées, dans la langue dans laquelle le patient souhaitait s'exprimer.

Un interprète informel, le plus souvent un membre de la famille, pouvait aider à la traduction, ce qui a pu entraîner un biais d'interprétation et de compréhension par une traduction approximative. De plus, l'émotion de l'interprète informel face à certains propos du patient a pu gêner la traduction.

Un questionnaire traduit en arabe aurait pu être envisagé. Néanmoins, je maîtrisais suffisamment les langues utilisées pour réussir à comprendre tous les patients et à corriger une incompréhension si nécessaire. Dans les cas où je sentais que le patient souhaitait se dévoiler mais que la présence d'un tiers l'en empêchait (notamment quand il s'agissait de problèmes gynécologiques chez les femmes), je le prenais à l'écart et je posais moi-même les questions dans la langue du patient.

e. Interprétariat

En France, et particulièrement en Guyane, les mouvements de populations d'origines, de cultures et de langues différentes constituent une réalité incontournable qui pose les questions de l'accueil de ces populations, de leur intégration, de leur accès aux droits et de la lutte contre les discriminations.

Dans le cas des migrants, aux conditions de précarité s'ajoutent souvent les conditions de l'isolement, de l'incompréhension, de la différence culturelle, accentuant leur vulnérabilité.

La barrière de langue est responsable de discriminations et constitue un obstacle à l'accès aux soins et à la prévention.

Du côté des patients allophones, trouver les structures leur permettant d'ouvrir leurs droits (certaines leur refusent l'accès en l'absence d'interprète), expliquer leur situation et utiliser leurs droits, peut s'apparenter au parcours du combattant. Lors d'une consultation médicale, il leur est également très difficile d'expliquer leurs conditions de vie, de détailler leurs antécédents médicaux, d'exprimer leur motif de consultation.

Les soignants peuvent se sentir démunis face à un malade ne parlant pas la même langue car communiquer, établir un diagnostic, expliquer la pathologie (tout en intégrant les différences de culture, de représentation du corps, de la maladie et de la mort), la nécessité de réaliser des examens complémentaires ou encore l'observance des traitements peut s'avérer extrêmement compliqué.

Le rapport "Pratique médicale et identité culturelle" du Conseil de l'Ordre publié en 2005 rappelle l'importance de « la connaissance de la culture du patient comme de la culture du médecin » ainsi que la nécessité du « respect éclairé des identités culturelles dans un enrichissement mutuel et non dans une uniformisation béate ». Il nous faut donc adapter la pratique de la médecine et des soins aux besoins de cette population.

Par ailleurs, nombre de soignants n'hésitent pas à faire appel à une personne de l'entourage (famille dont de jeunes enfants, amis), à un autre patient dans la salle d'attente ou encore à un membre du personnel soignant, pour aider à traduire pendant la consultation. L'utilisation « d'interprètes informels » soulève la question du respect du secret professionnel mais surtout peut être à l'origine de contre-sens graves : traductions incorrectes, omission de certaines questions ou réponses par méconnaissance, par difficulté à traduire le sujet ou parce que celui-ci semble embarrassant. De plus, le patient peut se sentir désinvesti de sa maladie et de sa prise en charge et perdre son autonomie. La gestion des émotions et le surinvestissement dans la maladie par un tiers non formé à l'interprétariat peuvent également être problématique.

En cas de barrière linguistique, la présence d'un interprète professionnel est toujours préférable à celle d'un accompagnateur ou d'un interprète informel ou ad hoc. Une analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH, de la tuberculose et du diabète réalisé par Schwarzinger et al en 2012 (75) a montré que l'utilisation d'interprètes professionnels améliorait significativement l'observance des patients allophones par rapport à l'interprétariat par un membre du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient, et permettait également une meilleure autonomie du patient et un meilleur niveau d'information.

L'article L. 1110-13 du Code de la santé publique dispose que « la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités » (27).

L'interprétariat en milieu médical s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé des populations migrantes et a une fonction d'interface verbale entre le soignant et le patient dont la relation est entravée par la barrière linguistique. La santé est un élément important dans l'intégration des personnes d'origine étrangère au sein de la société.

Il effectue un travail de traduction orale et restitue le plus fidèlement possible les propos d'une conversation entre deux personnes ou d'un groupe et s'assure de leur bonne compréhension mutuelle. Il contribue à l'instauration d'une relation de confiance (76).

L'interprète n'est pas habilité à exercer des fonctions de médiateur social, il n'a pas un rôle de régulateur et doit garder une posture neutre et une certaine distance.

La Charte de l'interprétariat médical et social professionnel, adoptée en 2012, pose le cadre déontologique de l'interprète dans le domaine de la santé, à savoir la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes (76).

On distingue trois types d'interprétariat (75) : l'interprétariat en face-à-face, l'interprétariat par téléphone et l'interprétariat par vidéo (en cours de mise en place).

Les deux premières techniques d'interprétariat sont actuellement utilisés en pratique courante.

L'interprétariat en face-à-face est le mode d'intervention recommandé dans le milieu de la santé. Une relation triangulaire se construit entre le professionnel de santé, l'interprète professionnel et le patient, permettant une meilleure écoute, une prise en compte de la dimension non verbale et une fluidité des échanges. Ses principales

contraintes sont la disponibilité de l'interprète, l'organisation de l'entretien et la crainte des patients par rapport à l'anonymat.

L'interprétariat par téléphone est utilisé dans certains contextes contraignants (consultation d'urgence, dialecte rare...), de part sa rapidité d'utilisation, l'accès immédiat à un interprète, la diversité de langues et le respect de l'anonymat. Il n'est cependant pas adapté à certaines situations (telles qu'un entretien d'annonce, un accompagnement de fin de vie, une consultation d'éducation thérapeutique ou encore une consultation de psychiatrie).

Dès lors que l'information délivrée est bien comprise et qu'une relation de confiance malade-médecin a pu être établie, le patient bénéficie d'un meilleur accès aux soins.

La concordance linguistique entre le patient et le médecin évite la stigmatisation et contribue à la qualité des soins proposés. Cela permet de limiter les diagnostics erronés et les analyses médicales superflues, d'améliorer les résultats cliniques (meilleure adhésion au traitement et au suivi), de réduire la durée d'hospitalisation, de faciliter l'orientation vers les spécialistes adéquats et d'accroître la satisfaction du patient vis à vis de sa prise en charge (77, 78).

Il n'existe pas de service public d'interprétariat en France. Le guide COMEDE (79) propose les coordonnées des principales associations disposant d'un service d'interprétariat, avec notamment ISM-Interprétariat (Inter Services Migrants) qui propose un service d'interprétariat par téléphone 7 jours/7 et 24 heures/24 en France hexagonale

et en Outre Mer, dans une centaine de langues ainsi qu'un service d'interprétariat par déplacement en Ile-de-France.

Le COMEDE est un guide pratique pour les professionnels de santé permettant d'apporter des réponses aux principaux problèmes rencontrés lors de la prise en charge des migrants et des étrangers en situation de précarité.

f. D'autres outils pour communiquer avec un patient allophone

Le langage « non verbal » peut être utilisé, tels que les gestes, la position du corps, les mimiques, les attitudes, les émotions.

Certains outils comme les pictogrammes ou les sites de traduction en ligne (Google Traduction, iTranslate Voice, traducMed) peuvent aider le médecin. Ils ne peuvent néanmoins être utilisés que pour des sujets simples et l'on doit se méfier d'une éventuelle traduction erronée.

La mise à disposition des notices de médicaments dans la langue du patient peut aider à l'explication de la prise des traitements et faciliter l'observance.

L'utilisation d'une langue tierce, parlée par le professionnel de santé et par le patient (généralement l'anglais) peut être envisagée ; le risque étant une maîtrise approximative de la langue, de ses nuances et du vocabulaire médical.

Ces outils de communication présentent néanmoins des limites et peuvent donner l'illusion d'une bonne communication entre le patient et le médecin.

VI. CONCLUSION

Rapidement identifiés comme patients à risque du fait d'une barrière de langue souvent infranchissable, notre étude, la première à notre connaissance apportant des données sur la prise en charge des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française, a pu mettre en évidence le fait que le parcours de soin de ces patients était nettement plus compliqué que celui des autres.

Notre équipe, pourtant habituée à la pluriculturalité, n'a pas réalisé des soins médicaux efficaces, faute de pouvoir établir une communication satisfaisante. Si aucun décès n'a été enregistré durant la période d'inclusion de l'étude, il a néanmoins été constaté des dégradations de pathologies chroniques non traitées et/ou non suivies qui auraient pu être évitables.

De plus, la création spontanée de réseaux de soins parallèles passant par des médecins issus eux-mêmes du monde arabe mais non spécialisés dans les pathologies présentées par les patients, a pu parfois s'avérer être une perte de chance lorsque ces médecins n'étaient pas disponibles.

L'établissement d'un contrat entre notre hôpital, véritable carrefour migratoire, et une plate-forme de traduction internationale, semble être une nécessité. Que cela soit pour nos patients issus du Moyen-Orient comme ceux originaires de pays anglophones, hispanophones, lusophones, sinophones, créolophones et autres, il est à craindre que ces populations, fragilisées par leur statut de réfugié ou de migrant, ne puissent pas bénéficier des mêmes chances de prise en charge que les autres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Syrie : 465 000 morts et disparus, en six ans de guerre. Le Monde.fr. 2017 [cité 5 août 2017]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/syrie/article/2017/03/13/syrie-plus-de-320-000-morts-apres-six-ans-de-guerre_5093677_1618247.html
2. Six ans de guerre en Syrie et un effroyable bilan. SudOuest.fr. [Cité 5 août 2017]. Disponible sur : <http://www.sudouest.fr/2017/03/15/six-ans-de-guerre-en-syrie-un-effroyable-bilan-3273322-4803.php>
3. Réfugiés L des NU pour les. 5 ans de conflit en Syrie : la plus importante crise de réfugiés et de déplacements de populations de notre temps requiert une immense vague de solidarité. UNHCR. [Cité 15 août 2017]. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/fr/news/press/2016/3/56e6e3cac/5-ans-conflit-syrie-importante-crise-refugies-deplacements-populations.html>
4. Moyen-Orient [11 juillet 2013]. Disponible sur : <http://middleeast.about.com/od/middleeast101/f/me080208.htm>
5. Syrie : 6 points pour mieux comprendre le conflit | 28 minutes [Cité 27 mai 2017]. Disponible sur: <http://sites.arte.tv/28minutes/fr/syrie-6-points-pour-mieux-comprendre-le-conflit-28minutes>
6. Halte à la torture des détenus en Syrie [Cité 15 août 2017]. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2016/08/syria-torture-prisons/>
7. MDM 2016 : Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe 2016 [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016>
8. CARTES. Turquie, Liban, Europe... Où vont les réfugiés syriens ? L'Obs. [Cité 5 août 2017]. Disponible sur : <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/migrants/20160208.OBS4195/cartes-turquie-liban-europe-ou-vont-les-refugies-syriens.html>
9. Réfugiés L des NU pour les. Rapport global UNHCR. [Cité 15 août 2017]. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/fr/rapport-global-et-rapports-financiers.html>
10. Lagarde D. Parcours de réfugiés syriens entre la Jordanie et l'Allemagne. Conflits et migrations. [Cité 16 août 2017]. Disponible sur : <https://lajeh.hypotheses.org/666>
11. Publication du rapport d'activité 2016 | OFPRA [Cité 2 juillet 2017]. Disponible sur : <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/publication-du-rapport-d-activite-5>
12. Quel est le bilan du pacte migratoire UE-Turquie au bout d'un an ? [Cité 16 août 2017]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/international/article/2017/03/17/pacte-migratoire-ue-turquie-quel-bilan-un-an-apres_5096504_3210.html

13. Breteau P. Réfugiés syriens : l'Allemagne et le Canada accueillent bien plus que la France. Le Monde.fr 2016 [Cité 10 août 2017]; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/09/02/refugies-syriens-l-allemande-et-le-canada-accueillent-bien-plus-que-la-france_4991547_4355770.html
14. Global Voices en français - Les réfugiés syriens trouvent au Brésil bon accueil... et quelques partisans installés du régime Assad. Global Voices en Français. 2017 [Cité 16 août 2017]. Disponible sur: <https://fr.globalvoices.org/2017/07/30/213544/>
15. L'Amérique latine face à la crise des réfugiés syriens. Huffington Post Québec. 2016 [Cité 16 août 2017]. Disponible sur: http://quebec.huffingtonpost.ca/cyprien-bassamagne-mougnok/accueil-integration-refugies-syriens-amerique-du-sud-latine_b_9231456.html
16. Réfugiés L des NU pour les. « Réfugiés » et « migrants » - Questions fréquentes UNHCR. [Cité 16 août 2017]. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/3/56f29941c/refugies-migrants-questions-frequentes.html>
17. Réfugiés L des NU pour les. Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés UNHCR. [Cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>
18. La protection subsidiaire | OFPRA [Cité 16 août 2017]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/la-protection-subsidiaire>
19. Demander l'asile en France | OFPRA [Cité 23 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
20. Publication du rapport d'activité 2016 | OFPRA [Cité 2 juillet 2017]. Disponible sur : <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/publication-du-rapport-d-activite-5>
21. Hébergement des demandeurs d'asile et des réfugiés : des réponses adaptées à l'augmentation des besoins ? [Cité 1 juillet 2017]. Disponible sur : <http://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/hebergement-des-demandeurs-d-asile-et-des-refugies-des-reponses-adaptees-a-l-augmentation-des-besoins>
22. Croix-Rouge française [Cité 27 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.croix-rouge.fr/>
23. CRF - délégation territoriale de Guyane - La Croix-Rouge française en Guyane [Cité 27 mai 2017]. Disponible sur : <http://dt-guyane.croix-rouge.fr/spip.php?article41>
24. Fermeture du CASO de Médecins du Monde [Cité 27 mai 2017]. Disponible sur : <http://gps.gf/blog/fermeture-du-caso-de-medecins-du-monde/>

25. OMS | Constitution de l'OMS : ses principes. WHO. [Cité 24 mai 2017].
Disponible sur : <http://www.who.int/about/mission/fr/>
26. La Déclaration universelle des droits de l'homme | Nations Unies [Cité 24 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
27. Code de la santé publique | Légifrance [Cité 4 août 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
28. Bulletin Officiel n°99/1 [Cité 26 mai 2017]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>
29. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Le site du CNLE [Cité 5 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html>
30. État des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où MdM est présent [Cité 6 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present>
31. ameli.fr - L'aide médicale de l'État [Cité 22 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/les-conditions-pour-beneficier-de-l-ame.php?page=print>
32. L'Aide Médicale d'État, l'âme de la démocratie sanitaire française. La Croix avril 2017 [Cité 18 juin 2017]; Disponible sur : <http://www.la-croix.com/Debats/Forum-et-debats/LAide-Medicale-dEtat-lame-democratie-sanitaire-francaise-2017-04-10-1200838504>
33. Projet de loi de finances pour 2017 : Santé [Cité 18 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/a16-143-6/a16-143-64.html>
34. La Protection universelle maladie remplace la CMU [Cité 1 juillet 2017]. Disponible sur : <https://mutuelle.dispofi.fr/protection-universelle-maladie>
35. Les aides dont bénéficient les migrants en France [Cité 1 août 2017]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/le-vrai-du-faux/2015/09/16/29003-20150916ARTFIG00326-rsa-apl-cmu-ces-aides-dont-beneficient-les-migrants-en-france.php>
36. Présentation de la CMU-C [Cité 27 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
37. L'Intérieur M de. L'allocation pour demandeur d'asile (ADA) [Cité 28 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-droits-des-demandeurs-d-asile/L-allocation-pour-demandeur-d-asile-ADA>.

38. OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration [Cité 23 mai 2017]. Disponible sur : http://www.ofii.fr/la_demande_d_asile_51/index.html?sub_menu=6
39. Pfortmueller CA, Stotz M, Lindner G, Müller T, Rodondi N, Exadaktylos AK. Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: A First Overview. PLOS ONE. déc 2013;8(12):e82671.
40. Shawyer F, Enticott JC, Block AA, Cheng IH, Meadows GN. L'état de santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile fréquentant une clinique de santé de réfugiés, y compris des comparaisons avec un échantillon apparié de résidents nés à l'Australie. BMC Psychiatrie. 21 février 2017; Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5320723/>
41. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, Willigen V, M LH, Hovens JE, et al. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. Eur J Public Health. 1 août 2006;16(4):394-9.
42. Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battegay E. Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. Eur J Public Health. janv 2009;19(1):59-64.
43. Oda A, Tuck A, Agic B, Hynie M, Roche B, McKenzie K. Health care needs and use of health care services among newly arrived Syrian refugees: a cross-sectional study. CMAJ Open. 3 mai 2017;5:E354-8.
44. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe 2016 [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016>
45. Migration et santé : les principaux enjeux [Cité 28 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/migration-and-health-key-issues>
46. Kennedy S., McDonald J-T, Biddle N. (2006). "The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries". SEDAP Research Paper, 164.
47. McDonald et Kennedy, 2004 [4] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med. 2004;59(8):1613-27.
48. Hernandez Quevedo et Jiménez Rubio, 2009. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med. 2009;69(3):370-8

49. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. [Cité 12 août 2017]. Disponible sur : http://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1592
50. Khlal M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête Santé de l'Insee, 1991-1992. *Population*. 1998;53(6):1155-84
51. Solé-Auro A., Crimmins E.M. (2008). "Health of Immigrants in European countries". *Int Migr Rev*, 42(4), pp. 861-76
52. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana : Are undocumented immigrants more vulnerable ? *BMC Public Health*. 19 janv 2012;12:53
53. Bhopal R.S., Rafnsson S.B., Agyemang C., Fagot-Campagna A., Giampaoli S., Hammar N. et al. (2011). "Mortality from circulatory diseases by specific country of birth accross six European countries : Test of concept". *European Journal of Public Health*, May 20.
54. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe 2016 [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016>
55. L'Intérieur M de. L'état de santé des nouveaux migrants [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Focus/L-etat-de-sante-des-nouveaux-migrants>)
56. Doocy S, Lyles E, Akhu-Zaheya L, Burton A, Burnham G. Health service access and utilization among Syrian refugees in Jordan. *Int J Equity Health* juillet 2016 [Cité 23 septembre 2016];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946096/>
57. O'Brien DP, Leder K, Matchett E, et al. Illness in returned travelers and immigrants/refugees: the 6-year experience of two Australian infectious diseases units. *J Travel Med* 2006;13:145–52.
58. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Les demandeurs d'asile adultes du Moyen-Orient, y compris la Syrie en Europe centrale: quels sont leurs problèmes de soins de santé? *PLOS ONE*. 2016; 11 (2): e0148196.
59. Laban CJ, Komproe IH, Gernaat HBPE, de Jong JTVM. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 ;43 : 507-15.
60. Nickerson A, Steel Z, Bryant R, Brooks R, Silove D. Changement de statut de visa chez les réfugiés mandaéens: relation avec les symptômes psychologiques et les difficultés de vie. *Psychiatrie Res*. 2011; 187 (1-2): 267-74.

61. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. Une analyse multisite du cours fluctuant du syndrome de stress post-traumatique. *JAMA Psychiatrie*. 2013 ; 70 (8): 839-46.
62. McColl H, Johnson S. Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams : a descriptive investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006 ; 41 : 789–95.
63. En Italie, un système d'accueil inadapté aux traumatismes psychologiques des migrants - Articles | Médecins Sans Frontières [Cité 13 août 2017]. Disponible sur : <http://www.msf.fr/actualite/articles/en-italie-systeme-accueil-inadapte-aux-traumatismes-psychologiques-migrants>
64. Poursuite de la transition démographique en Guyane - Légère inflexion de la natalité | Insee [Cité 9 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908375>
65. Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, et al. The need for more research on language barriers in health care : a proposed research agenda. *Milbank Q* 2006 ;84:111–33
66. Rapport - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2015 - Médecins du Monde [Cité 13 août 2017]. Disponible sur: https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/rapport-observatoire-medecins_du_monde
67. Chauvin P. et I. Parizot (dir.), *Vulnérabilité sociale, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Editions de la DIV, 2007, pp. 78-80.
68. Joubert M., « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Revue Prévenir*, 1995, n° 28, pp. 93-104.
69. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. (ONPES). Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise p.82 Rapport 2009-2010.
70. Publications | Médecins du Monde [Cité 18 juin 2017]. Disponible sur: http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/je_ne_m_occupe_pas_de_ces_patients
71. Pfortmueller CA, Graf F, Tabbara M, Tabarra M, Lindner G, Zimmermann H, et al. Acute health problems in African refugees: ten years' experience in a Swiss emergency department. *Wien Klin Wochenschr*. sept 2012;124(17-18):647-52
72. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. août 2003;57(3):503-12.
73. Hornberger J, Itakura H, Wilson SR. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Rep*. 1997 ; 112(5):410-7.

74. Schwarzinger, Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète, Direction Générale de la santé, décembre 2012. [Cité 1 août 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_interpretariat_professionnel_sante-4.pdf
75. Interprétariat dans le domaine de la santé. HAS 2017. [Cité 3 juin 2017] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf
76. European Web Site on Integration - European Commission [Cité 17 août 2017]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/librarydoc/charte-de-linterpretariat-medical-et-social-professionnel-en-france>
77. PASS International v.z.w., Is the use of interpreters in medical consultations justified ? A critical review of the literature, March 2008.
78. Karliner, L. S., E. A. Jacobs, et al. (2007). "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency ? A systematic review of the literature." *Health Serv Res* 42(2) : 727- 54.
79. COMEDE - Guide 2015 – Soins et accompagnement - InfoMIE.net [Cité 9 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article2340>

GLOSSAIRE

ADA Allocation pour demandeur d'asile

AME Aide Médicale de l'État

CADA Centres d'accueil de demandeurs d'asile

CASO Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CMU Couverture Maladie Universelle

CMU-C Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNDA Cour Nationale du Droit d'Asile

CESEDA Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

DFA Départements français d'Amérique

HCR Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

OFII Office français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA Office français de protection des réfugiés et apatrides

ONU Organisation des Nations Unies

PASS Permanence d'accès aux soins de santé

PMI Protection maternelle et infantile

PUMA Protection universelle maladie

SAU Service d'accueil des urgences

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

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

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

**UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité Médecine Générale)

Présentée par : Mlle FLORIANE DIAB
Né(e) le 26/09/1989 à SCHOELCHER
Département : MARTINIQUE Pays : FRANCE

Et
Intitulée « Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires
du Moyen-Orient en Guyane Française ».

Jury proposé :

Président : M le Professeur COUPPIE PIERRE
Juges : M le Professeur DJOSSOU FELIX
Mme le Professeur DUEYMES MARYVONNE
M le Docteur MARLIER Julien (Directeur de thèse)

<p>Vu Cayenne, le 14/09/17 Le Président de Thèse</p> <p style="text-align: center;"> Professeur Pierre COUPPIE</p> <p>Professeur COUPPIE Pierre</p>	<p>Pour accord Pointe-À-Pitre, le 15/09/2017 Le Doyen de la Faculté de Médecine</p> <p style="text-align: center;"> Professeur Raymond CESAIRE</p>
<p>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE</p> <p>Pointe-À-Pitre, le</p> <p style="text-align: center;">Le Président de l'Université des Antilles</p> <p style="text-align: center;"> Professeur EUSTASE Janky</p>	

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

DIAB FLORIANE

Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française.

Thèse de médecine générale – Université des Antilles et de la Guyane – Année 2017

MOTS CLEFS : Réfugié, Moyen-Orient, Guyane Française, accès aux soins, épidémiologie, allophone, interprétariat.

Introduction : La guerre civile syrienne est responsable de la plus grande crise migratoire et humanitaire depuis la Seconde Guerre Mondiale. La Guyane n'est pas épargnée par cet afflux de migrants en provenance du Moyen-Orient. Nous avons constaté une difficulté de prise en charge de ces patients du fait de la barrière de la langue. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'accès aux soins aigus des demandeurs d'asile et des réfugiés en provenance du Moyen-Orient. Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, rétrospective, monocentrique entre Janvier 2014 et Octobre 2016 dans le service d'urgence de l'Hôpital de Cayenne. Résultats : Un total de 45 patients a été inclus, sur une population estimée de 150 personnes. 71% était originaire de Syrie. Le pic d'immigration était en 2016. 25% étaient des enfants d'environ 10 ans et 25% étaient des hommes seuls entre 30 et 50 ans. 100% étaient lettrés. 88% avaient un parcours migratoire long, dont 13% avaient traversé plus de deux pays. Les pathologies étaient similaires à celle rencontrée habituellement en Europe. Aucun décès n'a été enregistré. L'ensemble des pathologies aiguës a été pris en charge de façon satisfaisante. Deux patients ont présenté des dégradations de pathologies chroniques, dont une grave. La principale difficulté de prise en charge a été la barrière de langue avec 45% des patients uniquement arabophone. 50% des communications avec le personnel soignant était jugé comme impossible à établir. Lorsque le patient était exposé à une bonne information, il avait significativement plus de chance d'avoir accès au traitement ($p=0,019$). Conclusion : Si les soins médicaux semblent avoir été conduit de façon convenable, notre étude renforce la pensée qu'un service d'interprétariat est une nécessité dans les hôpitaux, a fortiori en Guyane Française qui est une terre d'immigration et d'interculturalité.

JURY : Président : Pr COUPPIE Pierre
Juges : Pr DUEYMES Maryvonne
Pr DJOSSOU Félix

Directeur : Dr MARLIER Julien