



HAL
open science

Problématique médicale et sociale d'une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d'une année de prise en charge et vécus des parcours de soins

Chloé Lecarpentier

► To cite this version:

Chloé Lecarpentier. Problématique médicale et sociale d'une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d'une année de prise en charge et vécus des parcours de soins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02172311

HAL Id: dumas-02172311

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172311>

Submitted on 3 Jul 2019

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.



**PROBLÉMATIQUE MÉDICALE ET SOCIALE D'UNE VAGUE
MIGRATOIRE NOUVELLE SUR BRIANÇON :
BILAN D'UNE ANNÉE DE PRISE EN CHARGE ET VÉCUS DES
PARCOURS DE SOINS**

UNE ÉTUDE TRANSVERSALE.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 avril 2019

Par Mlle LECARPENTIER Chloé

Née le 22 février 1990 à Mont Saint Aignan (76)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du jury de la thèse

DIRECTEUR de THÈSE : Madame PABST Louise

PRÉSIDENT du JURY : Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

**MEMBRES du JURY : Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick
Monsieur le Professeur CASANOVA Ludovic**

REMERCIEMENTS

A ma Directrice de Thèse Louise PABST

Je te remercie de m'avoir accompagnée dans ce projet de thèse. Ta disponibilité et ta bienveillance m'ont été précieuses tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci d'avoir su guider mes recherches et également merci pour ta détermination et ton engagement auprès des patients.

A Monsieur le Président du jury Pascal AUQUIER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur Patrick GERBEAUX

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse, je suis très honorée pour l'intérêt que vous portez au sujet de ma recherche. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur Ludovic CASANOVA

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci de votre disponibilité auprès des étudiants. Soyez assuré de mon profond respect.

Un grand merci à tous les médecins qui m'ont formée avec patience au cours de mes études

A mes supers Médecins généralistes : Dr Sarradon, Dr Olmos Pasquini, Dr Martin, Dr Hermann, Dr Cuello, Dr Depinoy, Dr Glaive-Moreau...

Aux autres médecins de mon internat : Dr Guibert, Dr Missonnier, Dr Myriam Blanc, à Diogo Alves

A ma chère directrice Louise, et à sa patience légendaire devant mon côté parfois quelque peu désorganisé... Et également à Colin, Pouic et Boum...

A toute l'équipe des urgences de Briançon, ne changez rien !

A Christelle, Cathy, Sylvie, Domi pour mes aller-retours itératifs sur les dossiers « migrants »

Au laboratoire du CHB, pour ressortir des archives tous les dossiers bilharzioses et les sérologies planquées... Merci Vincent et Arnaud !

A tous les Copains,

A Jean-Baptiste pour ta patience, ta disponibilité et les statistiques

A Delphine et Arianne pour le lien réalisé avec Médecins du Monde

A ma Chlohair pour toutes ces relectures et sa fidèle présence dans les moments critiques, tellement heureuse de cette rencontre !

A Lauren, ma guide en montagne et en structuration de thèse...

A Isangrin pour ta bonne humeur et j'en passe...

A Mathilde la littéraire pour ces relectures improvisées à la clé en plein hiver.

A David et Valéria, pour les rescousses Zotero et votre accueil partout et en tous lieux...

A Rom et Maé, les copains solides comme le rocher de Sialouze...

A Eloi et Maguit pour les aventures Gap-Marseille-Briançon-Les Agneaux en Avril...

A Alma et Jess pour vos appels Outre-Atlantique et belles présences...

A tous les co-internes de mon internat, et de celui de Briançon l'été 2017...

A tous les copains Hauts-alpins, Grenoblois et au-delà, pour les aventures à écrire, le ski, la grimpe les sommets et vos bonnes humeurs...

A mon bon vieux piano, qui reste bien fidèle au poste dans les coups durs...

A Kam, à toutes ces virées partagées, à ta patience, tes remuantes et vivantes remises en questions...

A la famille,

A mes deux incroyables frangines, ma Maud et mon Elsa, merci pour vos schémas, les traductions et votre soutien inébranlable en toute occasion...

A Jeannot pour tes avis aiguisés et pour se changer les idées !

A mes fantastiques parents Normands, en diagonale opposée de Briançon : si proches pour répondre à mes besoins urgents de mise en page, de relecture, un immesurable
Merci pour votre patience et portance...

Aux associations Tous migrants et Refuge Solidaire pour l'énorme travail fourni, merci à tous les bénévoles pour leur présence, leur engagement et leur disponibilité auprès des migrants.

A tout le réseau italien qui fait un travail d'accueil similaire de l'autre côté de la frontière...

A tous ceux qui accueillent et aident en chemin, en sentier, hors-sentier en Clarée ou en-Durance...

A Marcel et tous les Marceliens...

A Matoutou et à son Emilie

A tous ceux qui suivent le thème de près ou de loin, restent éveillés face aux situations actuelles ; à tous ces lieux qui permettent la rencontre et de croire en l'Homme.

A tous les « gars » venant de si loin et qui arborent encore de si beaux sourires, merci pour vos témoignages et vos confiances accordées...

SERMENT d'HIPPOCRATE:

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

« De toutes les formes d'inégalité, l'injustice en matière de soins médicaux est la plus révoltante et la plus inhumaine. »

Martin Luther King

25 mars 1966

Abréviations

AME : Aide Médicale de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

BBD : Bloc de branche droit

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CH : Centre Hospitalier

CHB : Centre Hospitalier de Briançon

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNIL : Comité National d'Informatique et Libertés

COMEDE : Comité médical pour la santé des exilés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRS : Centre Refuge Solidaire (association Briançonnaise d'Accueil des migrants)

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSUV : Dispositif des soins urgents et vitaux

GISTI : Groupe d'information et de soutien des immigrés

HAS : Direction de la Haute Autorité de santé

HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de veille sanitaire

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

MDM : Médecins du Monde

MENA : Mineur étranger non accompagné

MSF : Médecins sans frontières

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

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

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAF : Police aux frontières

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection universelle maladie

RS : Refuge Solidaire

SAU : Service d'accueil des urgences

SCA ST+ : Syndrome coronarien Aigu avec sus décalage du segment ST

SPAR : Système de protection des demandeurs d'asile et des réfugiés

SSN : Système de Santé National

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	5
CONTEXTE.....	7
A. Contexte migratoire et profil primo-arrivants à Briançon	7
B. Définition des PASS.....	8
C. Création de la PASS de Briançon	8
D. Contexte Italien.....	10
D.1 - Droits en vigueur lors de l'enquête	10
a). Droits des demandeurs d'asile.....	10
b). Droits des personnes en situation irrégulière.....	11
c). Prise en charge sanitaire initiale	11
D.2 - Loi récente « sécurité et immigration »	11
II - ÉTUDE QUANTITATIVE	12
1 - MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	12
A. Autorisations	12
B. Type d'étude.....	12
C. Population	13
D. Le recueil de données.....	13
2- RÉSULTATS	14
A. Diagramme des flux.....	14
B. Caractéristiques de la population	16
C. Les motifs de recours aux soins et pathologies rencontrées.....	18
C.1. Traumatologie	19
a) L'appareil locomoteur : premier motif de consultation.....	19
b) Des pathologies spécifiques de la montagne : les gelures.....	20
C.2. L'appareil digestif en deuxième position	21
C.3. L'enjeu des pathologies infectieuses.....	22
a) Les infections sexuellement transmissibles : VIH et VHB	22
b) La tuberculose.....	23
c) Des pathologies non suspectées en routine.	23
C.4. Le Versant psychiatrique.....	24
a) Le versant psychique peu évalué.....	24
b) Des pathologies inexplicées.....	25

III - ÉTUDE QUALITATIVE	28
1 – INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	28
2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	28
A. Autorisations	28
B. Recueil des données	29
B.1. Modalités.....	29
B.2. Population	29
B.3. Guide d’entretien	29
B.4. Déroulement des entretiens	30
C. Méthode qualitative.....	30
C.1. Entretiens semi-dirigés.....	30
C.2. Stratégie d’échantillonnage en variation maximale	30
C.3. Analyse par théorisation ancrée.....	31
C.4. Intérêt de son utilisation auprès du public concerné	31
C.5. Retranscription et analyse	32
3 - RÉSULTATS	32
A. Description de la population.....	32
B. Représentations des migrants vis à vis de la santé	33
B.1 Représentation des migrants vis à vis de la santé	33
B.1.a - Le concept de bonne santé	33
a) - Un concept clair et visible	33
b) - Un versant invisible source d’inquiétude	34
B.1.b - Une approche anthropologique : l’exemple du sang	34
1) La « puissance du sang ».....	34
a) Force symbolique : le sang « sacré »	34
b) L’importance de la quantité : un rapport complexe à la prise de sang.....	35
2) Représentations et approche culturelle.....	35
a) Croyances et fausses représentations : des freins aux prises de sang.....	35
b) Peur et ignorance.....	36
B.1.c - LA SANTÉ MENTALE.....	37
1) Importance de la Santé mentale	37
a) Une base et un outil pour entreprendre	37
b) La souffrance mentale inhérente à la situation de migrant.....	37
c) La résilience, ou la résistance à la souffrance mentale.....	38
2) Un concept cependant flou, le corps en expression directe	38
a) Ambivalence et confusion.....	38
b) D’abord le corps.....	38
3) Difficultés d’expression de la psyché et des événements passés	39
a) Sous expression de la souffrance mentale.....	39
b) Nocivité de l’expression des événements traumatiques passés.....	40

4) Une affaire culturelle, l'impact des croyances.....	40
a) L'exorcisme et la religion, seuls remèdes à l'altération de la santé mentale pour les migrants.....	41
b) Une médecine occidentale impuissante	41
C. Vécus des parcours de soins	42
C.1. EN AFRIQUE	42
a) - Au pays.....	42
b) - La Lybie, une zone traumatique et de non droits	43
C.2. EN ITALIE	44
a) Le sentiment de manque	44
- Manque de dialogue et d'écoute	44
- L'absence de résultats biologiques.....	44
- La confiance entravée par l'émergence de nouvelles représentations	45
b) L'attente et la stigmatisation.....	45
c) Conséquences et comportements induits.....	46
D. Attentes vis-à-vis du Système de soins Français.....	46
D.1. L'attente d'un bilan de santé général, « check-up ».....	46
D.2. Une confiance inhérente envers le médecin européen mais cela sous-entendant « écoute et transparence »	46
D.3. L'importance des explications et du suivi.....	47

IV - DISCUSSION ET PERSPECTIVES 48

1. Limites et forces de l'étude..... 48

A. Limites	48
A.1. Limites de l'étude quantitative	48
a) Biais de catégorisation des données.....	48
b) Biais de traitement des données	48
c) Période étudiée, effectifs et intervalles de confiance	49
A.2. Limites de l'étude qualitative.....	49
a) Biais principaux.....	49
b) Limite du champ de la recherche.....	50
B. Forces de l'étude.....	50
B.1. Atout d'une approche mixte	50
B.2. Forces de l'étude quantitative.....	51
a) Des données nouvelles.....	51
b) Validité interne.....	51
c) Validité externe	52
B.3. Forces de l'étude qualitative.....	52

2. Une PASS adaptée aux besoins et attentes..... 53

A. Une structure de proximité à évolution rapide.....	53
B. Une PASS adaptée au versant traumatique.....	53
1. L'impact d'une frontière.....	54
2. Des traumatismes anciens secondaires à la torture.....	56

C. Une confiance globale des usagers envers la PASS, l'importance des représentations	56
D. L'amélioration de la prise en charge sociale	57
3. Une PASS défaillante et limitée.....	57
A. Versant Infectieux.....	57
A.1. Contexte et itinérance : des freins au dépistage.....	58
A.2. Le VIH :	59
A.3. Le VHB :	59
A.4. La tuberculose :	60
A.5. Les sévices sexuels :	60
A.6. Pathologies tropicales :	61
B. La santé mentale : renforcer les diagnostics et la prise en charge	62
B.1. La santé mentale sous-évaluée	62
B.2. Une difficulté de prise en charge inhérente au domaine psychique	63
B.3. La somatisation intrinsèque à la condition de migration.....	64
B.4. Les troubles somatoformes en reflet du psychotraumatisme	65
B.5. « Parler pour libérer » : un concept européen.....	66
4. Perspectives : des clés pour pallier le suivi.....	67
A. Sensibilisation et formation des principaux soignants impliqués.....	67
A.1. Quelques notions pour les soignants.....	67
A.2 Versant somatique et psychiatrique	67
A.3. Une cellule psychologique à l'ébauche.....	68
A.4. Versant infectieux et tropical spécifique.....	69
B. Prévention et dépistage - Éducation en santé en partenariat avec les associations.....	70
C. Ouverture.....	71
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES.....	80
ANNEXE 1 : CARTE DES FLUX MIGRATOIRES ITALO-FRANCAIS AVANT ET APRÈS 2016.....	80
ANNEXE 2 : DIAGRAMME DES FLUX DE PARCOURS DE SOIN DES MIGRANTS À BRIANÇON.....	81
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS	82
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DU RECUEIL DE CONSENTEMENT	82
ANNEXE 5 : PCLS ECHELLE DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	85
ANNEXE 6 : ENTRETIENS SEMI DIRIGES N°6, N°9, N°11, N°13.....	86

I - INTRODUCTION et OBJECTIFS

Le phénomène migratoire est une problématique bien actuelle. Dans un contexte géopolitique marqué par des conflits aux portes de l'Europe, les flux migratoires (1) se sont accentués depuis 2015, amenant les autorités nationales et européennes à se prononcer en terme de politique et d'accueil des populations migrantes.

Depuis de nombreuses années, il est observé un flux migratoire de l'Italie vers la France par l'axe Vintimille-Nice. Mais depuis 2015, on assiste au développement important d'un nouveau flux migratoire sur l'axe Turin-Briançon, probablement secondaire au renforcement des contrôles frontaliers dans le sud.

La ville de Briançon, située au Nord des Hautes-Alpes (05), première ville post frontalière constitue une étape pour les immigrants. Ainsi, depuis 2016, Briançon fait face à une vague migratoire importante. Le col de l'Échelle situé à 1700 m d'altitude est un passage clé, laissant les exilés en confrontation directe avec un milieu alpin souvent méconnu, hostile et cela dans des conditions parfois extrêmes.

Devant des situations de détresse et de précarité, l'association « Refuge Solidaire » est fondée permettant l'accueil et l'hébergement d'urgence des primo-arrivants ainsi que l'ouverture d'une permanence de soins bénévole. La surveillance étroite de la frontière par les forces de l'ordre et la situation socio-économique précaire inhérente à cette population en exil, précipitent les problèmes de santé. Le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Briançon est bien souvent sollicité par ce nouveau public. Par la suite, les besoins médicaux, importants et constants, amènent à la création locale d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Les PASS sont des structures qui existent depuis 1998 au sein de certains établissements de santé, elles visent à réintégrer les personnes exclues du parcours de soins standard, à l'aide d'un accompagnement médico-social. Leur principal objectif est de réduire les inégalités de santé. Celle de Briançon est particulière puisqu'en étroite corrélation avec le service des urgences : en effet, les médecins de la PASS sont urgentistes et directement affectés sur le planning de permanence.

De juillet 2017 jusqu'à décembre 2018, soit un an et demi, on estime à 7409 le nombre de migrants ayant transité sur Briançon. Parmi eux 2198 ont consulté dont 615 aux urgences, 545 à la PASS, 1038 à la permanence de santé bénévole.

Les personnes migrantes sont des personnes précaires, déracinées et particulièrement exposées aux psychotraumatismes, leurs pathologies sont souvent intriquées et complexes. La lecture des symptômes est rendue difficile. Le manque de recul et de vision d'ensemble sur cette nouvelle situation a motivé à dresser un état des lieux sur la santé des migrants à Briançon.

Mon travail, réalisé de mai 2017 à Octobre 2018, consiste en une approche mixte, en deux volets distincts. Une première partie épidémiologique, rétrospective et quantitative -réalisée d'après 2198 dossiers recueillis- décrit les principales pathologies et les motifs de recours aux soins des migrants à Briançon. L'objectif est de déterminer ensuite les besoins principaux de cette population, les axes de prise en charge à développer et les pathologies principales à surveiller en terme de santé publique.

Devant les longs parcours des exilés, les conditions précaires, la contiguïté, les fréquents sévices subis ; les maladies transmissibles, contagieuses mais aussi les troubles psychiques sont fréquents. Les enjeux de santé publique étant importants, il paraît primordial de mieux comprendre ce public pour mieux le soigner. Le concept de soins nécessite de prendre en charge le patient dans sa globalité, cela sous-entend d'inclure la dimension psychique et culturelle du patient, voies directes de l'expression de l'individu. Suite à des sentiments fréquents d'incompréhension ou de confiance insuffisante lors des consultations avec les personnes primo-arrivantes, explorer les déterminants de la relation aux soins selon l'angle de vue des exilés me paraissait nécessaire.

Ainsi, la seconde partie de l'étude, réalisée de septembre à octobre 2018, à travers une enquête qualitative par entretiens, s'attelle à explorer les vécus, les représentations en santé et les attentes réelles vis-à-vis du système de soins des migrants arrivant sur Briançon.

La combinaison de ces deux études aux résultats complémentaires, paraît pertinente pour une approche plus large du soin chez la population migrante.

L'objectif final commun est ainsi de réfléchir sur les missions de la PASS locale, sur ses objectifs principaux et sur d'éventuels axes à développer tout en intégrant ses limites.

CONTEXTE

A - Contexte migratoire et profil primo-arrivants à Briançon

De nos jours, les migrants internationaux représentent 3% de la population mondiale, soit 214 millions de personnes. Ce taux a triplé depuis les années 1970. (1)

Entre 2008 et 2017, le taux de demandes d'asile en Europe a été multiplié par 10, atteignant son apogée en 2016. En 2016, l'Allemagne a dû faire face à 745 000 demandes d'asile, l'Italie à 123 000, la France à 84 000. Cette même année 39% des demandes effectuées sur toute l'Europe sont rejetées.

La situation ne cesse de s'aggraver, car depuis fin 2017, alors que les demandes d'asile chutent (diminution de moitié), les rejets de demande d'asile augmentent, -25% de demandes d'asile accordées par rapport à 2016 au sein de l'UE-28 (1) ; mettant en lumière la difficulté des autorités à se prononcer en terme d'accueil des populations migrantes.

L'origine des migrants affluant vers l'Europe est très diverse ; elle diffère selon les pays et, en leur sein, selon les régions. En raison de son passé colonial, la France demeure un pays lié à de nombreux pays africains. Elle reste donc un repère historique, linguistique, économique et culturel, pour les jeunes générations et par conséquent, une destination fréquente.

Le profil migratoire des migrants arrivant à Briançon est particulier. Tous arrivent par l'Italie. Le parcours migratoire principal est un passage via la Lybie, permettant l'embarquement pour la traversée Méditerranéenne jusqu'en Italie. Aussi la majeure partie des primo-arrivants arrive-elle d'Afrique Subsaharienne via la Lybie.

Avant 2015, le passage transfrontalier Italie-France s'effectuait principalement au Sud, entre la ville de Vintimille et la vallée de la Roya, vallée connue pour l'affaire fortement médiatisée de l'agriculteur Cédric Herrou, y accueillant les exilés. Le renforcement de la surveillance frontalière dans cette zone, a diminué le flux migratoire local. Ainsi, l'axe Turin-Briançon est devenu un passage clé, cela depuis 2016.

Le passage transfrontalier situé au cœur des Alpes, entre la ville italienne d'Oulx et Briançon, sélectionne des profils physiques résistants. Néanmoins des familles, avec des enfants en bas âge ou des femmes enceintes tentent également de passer par ce trajet (voir ANNEXE 1).

B - Définition des PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées suite à la loi du 29 juillet 1998 (article L 6112-6 du Code de la santé publique), loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Leur mission consiste à faciliter l'accès aux soins des personnes précaires et à lutter contre les inégalités sociales en santé. Elles font intervenir des équipes pluridisciplinaires, constituées de professionnels médicaux, paramédicaux, mais aussi des travailleurs sociaux. Elles accompagnent les patients sur le plan sanitaire comme administratif : notamment pour la reconnaissance de leurs droits (couvertures maladies, retour vers le droit commun). Les PASS ont pour objectif de permettre l'articulation et la coordination intra et extra-hospitalière des parcours de soin, ainsi que la réintégration vers la médecine de ville. Différentes formes existent : les PASS mobiles sont des PASS délocalisées de l'hôpital (hors les murs), dans des lieux pertinents favorisant l'accès aux soins : l'idée première est « d'aller vers ». Les PASS spécialisées permettent un accès direct à des spécialistes (dentistes, psychiatres...)

En 2018, on dénombre 455 PASS au sein des établissements de santé. La plupart (81%) sont des PASS généralistes (373), 61 PASS sont mobiles soit 13% du total. Depuis 2012, des PASS spécialisées ont également vu le jour : PASS psychiatriques et dentaires, ou encore PASS régionales articulant les différentes PASS d'une région donnée.(2)

C - Création de la PASS de Briançon

Les primo-arrivants arrivent souvent dans des états de mal/dénutrition, fatigués voire exténués à Briançon et doivent encore affronter une réalité précaire ; devant ces besoins sanitaires pluriels et majeurs, une Cellule Médicale a vu le jour dès juillet 2017 à l'Association « Refuge Solidaire » (RS) (lieu principal d'accueil des migrants à Briançon géré par des bénévoles). Son ouverture s'est vue facilitée par le fort nombre de bénévoles dont une partie était « soignants ». Des médecins locaux bénévoles (hospitaliers et généralistes) se sont investis dès l'arrivée des patients. Par la suite, d'autres associations comme Médecins du Monde, la CIMADE se sont associés et ont soutenu le Refuge solidaire en renforçant les actions mises en place.

Ainsi, sur la période de juillet 2017 à octobre 2018, la Cellule Médicale aurait réalisé 1038 consultations (nombre estimé sur les dossiers papiers réalisés). La localisation géographique de cette permanence de soins permettait un accès facile aux soins, car située sur les lieux de l'Association d'accueil et l'accès aux consultations ne requerrait aucun document administratif, car les soins dispensés se faisaient sur la base du bénévolat.

Néanmoins, le fonctionnement était directement tributaire de la disponibilité des professionnels, donc inconstant. D'autre part, les conditions d'accueil du local étaient parfois insuffisantes et il fallait réorienter les personnes vers les urgences de l'hôpital (prises de sang, prélèvements, radio...).

Aussi, les urgences du CH de Briançon recevaient très souvent des vagues de migrants et se voyaient « engorgées » pour des pathologies ne relevant pas, pour la plupart, du cadre de l'urgence.

Rapidement, la volonté de créer une PASS a été évoquée devant la recrudescence des besoins exprimés. Une première PASS a vu le jour courant décembre 2017. Une infirmière a été affectée sur deux journées par semaine pour recevoir les réfugiés ; elle en référait à l'équipe d'urgentistes sur place, pour les conduites à tenir et les examens éventuels à réaliser. Néanmoins, cette organisation n'était pas satisfaisante, faute de réelle disponibilité et implication des médecins (ceux-ci étant occupés par leur exercice aux urgences, dérangés pour un avis auprès de patients qu'ils ne connaissaient pas, étaient moins enclins à une réelle implication). Enfin, le versant administratif (ouverture de droits) compliquait secondairement l'accès aux médicaments (délivrance seulement possible à la pharmacie de l'hôpital, créances irrécouvrables), ceci ne pouvant pas être géré dans un contexte d'urgence.

La structuration de la PASS et ses missions

Ainsi, en juillet 2018, avec le financement de l'Agence Régionale de Santé, une nouvelle organisation de la PASS sur Briançon s'est structurée et des fonds lui ont été alloués. Les enjeux étaient d'assurer la poursuite de soins locaux, « ambulatoires » à la CRS, afin de garder un accès facilité à tous les arrivants, mais aussi à l'hôpital de Briançon pour la réalisation éventuelle d'examens complémentaires.

Aussi, une PASS Mobile a vu le jour : un médecin urgentiste assurait une permanence à l'Association, à raison de 3 demi-journées par semaine : les lundi, mercredi et vendredi matin. Les

mardi et jeudi : une PASS fixe à l'hôpital accueillait les patients nécessitant des examens complémentaires, souvent demandés par la PASS Mobile (examens différés).

Ce fonctionnement a permis un meilleur suivi des patients, un meilleur accès aux soins et la gestion directe d'une urgence, lorsque le médecin sur place le jugeait nécessaire (exemple : limiter une potentielle contagion tuberculeuse sur place). La traçabilité des dossiers était possible car les dossiers papiers de la PASS Mobile étaient ensuite rentrés dans une base de données par l'urgentiste dès son retour à l'hôpital. Enfin, la meilleure disponibilité de l'assistante sociale permettait de compléter les agissements et missions de la PASS.

En résumé, la « cellule médicale » associative est la toute première permanence de soins, seule au départ, elle fonctionnera en corrélation avec la PASS du CHB à partir de décembre 2017 - forme hospitalière liée au SAU- . Dès juillet 2018, la PASS se départage en « PASS mobile » sur les lieux associatifs, (en remplacement de la cellule médicale) et en « PASS fixe » au CHB.

D - Contexte Italien

En Italie, les migrants restent le plus souvent quelques mois avant de poursuivre leur route. L'Italie est l'un des premiers pays européens parcourus et bien souvent, le premier contact avec des structures de soin. L'article 32 de la Constitution de la République italienne de 1947 garantit un « *traitement gratuit aux indigents* ».

Article 32

« La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux indigents. Nul ne peut être contraint à un traitement sanitaire déterminé si ce n'est par une disposition de la loi. La loi ne peut, en aucun cas, violer les limites imposées par le respect de la personne humaine ».

D.1 - Droits en vigueur lors de l'enquête

a). Droits des demandeurs d'asile

Selon la loi de la République italienne n° 40, dite « Turco-Napolitano » du 6 mars 1998, traitant de l'immigration et du statut des étrangers, tout demandeur d'asile bénéficie d'un accès à la santé

au même titre que tout citoyen italien. Chaque personne a droit à une inscription au Système de Santé National (SSN) et à consulter un médecin généraliste (medico di base). (3)

b). Droits des personnes en situation irrégulière

Les étrangers n'ayant pas de permis de séjour (situation irrégulière) se voient délivrer la carte STP (Straniero Temporaneamente Presente ou Etranger Temporairement Présent) qui garantit l'ouverture des droits. Elle est renouvelable tous les 6 mois et doit être obligatoirement présentée à l'hôpital pour toute prise en charge. Elle permet les soins ambulatoires et hospitaliers urgents ou essentiels, la médecine préventive pour une préservation de la santé individuelle et collective.

c). Prise en charge sanitaire initiale

A l'arrivée au port en Italie, le Ministère de la Santé prévoit une première évaluation sanitaire d'urgence via l' USMAF (Uffici di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera). Cette évaluation a pour but de dépister les personnes en situation de fragilité extrême comme les femmes enceintes ou les personnes victimes de violences physiques ou psychologiques, ainsi que les personnes pouvant être à l'origine d'épidémies (pédiculoses ou tuberculose).

Ensuite, en théorie, le Département Régional de la Santé réalise un premier bilan de santé, selon le SPRAR « Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati » (Système de protection des demandeurs d'asile et des réfugiés).

Celui-ci se déroule le plus souvent dans les « campos » (camps primaires d'accueil des demandeurs d'asile ou exilés) et consiste en la mise à jour du calendrier vaccinal, une IDR (Intradermo-Réaction) suivie d'une radiographie pulmonaire en cas de positivité ; un bilan sanguin : hémogramme, glycémie, et sérologies HBV, HCV, VIH. (4)

D.2 - Loi récente « sécurité et immigration »

La Loi récente du Ministre de l'Intérieur italien Matteo Salvini : « Sécurité et immigration », votée au Parlement le 27 novembre 2018, durcit les conditions d'accueil et restreint les droits d'accès à la santé des immigrés. Les conséquences à craindre de telles mesures sont une dégradation et une réduction de l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile et exilés en Italie.

II - ÉTUDE QUANTITATIVE

1 - MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Autorisations

Devant le traitement de données de personnes mineures et/ou considérées comme « vulnérables », un avis préalable a été demandé auprès d'un comité de protection des personnes (CPP). Après constitution du dossier N°18.12.28.47827, le CPP a déclaré que les autorisations requises ne relevaient que du Comité National d'informatique et libertés (CNIL). Deux demandes à 6 mois d'intervalle ont été réalisées auprès du comité informatique et liberté et sont encore en attente de réponse.

B. Type d'étude

Modalités

Une enquête quantitative, rétrospective, transversale a été réalisée sur la période de Mai 2017 à Octobre 2018 inclus à Briançon.

La période traitée débute au moment de l'ouverture de la Cellule Médicale et se termine un an et demi après.

L'objectif principal est de décrire les principaux motifs de recours aux soins et les pathologies présentées par les primo-arrivants à Briançon afin d'en déduire les besoins de la population cible.

L'objectif connexe est d'étudier plus particulièrement trois groupes de pathologies rencontrées : les pathologies traumatiques, infectieuses et psychiatriques.

Enfin, l'objectif secondaire est d'observer les parcours de soin via notamment l'adhésion aux soins au sein même des structures de santé de Briançon.

C. Population

La population cible est l'ensemble des primo-arrivants à Briançon. La population étudiée regroupe tous les primo-arrivants à Briançon ayant consulté soit directement à la Cellule Médicale : sur le lieu d'accueil du Refuge Solidaire, lors des permanences de soins ; soit à l'hôpital, par le biais des urgences et de la PASS.

D. Le recueil de données

Ce travail a été réalisé à partir de la base de données informatique du Centre Hospitalier de Briançon (CHB) regroupant les informations issues des consultations réalisées aux urgences et à la PASS, via les dossiers patients du logiciel intra-hospitalier CRISTALNET.

Sur les lieux associatifs, les informations ont été extraites à partir des dossiers-papier remplis par des médecins bénévoles, gardés sous clé, à la Cellule Médicale du REFUGE SOLIDAIRE en partenariat avec TOUS MIGRANTS l'association qui gère le lieu.

La variable quantitative relevée était l'âge.

Les variables qualitatives étaient le pays d'origine, le diagnostic posé avec son caractère chronique ou aigu, l'éventuel devenir ou suivi du patient, les traitements alloués, les hospitalisations ou transferts éventuels.

Les doublons ont été éliminés via les noms de famille et prénoms, (plusieurs orthographes étaient recherchées pour chacun des paramètres, ainsi que la concordance de l'année de naissance et le pays d'origine). Puis, les données ont secondairement été anonymisées pour l'analyse statistique.

La protection des données a été assurée sur le logiciel Cristal-net par login et mot de passe dont l'autorisation d'accès n'était donnée qu'à deux personnes : le Dr PABST et moi-même.

Les analyses statistiques ont été effectuées grâce au logiciel STATA14, au tableur Excel et R v.3.5.1 et R Studio v. 1.1.456.

2- RÉSULTATS

Pour cette étude, 2198 dossiers ont été traités : 1038 provenant de l'Association « Le Refuge Solidaire » et 1160 du CHB, dont respectivement 598 aux urgences et 558 dossiers supplémentaires depuis l'ouverture des PASS FIXE et MOBILE.

A. Diagramme des flux

Sur l'année 2018, 5202 patients ont été enregistrés au Refuge Solidaire. Le nombre de migrants estimé par l'association était de 7409 personnes sur la période étudiée, avec un risque de sous-estimation lié aux enregistrements sur des heures ouvrables seulement. Par ailleurs, selon leurs estimations environ 5 à 10 % de migrants ne passeraient pas par les structures d'accueil, poursuivant ainsi leur route sans escale.

2198 consultations ont été relevées ce qui représente environ 29% de la population ciblée.

L'accès aux soins a été facilité par la permanence bénévole instaurée dès juillet 2017, puis à partir de juillet 2018 par l'ouverture de la PASS Mobile. Ainsi 66% de la population étudiée, soit 1459 personnes ont consulté à la Cellule Médicale du « Refuge Solidaire ». L'accès aux soins y était facilité par une permanence bénévole instaurée dès juillet 2017, puis à partir de juillet 2018 par l'ouverture de la PASS Mobile.

33% de la population, soit 679 personnes a consulté au Centre Hospitalier, principalement via les Urgences et la PASS de l'hôpital. Les patients migrants ont consulté de leur propre initiative, mais ils étaient également accompagnés à l'hôpital à l'initiative des bénévoles de l'Association « Refuge Solidaire » quand leur état de santé le nécessitait.

Ainsi, avant juillet 2018 : 76 patients consultant à la Cellule Médicale sur 1038, (soit 7%) ont été jugés réorientables vers le CHB, parmi ceux-ci 33 (43%) ont été perdus de vue et 43 (57%) retrouvés dans le logiciel hospitalier (équivalent doublons).

A partir de juillet 2018, la PASS Mobile a été mise en place. A cette époque précise, sur les 17 personnes envoyées par la PASS Mobile vers la PASS fixe : seulement 5 sont venues, (30%) laissant douze perdus de vue (70%). Au mois d'août, 55% des patients envoyés de la PASS mobile vers la PASS fixe reconsultaient ; au mois de septembre 53%, au mois d'octobre 60%. Soit un nombre de perdus de vue relativement stable voire dégressif.

Parmi les patients de l'Association qui auraient dû se rendre aux urgences, on comptait 45 personnes perdues de vue : dont 13 cas potentiellement graves : une suspicion de tuberculose, deux cas de diabète, l'un en rupture de traitement, l'autre déséquilibré, une hépato-splénomégalie, un cas d'infection urinaire évoluant depuis 5 mois, deux ictères, une suspicion de MTEV (maladie thrombo-embolique veineuse), une douleur abdominale chez une femme à 3 mois de grossesse, des précordialgies.

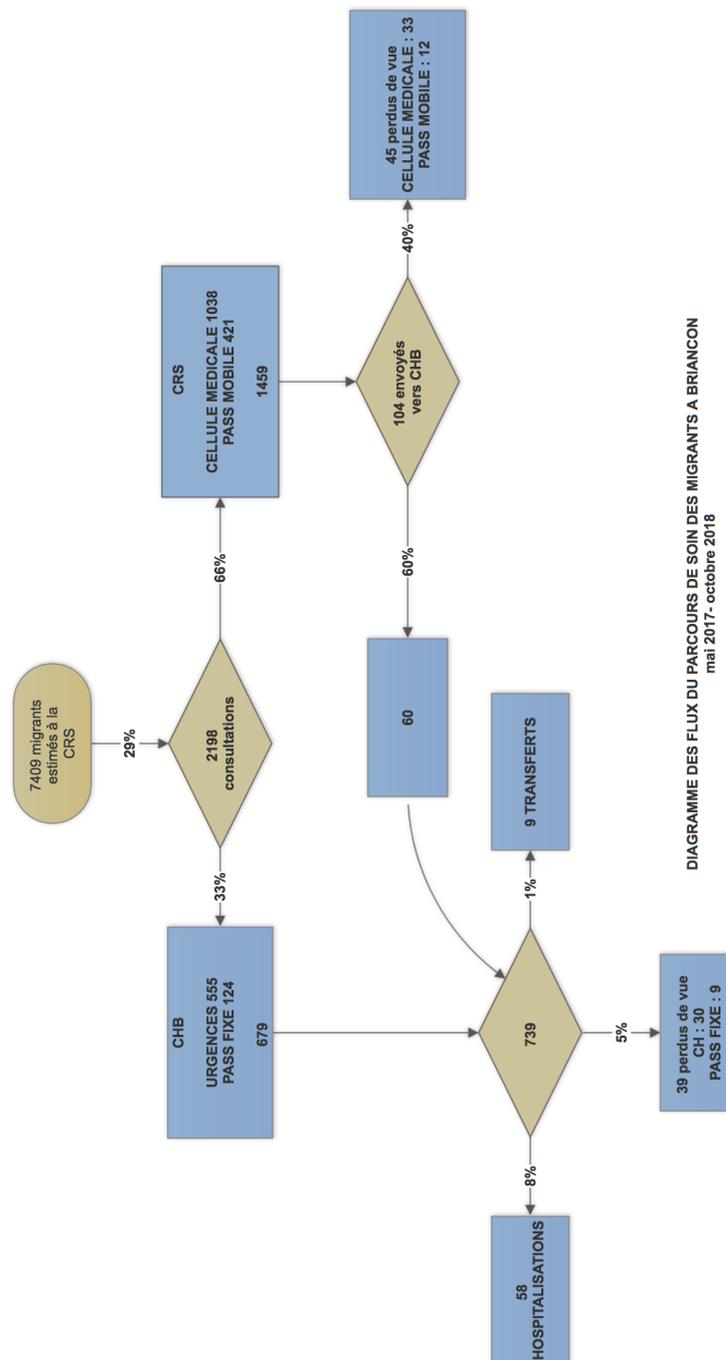


DIAGRAMME DES FLUX DU PARCOURS DE SOIN DES MIGRANTS A BRIANCON
mai 2017 - octobre 2018

FIGURE 1 Diagramme des flux du parcours de soins à Briançon mai 2017 - octobre 2018

Le reste, de degré moindre nécessitait tout de même la réalisation d'examen complémentaires, comme une épigastrie, une entorse grave, des céphalées, des problèmes dentaires ou ophtalmologiques.

Au total, sur la période étudiée, il y a eu 58 hospitalisations dont 21 en chirurgie (36,2%), 37 en médecine (63,7%), ainsi que 7 transferts inter-hospitaliers (CHU de GRENOBLE ou MARSEILLE, CH de GAP). Cela représente 8,8% (IC95% [5,91 ;9,79]) du volume traité en hospitalier et 2,9% (IC95% [1,97 ;3,31]) du total des consultations.

Les transferts concernaient des pathologies cardiovasculaires : SCA ST + (syndrome coronarien aigu) et HTAP (hypertension artérielle pulmonaire), une chirurgie de la main, un polytraumatisé, un glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA), des pathologies métaboliques (une crise thoracique aiguë drépanocytaire) et une insuffisance rénale aiguë (IRA).

B. Caractéristiques de la population

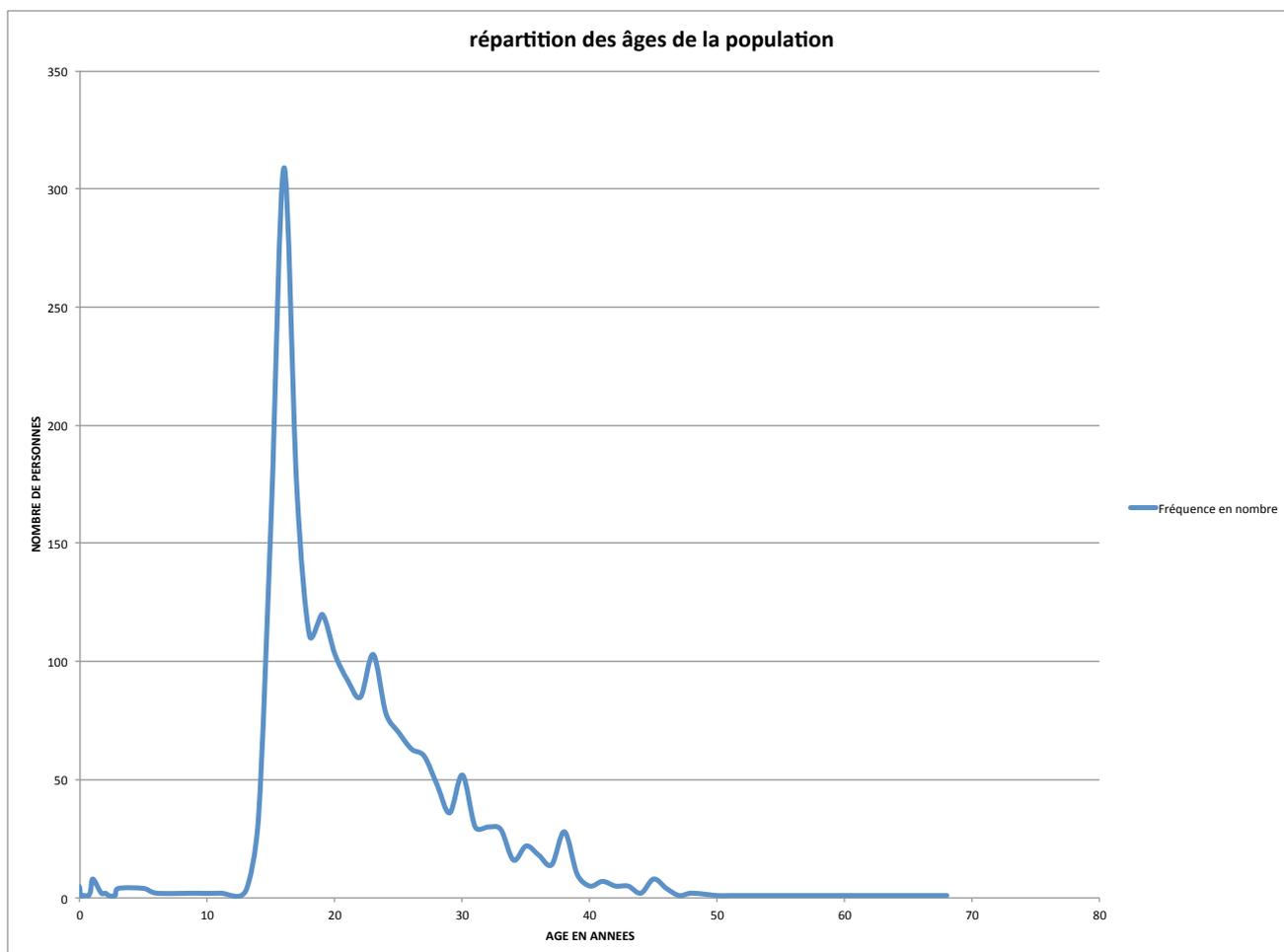


FIGURE 2 : Répartition des âges de la population

La population étudiée montrait 89,76% (IC95% [88,50 ;91,03]) d'hommes et 9,78% (IC95% [8,54 ;11,02]) de femmes.

La moyenne d'âge était de 21,6 ans, la médiane de 20 ans (Figure 2).

Il y avait 723 mineurs allégués sur 1985 patients (données manquantes pour 213 patients) soit 36,42% de mineurs (IC95% [34,31 ;38,54]).

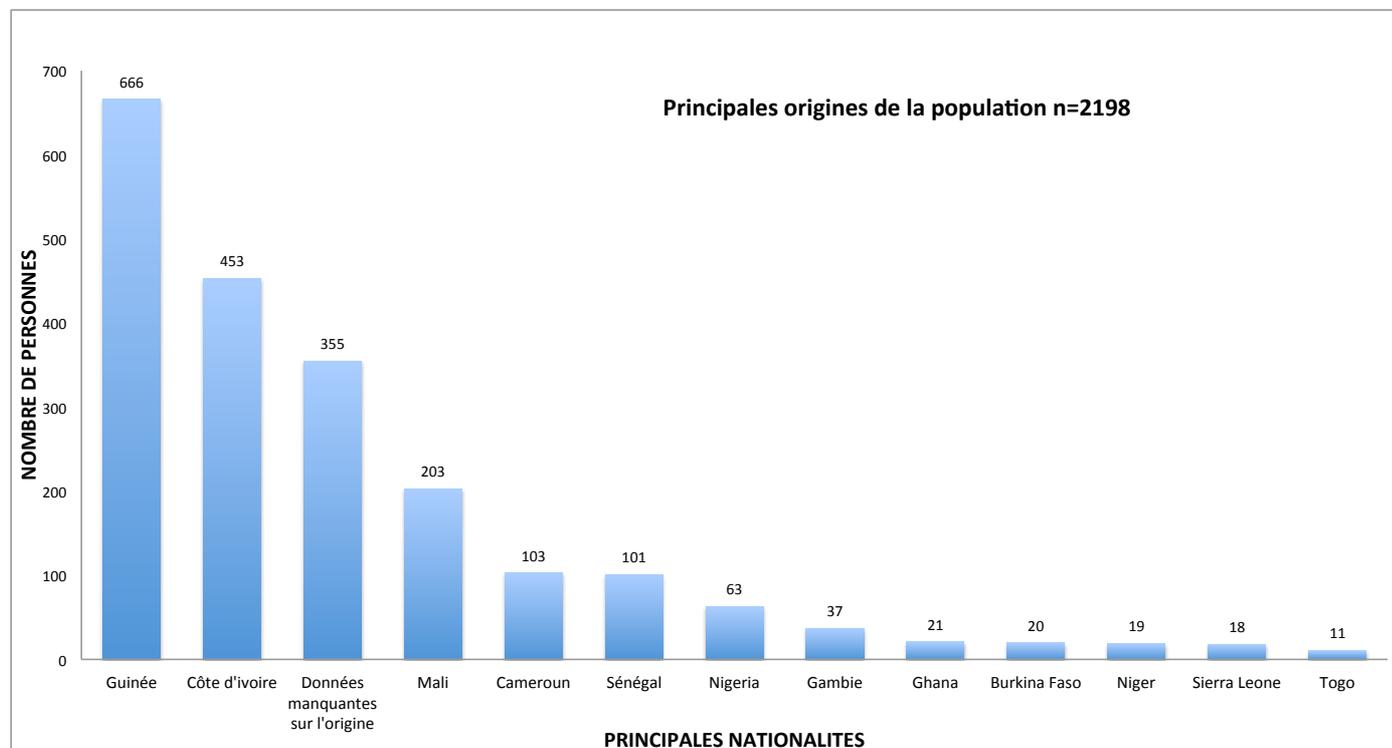


FIGURE 3 : Nombre de personnes en fonction du pays d'origine

La population était principalement constituée de personnes d'Afrique subsaharienne. (Figure 3) Les origines principales étaient : la Guinée 31,21% (IC95% [29,27 ;33,15]) -dont Guinée Conackry principalement (et Guinée Bissau)-, la Côte d'Ivoire 20,61% (IC95% [18,92 ;22,30]), puis le Mali 9,24% (IC95%[8,03 ;10,45]). Les données étaient manquantes quant à l'origine pour 16% (IC95%[14,61 ;17,69]) de la population, le Cameroun et Sénégal représentaient environ 5% (IC95%[4,01 ;5,82] et (IC95%[3,72 ;5,47])) de la population. Le reste des autres pays (non cités sur la figure 3) représentait 3,9% de la population avec moins de 0,4% de l'échantillon par pays représenté (ordre décroissant : Syrie, Tunisie, Erythrée, Bénin, Lybie, Mauritanie, RCA, Tchad, Irak, Ethiopie, Pakistan, Afghanistan...)

Ces résultats sont en accord avec les statistiques recueillies sur les lieux associatifs concernant les principales origines des migrants (ce malgré les 355 données manquantes sur l'origine).

Tous ces pays, majoritairement d’Afrique subsaharienne impliquent l’arrivée de personnes de différentes religions. Considérant que les croyances ont une incidence sur les comportements de santé, il est intéressant d’étudier la proportion religieuse dans notre population.

Aussi, selon les données du « *Pew Research Center, Institut américain* » connu pour ses statistiques démographiques religieuses mondiales, les données 2010 révèlent un pourcentage de musulmans dans les populations de 84,2% pour la Guinée Conackry, 42,8% pour la Guinée Bissau, 40% pour la Côte d’Ivoire, 92,4% pour le Mali, 18% pour le Cameroun, 95,9% pour le Sénégal.

Le christianisme est estimé à 32% en Côte d’Ivoire, 10% en Guinée Bissau, 70% au Cameroun, 95,7% en République Démocratique du Congo. (5)

Il existe ainsi une grande variabilité des pratiques religieuses chez les primo-arrivants, néanmoins l’Islam et le Christianisme sont les deux principales religions, et l’islam plus largement représenté au vu de notre échantillon.

C. Les motifs de recours aux soins et pathologies rencontrées

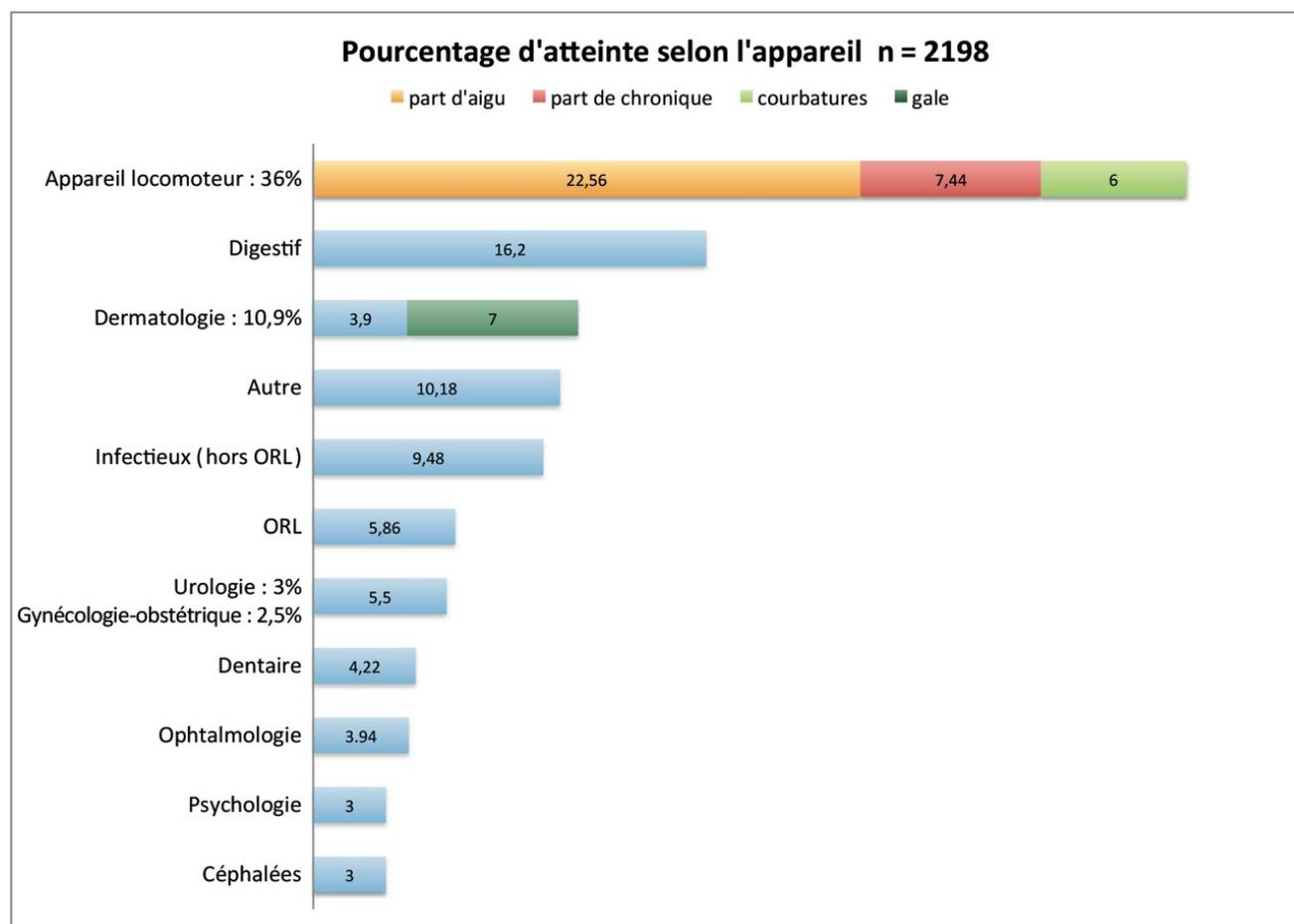


FIGURE 4. Vue d’ensemble des pathologies selon l’atteinte organique n=2198

C.1. Traumatologie

a) L'appareil locomoteur : premier motif de consultation

Les principales pathologies diagnostiquées concernaient l'appareil locomoteur. On retrouvait en effet, 766 cas soit 35,9% (IC95%[32,86;36,84]) parmi lesquels une majeure partie de traumatismes aigus 75,2% (IC95%[72,14;78,24]).

Ceux-ci étaient le plus souvent liés au passage direct de la frontière (contusions, hématomes, chutes en montagne).

La seconde part du versant traumatique concernait les séquelles ostéo-articulaires, 24,8% (IC95% [21,32;28,12]) de l'entité « appareil locomoteur », le plus souvent liées à des « accidents » de parcours, tels que les sévices ou tortures subies en Lybie, ou encore des blessures lors de conflits armés (balistique).

Sur le plan orthopédique, 42% (IC95% [28,70 ;54,05]) des fractures étaient récentes, dues à l'impact direct du passage de la frontière, le plus souvent suite à des chutes en montagne, des prises de risques accrues, ou suite aux conditions climatiques difficiles.

En revanche 58% (IC95% [45,95;71,30]) des fractures étaient anciennes : fractures mal soignées, mal consolidées, engendrant des séquelles fonctionnelles à long terme, telles que des pseudarthroses pour lesquelles des prises en charge chirurgicales étaient parfois requises.

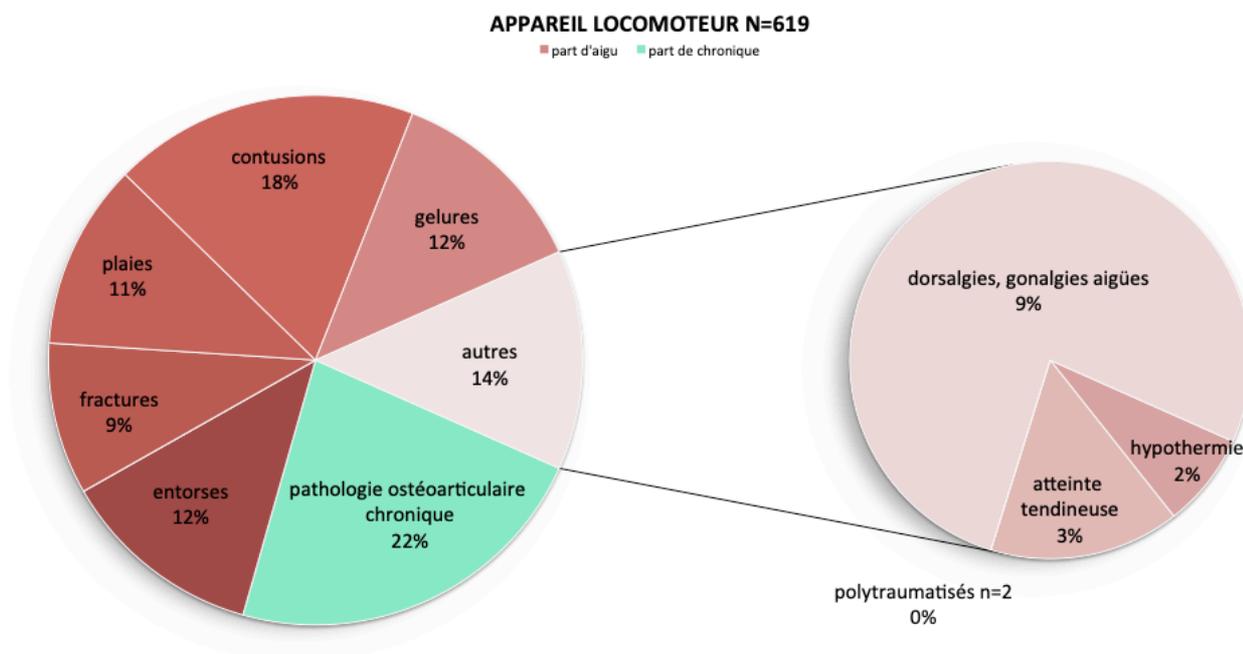


FIGURE 5 : Détail de l'atteinte de l'appareil locomoteur en pourcentage

L'entité « autre » de la figure 5 regroupait le plus souvent des douleurs non spécifiques, comme des rachialgies (dorsalgies, lombalgies) des gonalgies, liées à la marche prolongée ou bien d'autres d'ordre chronique. Il a également été constaté des cas d'hématomes, de morsures et de brûlures.

b) Des pathologies spécifiques de la montagne : les gelures

Faute d'équipement face aux conditions hivernales et suite à une marche prolongée dans la neige durant parfois plusieurs jours, avec de surcroît des nuits passées dehors, les gelures mais aussi ophtalmies des neiges étaient courantes.

La physiopathologie des gelures fait intervenir plusieurs stades :

- Tout d'abord une phase primaire liée au refroidissement et à l'action directe du froid. Durant cette phase, une vasoconstriction périphérique réflexe s'instaure et engendre un gel tissulaire avec mort cellulaire.
- La phase secondaire intervient lors du réchauffement à 24-48h, un phénomène d'ischémie-reperfusion libère alors des substances vaso-actives délétères aggravant l'ischémie initiale et engendrant une nécrose progressive avec l'apparition de phlyctènes.
- Enfin, la phase tardive qui s'opère en 30 et 45 jours correspond à la phase de cicatrisation des tissus revascularisés, les tissus dévitalisés s'orientent dès lors vers une gangrène sèche irréversible.

La classification de Chamonix détermine 4 grades en fonction du pronostic :

- le stade 1 qui ne retrouve pas de lésion après réchauffement (notamment trouble de la sensibilité)
- le stade 2 qui retrouve une lésion de la phalange distale
- le stade 3 atteinte des phalanges moyennes et/ou proximales
- le stade 4 atteinte du carpe ou du tarse

Ainsi l'entité « gelures » représentait 12% (IC95% [9,11;14,16]) de la pathologie traumatique (Cf Figure 6)

La plupart étaient des gelures de stade 1 : au nombre de 44 sur 58 avérées,

stade 2 : 12 gelures

stade 3 : 3 gelures

Ont été aussi repérés 9 cas d'engelures et 5 autres cas n'ont pas été précisés.

Les engelures quant à elles, sont un acrosyndrome caractérisé par un œdème et un érythème prurigineux lors du réchauffement. Elles surviennent à des températures positives dans un contexte d'humidité chronique avec un pronostic fonctionnel moins péjoratif que celui des gelures. (6)

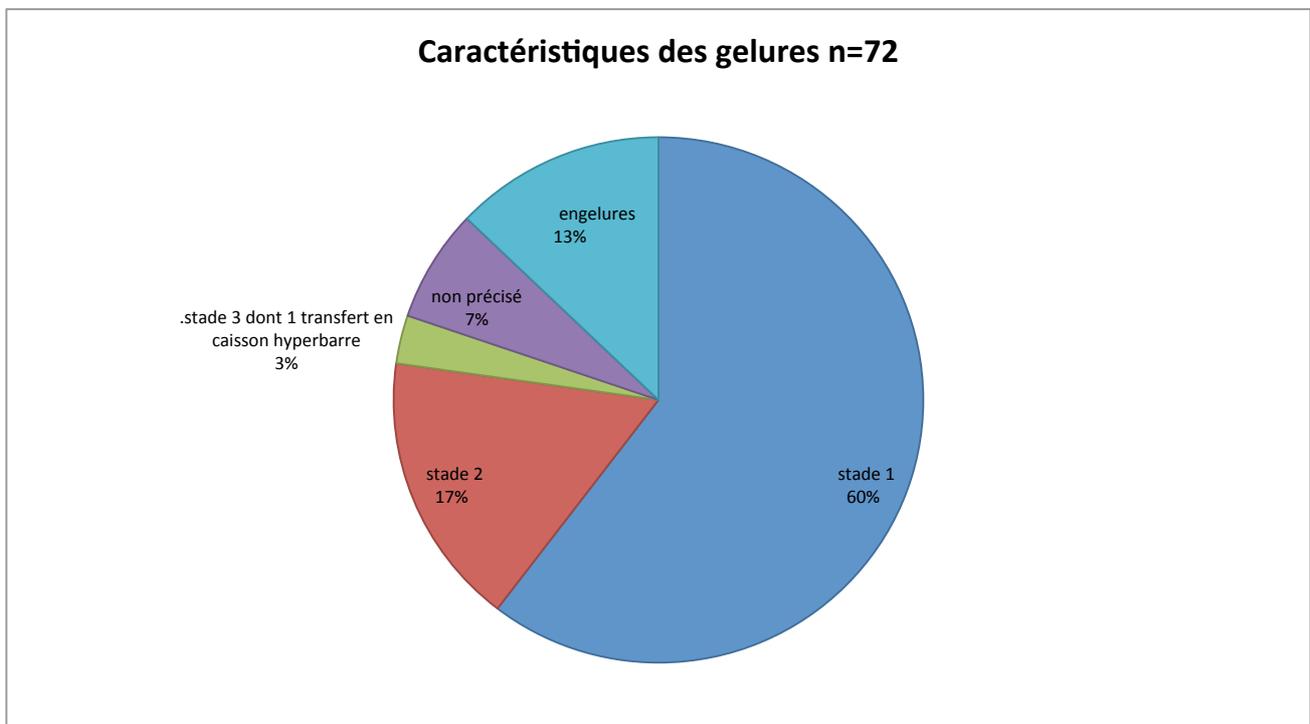


FIGURE 6 : Caractéristiques des gelures

c. Des décès liés au passage transfrontalier

Enfin, 5 morts sont survenues : parmi elles : deux par hypothermie, deux après des chutes dont une par noyade, une femme enceinte à terme, renvoyée à la frontière puis décédée des complications de l'accouchement par arrivée tardive à la maternité de Turin.

C.2. L'appareil digestif en deuxième position

La pathologie digestive représentait 16 % (IC95%[14,48 ;17,55]) des motifs de consultation totaux avec 352 dossiers répertoriés. Au sein de l'entité digestive, les douleurs abdominales étaient un motif très fréquent de recours aux soins. Parmi elles, 116 restaient des douleurs non précisées (23 des 79 douleurs abdominales traitées à l'hôpital restaient inexplicées : après bilan parasitologique et/ou biologique effectué voire coloscopie associée) soit 33% (IC95%[28,04 ;37,87]) des motifs de consultation au sein de l'appareil digestif. Puis venaient les épigastralgies et gastrites fréquentes 16% (IC95%[12,09 ;19,73]) environ des douleurs abdominales, avec 4 cas d'ulcères avérés (soit 15% des épigastralgies au CHB) dont 2 nécessitant des transfusions et l'un compliqué d'une péritonite avec

chirurgie en urgence). Ensuite, venaient les diarrhées aiguës ou chroniques, et les pathologies herniaires inguinales ou ombilicales, ainsi que les pathologies de la marge anale fortement représentées (14% (IC95%[10,30 ;17,54]) environ), (abcès, fistules, hémorroïdes).

C.3. L'enjeu des pathologies infectieuses

Le versant infectieux représentait 16% (IC95%[14,53 ;17,60]) du total des consultations : avec 181 cas de gale (8,2% (IC95%[7,09 ;9,38]) des consultations totales) et 172 autres patients, représentant 7,8 % (IC95%[6,75 ;9,00]) des consultations.

a) Les infections sexuellement transmissibles : VIH et VHB

Seulement 37 sérologies (5 % (IC95% [3,43 ;6 ;58])) ont été demandées sur 739 cas traités en hospitalier (Urgences ou PASS FIXE). Briançon étant le plus souvent un lieu de transit, les résultats des sérologies, si demandées, parvenaient retardés (5 jours environ), or les patients étaient pour la plupart déjà repartis. Il paraissait donc peu judicieux de réaliser un bilan sérologique systématique lors de leur première consultation de soins, malgré les recommandations en vigueur du COMEDE (Comité pour la santé des exilés) qui recommande un bilan systématique dans les 4 mois suivant l'arrivée en France.

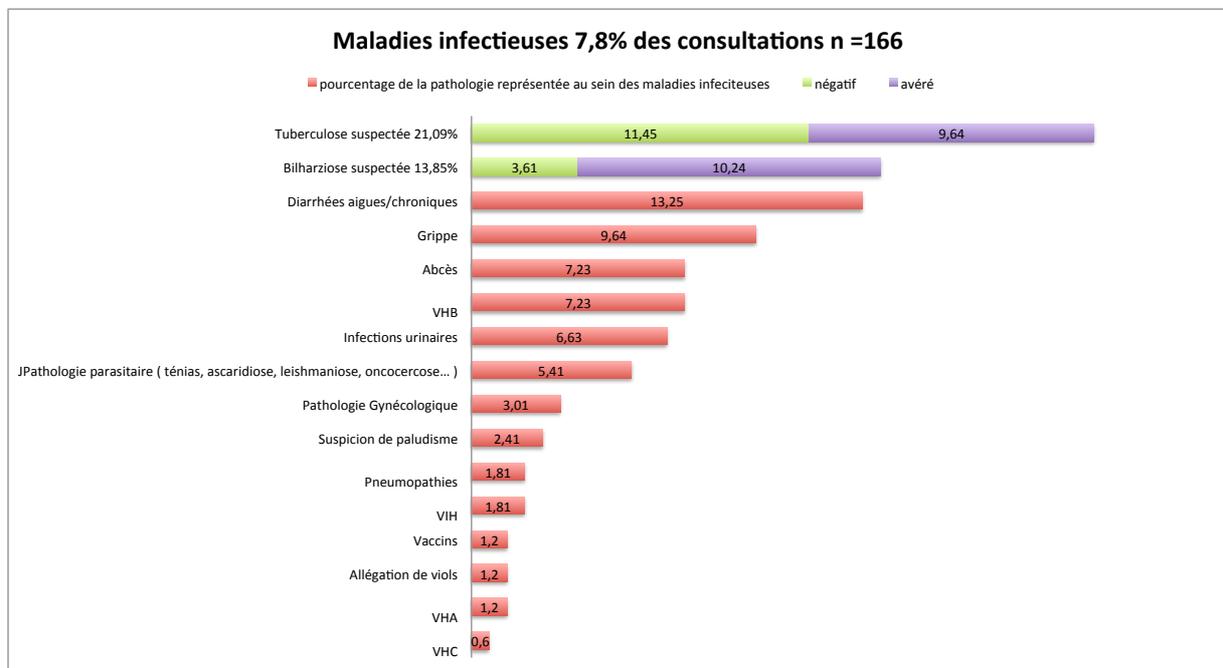


FIGURE 7 : Maladies infectieuses

Néanmoins, les résultats sur 37 sérologies effectuées montraient un total de 4 VIH (Virus de l'Immunodéficience humaine), 14 VHB (virus de l'hépatite B), 1 VHC (virus de l'hépatite C) soit 45,9 % (IC95% [32,54 ;64,75]) des bilans IST (Infection sexuellement transmissible) étaient positifs lorsque demandés (un patient étant atteint à la fois de VHB actif et VIH). La syphilis revenait systématiquement négative (7 demandes).

b) La tuberculose

Ensuite les principales recherches effectuées concernaient les suspicions d'infection tuberculeuse latente (ITL) ou invasive.

Sur les 35 suspicions de tuberculose maladie, 16 cas étaient avérés soit 45,7% (IC95% [29,61 ;62,22]), dont 9 actives (25,7% (IC95% [11,23 ;40,19]) et 7 séquellaires (soit 20% (IC95% [6,75 ;33,25])). En revanche 19 cas ont donné des résultats négatifs (soit 54,3% (IC95% [37,78 ;70,79])) (radiographie pulmonaire, mise en culture des crachats, un scanner thoracique...)

c) Des pathologies non suspectées en routine.

Par ailleurs, face à une hématurie, chez les populations subsahariennes, la bilharziose urinaire (*Schistosoma Haematobium*) par sa forte prévalence en zone rurale, doit être impérativement recherchée. En effet, ses conséquences à long terme (carcinogénèse) et/ou fonctionnelles (envahissement local, bilharziomes...) sont réelles. Sur l'année 2018, le laboratoire de l'hôpital a recherché 22 bilharzioses (sur recueil urinaire et/ou sérologies associées) dont 8 sont revenues positives soit 36,4% (IC95% [16,26 ;56,47]) (Figure 9).

Sur les 8 résultats positifs : 3 étaient affirmés par la sérologie (technique combinée ELISA et WB) et 5 par recueil urinaire. Les urines étaient négatives chez les 3 sérologies positives. Trois cas ont été formellement écartés sur la négativité à la fois des urines et des sérologies.

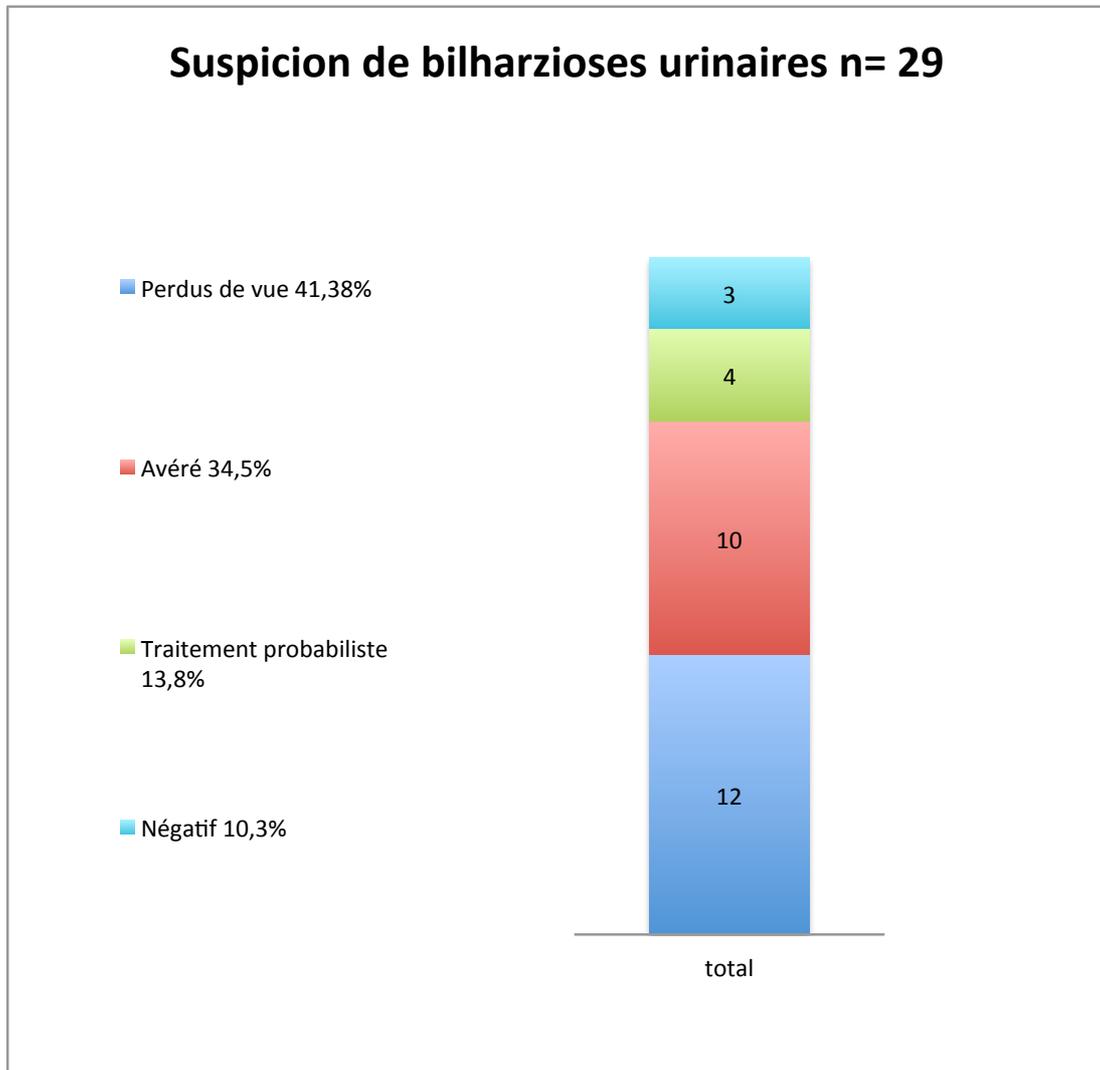


FIGURE 8 : Suspicion de bilharzioses urinaires

C.4. Le Versant psychiatrique

Enfin, sur l'ensemble des patients, le recours aux soins psychiatriques était faible : seulement 3% (IC95% [2,09 ;3,46]) des motifs de consultation.

a) Le versant psychique peu évalué.

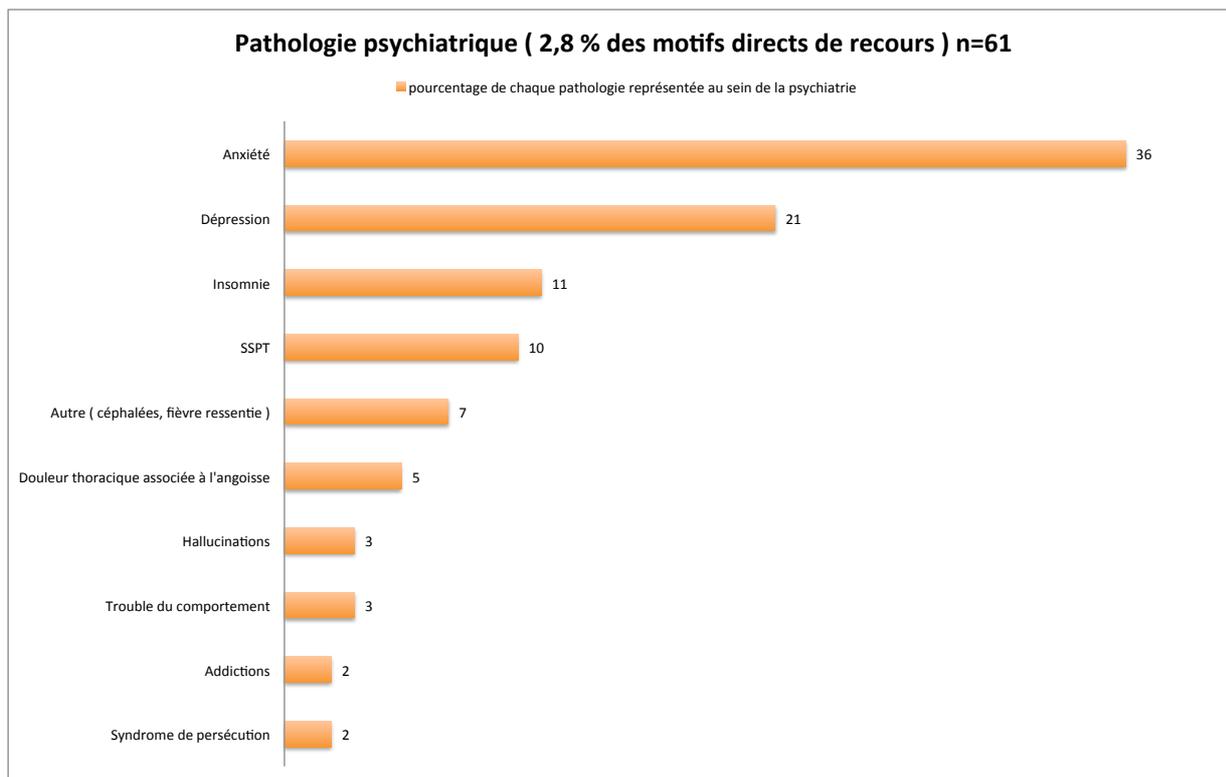
Les principaux diagnostics étaient :

- des manifestations de l'anxiété (36% (IC95% [24,02;48,12]) : attaques de panique, troubles anxieux...
- des syndromes dépressifs (21%) (IC95% [11,03 ;31,59])
- les insomnies étaient un motif récurrent (6% (IC95% [0,35 ;12,77]))
- des Syndromes de Stress Post-Traumatique (SSPT) (10% (IC95% [2,36 ;17,31])).

Parmi les syndromes dépressifs l'un d'entre eux présentait une douleur thoracique gérée au SAU.

Enfin, des symptômes productifs, tels que des hallucinations, des syndromes de persécution, ou encore des troubles du comportement représentaient 8% (IC95% [1,31 ;15,05]) des troubles psychiatriques totaux. Un des patients ayant des hallucinations a refusé les soins et a été perdu de vue.

FIGURE 9 : Pathologies psychiatriques



Le sous-groupe « autre » regroupait les symptômes inexplicables comme une sensation de « chaleur générale ressentie » à plusieurs reprises, consultations multiples, néanmoins jamais objectivée (absence d'hyperthermie) des céphalées, des malaises ou épigastralgies associés ou non à l'angoisse.

b) Des pathologies inexplicables

Les céphalées au nombre de 68 représentaient 3% (IC95% [2,37 ;3,82]) des motifs de consultations totaux :

- 6 des céphalées soit (8,8% (IC95% [2,08 ;15,57])) étaient d'origine ophtalmique
- 10% (IC95% [3,07 ;17,52]) des céphalées étaient liées à des migraines

Parmi les céphalées, 4 étaient associées à des plaintes psychiatriques, 4 liées à des syndromes post-traumatique, 3 cas d'origine infectieuse (sinusites), 1 céphalée hypertensive, 1 thrombophlébite cérébrale sur déshydratation.

Pour 45% (IC95% [17,28 ;38,61]) d'entre elles néanmoins, l'étiologie restait non précisée. On retrouvait également 116 cas de douleurs abdominales chroniques sans étiologie précisée (avec parfois des bilans poussés tels que des coprocultures, parasitologie des selles, voire coloscopies et biopsies demandées, lorsque prises en charge hospitalière).

Les 44 douleurs thoraciques représentaient 5,9% (IC95% [4,25 ;7,66]) des motifs de consultation au SAU.

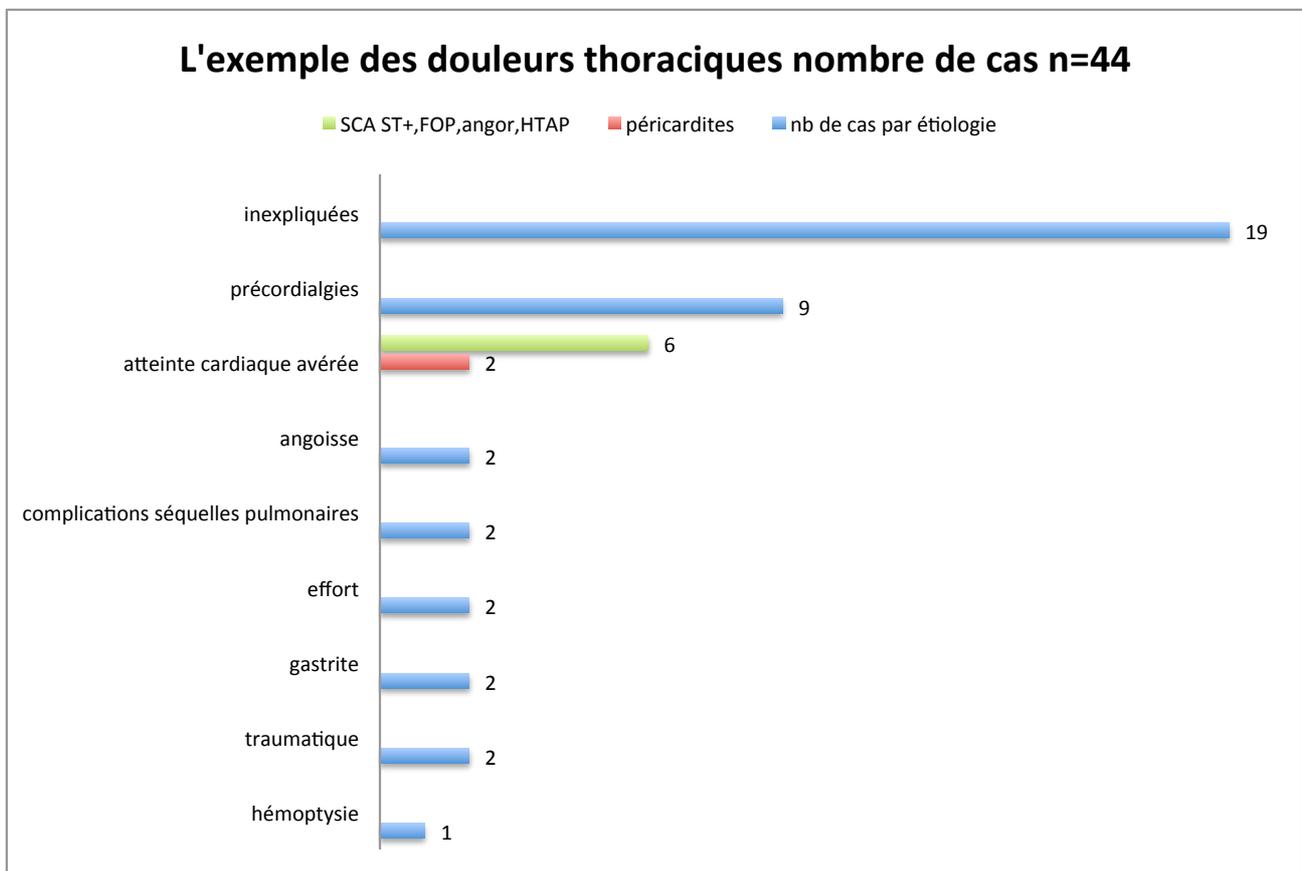


FIGURE 10 : L'exemple des douleurs thoraciques

Après examens biologiques (bilan standard, marqueurs cardiaques), électrocardiogramme, radiographie pulmonaire :

- 19 douleurs thoraciques, soit environ la moitié restaient inexplicées
- 9 douleurs thoraciques étaient d'origine pariétale
- 2 autres étaient des douleurs post-opératoire de pneumonectomie
- une douleur thoracique était d'origine traumatique
- 2 douleurs thoraciques liées à l'anxiété
- 6 douleurs thoraciques étaient liées à des atteintes cardiaques véritables (5 péricardites, 1 SCA ST+, 1 foramen oval perforé (FOP) avec BBD, 1 angor, 1 HTAP).

Les plaintes atypiques, non comprises comme les sensations de fièvre étaient également un symptôme récurrent.

Ces dernières données ont amené à se pencher sur un versant plus qualitatif afin de mieux comprendre le public concerné, explorer ses représentations et donner du sens aux maux, là où visiblement, il existait un manque de compréhension.

III - ÉTUDE QUALITATIVE

1 – INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Cette enquête est née suite au sentiment d'incompréhension des intervenants de santé lors des consultations avec les primo-arrivants, il leur manquait des « clés » pour décrypter la symptomatologie ou les dires. Le sentiment de confiance était également difficile à établir. Aussi, l'exploration des représentations en santé et des attentes des migrants vis-à-vis du système de soins s'est-elle imposée comme fondement de ma réflexion.

Étudier le ressenti des soins par les bénéficiaires a été une piste visant à améliorer l'exercice de la PASS locale envers cette population. L'enjeu était de créer un climat de confiance entre soignants et bénéficiaires afin d'apporter des réponses aux questions d'organisation du système de santé local et des stratégies pour améliorer l'adhésion et le suivi aux soins.

Dans ce cadre, l'objectif principal de l'étude qualitative était d'explorer les représentations en santé et les attentes des primo-arrivants face au système de soins de Briançon.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Préciser les facteurs limitant l'expression de la santé mentale sous-représentée par rapport à la littérature.
- Explorer les ressentis en santé et les vécus des parcours de soins des primo-arrivants, en présupposant que ceux-ci impactent directement sur la demande de soins et les comportements.

2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Autorisations

Cette étude est conforme à de la recherche non interventionnelle de type MR003, selon les définitions en vigueur. Un avis auprès du comité éthique de l'AMU est actuellement en cours.

B. Recueil des données

B.1. Modalités

Les usagers des différents lieux d'accueil des migrants sur Briançon ont été interrogés. L'association « Le Refuge Solidaire » a accepté la réalisation de l'étude, ainsi que le collectif « Chez Marcel ».

Les entretiens ont été réalisés dans une salle appropriée du lieu associatif « le Refuge Solidaire », principal lieu d'accueil des primo-arrivants à Briançon, ainsi que « Chez Marcel », collectif local accueillant les primo-arrivants souhaitant prolonger leur séjour.

B.2. Population

- Critères d'inclusion

Tous les usagers volontaires pour répondre aux questions, consultant les associations citées, ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques des usagers ont été recueillies en fin d'entretien.

- Critères d'exclusion

Les usagers non migrants ou ne parlant ni le français ni l'anglais ont été exclus.

- Consentement

Avant les entretiens, l'étude a été présentée à chaque volontaire de façon individuelle, comme une forme de discussion sur le vécu de leur parcours, leurs représentations en santé et ce qu'ils attendent particulièrement lors des consultations médicales.

Une information orale et écrite a été délivrée quant à l'enregistrement anonyme des entretiens, l'anonymat de leurs réponses, la possibilité de se rétracter et la libre parole. Ainsi, un formulaire de consentement et un document leur expliquant l'étude et le cadre légal ont été remis à chaque participant en début d'entretien (Cf. annexe 4).

B.3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes reflétant les thèmes à explorer et conçu pour permettre une grande liberté dans l'entretien. La chercheuse détenait une série de questions à aborder. (Cf. annexe 3)

Le guide d'entretien a été réalisé avec la participation du Dr PABST, médecin urgentiste au Centre Hospitalier de Briançon et médecin de la PASS de Briançon, à partir des hypothèses de recherche.

Ce guide d'entretien a été modifié après trois entretiens semi-dirigés.

Il a été proposé aux participants de donner leurs coordonnées afin de pouvoir les recontacter pour leur transmettre ultérieurement les résultats.

B.4. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par la chercheuse, interne de médecine générale. Il n'y avait aucune autre personne présente pendant l'entretien hormis la personne interrogée.

L'investigatrice s'est présentée comme médecin bénévole de l'Association et comme interne en médecine générale au début de chaque entretien.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis intégralement retranscrits. Lors de la retranscription, à des fins de compréhension les verbatim ont été parfois corrigés sur le plan syntaxique et grammatical en respectant le sens du discours exprimé par les patients. Les émotions exprimées ont été indiquées le plus possible en commentaire entre parenthèses et en italique. La durée initialement prévue des entretiens était évaluée entre 30 minutes et 1 heure. Aucun entretien en anglais n'a eu lieu. La chercheuse et les participants ne se connaissaient pas avant l'étude.

C. Méthode qualitative

C.1. Entretiens semi-dirigés

Le choix de réaliser une étude qualitative s'est imposé devant la volonté d'explorer les vécus et ressentis des migrants concernant leurs parcours de soins tout au long de leur exil ainsi que leurs attentes vis-à-vis du système de santé français.

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman « L'entretien est un instrument d'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. » (7) Il permet donc d'obtenir des informations sur les comportements, les attitudes et les représentations des individus au sein d'une société.

L'hypothèse étant qu'un individu puisse condenser une grande partie du sens d'un phénomène social. L'entretien semi-dirigé permet particulièrement l'exploration des systèmes de représentation.

C.2. Stratégie d'échantillonnage en variation maximale

L'idée était de recueillir un public le plus varié possible : particulièrement adapté pour la recherche de diversité des perceptions, opinions ou comportements, aussi les variables jugées pertinentes étaient l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ainsi que les lieux associatifs différents d'échantillonnage en relation directe avec la durée de séjour.

C.3. Analyse par théorisation ancrée

La démarche d'analyse par théorisation ancrée a été jugée pertinente pour explorer les vécus et représentations du public concerné. Cette théorisation se doit d'émerger en partant du terrain, comme le concept de « *Grounded Theory* » évoqué par les sociologues Anselm Strauss et Barney Glaser. (8) Elle fait intervenir plusieurs opérations successives. Tout d'abord, la codification qui comporte à la fois un codage ouvert, avec l'émergence de codes à partir de chaque entretien mais aussi un codage axial comparant les codes de chaque entretien. Puis interviennent la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation, la théorisation, permettant l'établissement d'un arbre à thèmes, encore intitulé "*coding tree*".

Elle permet notamment l'approche anthropologique du vécu des patients. La médecine générale et de soins primaires est une science avant tout humaine et sociale, elle requiert de prendre en charge l'individu dans sa globalité pour une qualité optimale des soins. Aussi, face à des individus d'autres origines culturelles, la dimension ethnologique est indispensable. En prenant en compte les déterminants des comportements dans la relation de soin, cette analyse a vocation à éclairer et aider le médecin à mieux appréhender la demande du public étudié.

C.4. Intérêt de son utilisation auprès du public concerné

Premièrement, la méthode d'entretiens semi-dirigés paraissait adaptée à la thématique de recherche et aux hypothèses initiales, étant donné la complexité des vécus et la réserve émise à en discuter, (tortures subies, viols...) rendant cela non réalisable en focus groupe. Les entretiens individuels ont donc été une approche pertinente et acceptable, pour favoriser le dialogue. En second lieu, l'analyse par théorisation ancrée permet de préserver l'avis de l'écouté, de recueillir le point de vue des migrants sur leurs problématiques de santé mais également de redonner sa place et sa légitimité au patient. Cela permet l'instauration d'un cadre de confiance et de reconnaissance ou encore de satisfaction à être entendu.

Un phénomène de reprise de confiance en soi s'édifiait, l'expression plus assumée devenait possible, ce qui est difficile au quotidien au vu de leur situation précaire. L'exploration socio-culturelle était ainsi favorisée.

C.5. Retranscription et analyse

Les verbatim ont été analysés et codés par les chercheuses de façon indépendante. Aucun logiciel de codage n'a été utilisé. La triangulation des données a été réalisée en comparant les deux analyses afin de statuer sur une version consensuelle définitive.

L'arrêt des entretiens s'est fait lorsque les analyses ont montré une « saturation des données ». Les informations recueillies devenaient ainsi redondantes, ou n'apportaient plus de nouveau concept. Pour cette étude, le nombre d'entretiens nécessaires a été évalué initialement entre 10 et 20.

3 - RÉSULTATS

A. Description de la population

Pour cette étude, 16 personnes ont été interrogées : 1 personne a été exclue à posteriori car elle a désiré arrêter l'entretien en cours.

La saturation des données a été obtenue après avoir analysé 12 entretiens. Elle a été confirmée par 3 entretiens supplémentaires.

La durée moyenne des entretiens semi-dirigés était de 33 minutes.

La population retenue était composée de 13 hommes et de 2 femmes, soit respectivement 88% et 12% avec un âge moyen de 30 ans (de 18 à 43 ans).

Toutes ces personnes venaient d'Afrique subsaharienne : trois de Guinée Conakry, quatre du Cameroun, un du Sénégal, deux de Côte d'Ivoire, trois du Mali, deux du Niger, une du Togo.

Les personnes interrogées avaient des statuts différents et ainsi des regards différents sur le système de soins français. Une grande partie des personnes interrogées à l'Association du Refuge Solidaire venait d'arriver en France et de passer la frontière, la durée de séjour était de 4 jours à une semaine, ou deux pour certains.

En revanche la majeure partie des personnes interrogées « chez Marcel » était arrivée depuis au moins 3 mois en France jusqu'à un an pour l'un d'entre eux. Ils étaient soit primo-arrivants, soit en cours de procédure de demande d'asile réalisée en Italie, soit « déboutés » de leur demande en Italie. Un seul migrant demandait un titre de séjour pour « étranger malade ».

Les conditions sociales étaient variables, et allaient de jeune migrant sans qualification professionnelle à chef d'entreprise, ou représentant de parti politique.

Tableau 1. Caractéristiques des entretiens.

N°	SEXE	AGE	PAYS	NIVEAU D'ETUDE	durée (minutes)
P01	H	27	GUINEE	primaire	35
P02	H	34	SENEGAL	école coranique	30
P03	H	26	MALI	absence	15
P04	H	28	GUINEE	absence	20
P05	H	30	GUINEE	primaire	25
P06	H	26	COTE D'IVOIRE	primaire	23
P07	F	43	COTE D'IVOIRE	absence	25
P08	H	25	MALI	secondaire	40
P09	H	28	NIGER	absence	49
P10	F	35	TOGO	absence	32
P11	H	40	NIGER	absence	48
P12	H	43	CAMEROUN	secondaire	55
P13	H	36	CAMEROUN	primaire	36
P14	H	23	CAMEROUN	absence	38
P15	H	28	CAMEROUN	primaire	24
P16	H	27	MALI	refus entretien en cours	15
MOYENNE		31,5			33

B. Représentations des migrants vis à vis de la santé

B.1 Représentation des migrants vis à vis de la santé

B.1.a - Le concept de bonne santé

a) - Un concept clair et visible

La définition de la bonne santé chez une population permet un aperçu du recours aux soins ultérieur.

Dans nos entretiens, la bonne santé apparaît d'abord, pour la plupart comme l'absence de maladie, de douleur. Certains ne ressentent donc pas le besoin de consulter.

Elle est ensuite décrite comme une base fondamentale

P01/ « *avant de faire quoi que ce soit* » permettant l'aptitude ; un véritable outil pour agir et/ou obtenir un statut (titre de séjour puis *droit de travail*). Elle permet ainsi l'expression des capacités intellectuelles, « de mémoriser » ou encore de répondre aux principes fondamentaux comme s'alimenter.

b) - Un versant invisible source d'inquiétude

Néanmoins, la nécessité d'écarter les maladies « latentes, sexuellement transmissibles, parasitaires... » revenait bien souvent dans les entretiens.

P14/ « *[La bonne santé c'est] quand le check-up te dit que tu n'as pas de maladie vénérienne. »*
« La bonne santé ne provient pas de toi. C'est pas parce que tu te sens bien que tu es en bonne santé. »

P13/ « *Un homme sain est un malade qui s'ignore. On n'est jamais en santé, on est toujours malade, d'une manière ou d'une autre. On n'est jamais suffisamment suivi. »*

Ces allusions laissent sous-entendre la nécessité d'un bilan de santé et de prendre soin de sa propre santé. Elles introduisent la notion de disponibilité vis-à-vis de soi.

Les personnes migrantes sont donc bien conscientes des maladies transmissibles, mais pas forcément disposées à s'en occuper...

Enfin, la notion de santé globale apparaît indéniablement liée à la santé mentale « *mais être en bonne santé ne veut pas dire que tu as l'esprit tranquille. »*

B.1.b - Une approche anthropologique : l'exemple du sang

1) La « puissance du sang »

a) Force symbolique : le sang « sacré »

Plusieurs fois, la maladie ou la faiblesse étaient perçues comme secondaires à une anomalie du sang :

P02/ « *Je n'ai pas de force (...) Mon sang est faible il est à 29°C ».*

P04/ « *Mon sang est « petit ». Mon sang il est à niveau bas, c'est pas bon, c'est pas bon oui ! »*

Par ailleurs, le don de ce sang vital était vécu comme un sacrifice ou une grande faveur :

« Au Cameroun, y'en a qui ont besoin du sang, on prend une poche de sang pour aider les autres. En retour, ils t'offrent une somme symbolique ou un cadeau ».

Face au racisme et à la stigmatisation, le sentiment d'infériorité était constant : la nature du sang par contre effaçait les disparités :

P08/ « *Si j'ai des forces de sang, si j'ai du sang je le donne. C'est la différence de peau seulement, sinon c'est la même chose. »*

b) L'importance de la quantité : un rapport complexe à la prise de sang

Dans nos sociétés, la prise de sang est largement acceptée par les patients. Inhérente aux soins, elle est reconnue comme utile au diagnostic. En revanche, dès que l'on abordait la notion de prise de sang avec les patients migrants, on remarquait une affection particulière, entre un sentiment de spoliation et d'impuissance.

Il existe une part de refus catégoriques :

P03/ *« Non je ne veux pas des prises de sang. »*

D'autres, en revanche faisaient la découverte d'un concept nouveau :

P09/ *« Les prises de sang, c'est jamais en Afrique ! »*

Pour beaucoup, le sang représente la force et la bonne santé, le prélever revient à les affaiblir et les exposer d'avantage à la maladie : P15/ *« Si tu n'as pas de sang tu vas mourir ! »*.

P11/ *« Si tu as peu de sang, c'est la maladie »*. D'autres étaient plus modérés dans le refus des prises de sang mais insistaient sur la quantité :

P12/ *« On peut me prendre [du sang], je fais confiance, mais je vais te dire que tu n'as pas besoin de toute cette quantité ! »*

2) Représentations et approche culturelle

a) Croyances et fausses représentations : des freins aux prises de sang

Les croyances ancestrales, ou le vécu personnel renforcent les représentations :

P12/ *« Je comprends rien, en Afrique on donne le sang à la famille. Mon papa il avait fait ça : il a donné à mon oncle... Mon papa il est mort depuis, mon oncle il est guéri »*.

Cette phrase montre bien que pour cette personne, donner son sang n'est pas anodin puisqu'il associe la mort de son père au fait d'avoir donné son sang.

Enfin, les « djinns » ou mauvais esprits peuvent être à l'origine même d'un « affaiblissement du sang », une approche insoupçonnable pour un médecin européen. Le remède ne consiste pas alors à apporter du sang, mais à chasser les mauvais esprits pour récupérer un sang pur :

P11/ *« Au Niger, il y avait un homme, chaque semaine on lui met une poche de sang, à chaque fois il n'a plus de sang, on arrive pas à comprendre pourquoi ; il faut voir s'il n'est pas possédé, c'est comme ça qu'on a découvert qu'il était possédé par un génie, ils l'ont chassé, après il était guéri. Mais vous, vous nous croyez pas... »*

Par ailleurs, pour une personne en exil, déracinée de ses repères habituels, en adaptation continuelle à des environnements nouveaux et parfois incompréhensibles, on peut supposer que le sentiment d'aller à l'encontre de ses propres valeurs traditionnelles ou de trahir sa norme sociale est difficile à supporter :

P12/- « *Mais selon ma culture en Afrique, comme en Guinée ou au Mali, c'est pas bien de prendre le sang.* »

La confiance envers les prises de sang est entravée par les vécus des parcours de soins en Italie. La théorie du commerce du sang y est largement répandue :

P08/ « *Y'a des gens dans la route, ils prennent mon sang (en parlant des « campos »: centres de soins primaires en Italie) parce qu'ils cherchaient du sang, ils prennent des volontaires* ». L'insurrection était haute à posteriori, avec un sentiment d'avoir été victime de complot :

P11/ « *Ils font quoi avec tout ça ? Est-ce qu'ils vont pas encaisser dans leur banque de sang là ?* »

P12/ « *Je pense qu'ils commercialisent le sang en Italie. Ils donnent ensuite notre sang aux vieilles femmes qui attendent derrière...* »

La question de la confiance envers le thérapeute est alors primordiale pour une adhésion correcte et pérenne aux soins :

P09/ « *Mais si toi, tu prends mon sang je sais que toi ça va, c'est pour soigner, dès fois, y'a besoin...* »

b) Peur et ignorance

La peur des résultats des prises de sang est également prégnante.

Partagés entre la nécessité de savoir

P06/ « *J'ai peur des maladies transmissibles : trop peur de ça. Il faut un bilan.* » et le poids du diagnostic :

P05/ « *Ça fait peur d'avoir un vrai résultat après tout ça.* » certains s'en vont sans leurs résultats.

Enfin, d'autres découvrent de nouvelles pratiques de soins et se sentent en position de fragilité par manque d'explications préalables. L'ignorance des pratiques place le patient dans une situation non consentie :

P09/ « *Je vois des choses ici, parce que chez moi, je connais pas ça. On a pris mon sang mais c'est pas une bonne chose. Quelque chose que tu sais pas, c'est pas bon quoi* ».

B.1.c - LA SANTÉ MENTALE

1) Importance de la Santé mentale

a) Une base et un outil pour entreprendre

Lors de l'abord de la santé mentale, son importance ressort comme évidente, décrite comme la « santé originelle », indissociable du concept de santé globale :

P13/ « *Toutes les maladies sont d'abord psychologiques. Le cerveau est à la base de toutes les maladies* », et par son intrication avec le physique :

P06/ « *La tête si ça ne va pas c'est tout le corps qui ne va pas* ».

La santé mentale est une base pour avancer, réfléchir, entreprendre :

P03/ « *La santé de la tête pour moi c'est ça : elle est plus importante, [longue pause] parce que tu as besoin d'expressions mentales, si tu as la dépression tu ne peux pas contrôler ce que tu fais, tu ne réfléchis pas bien, ça ne va pas* ».

Une bonne santé morale permet d'ailleurs la garantie de la santé globale par la suite. Le patient étant apte à élaborer une demande de soins :

P05/ « *La santé morale : si tu te sens pas bien avec ton moral, tu risques d'oublier certaines choses, [...] avec le moral il te permet, tu peux chercher un docteur. C'est comme un outil quoi* ».

b) La souffrance mentale inhérente à la situation de migrant

La plupart expliquent que leur situation sociale est la principale cause d'altération de leur santé mentale, par l'accumulation de problèmes (difficultés inhérentes à leurs pays d'origine, puis rencontrées au long des parcours) qui deviennent un fardeau quotidien.

P09/ « *Chez moi, c'est normal de pas avoir le moral, car il y a beaucoup de problèmes là-bas* ».

« *Peut-être, si tu es en bonne santé [mentale] tu vas penser les bonnes choses. Si tu es mal santé [mentale] tu vas penser les choses mal. Les deux c'est important. Les pensées, les choses que tu as vécues font que tu es mal dans le corps, là-bas dans mon pays, il y a beaucoup de problèmes, et ça va me suivre* ».

P11/ « *S'il est devenu fou c'est normal. Avec tout ce qu'il a encaissé* ».

Malgré les tentatives d'adaptation, l'absence d'un avenir assuré désespère certains et peu à peu, tout cela provoque une souffrance intérieure. En effet l'impossibilité de se projeter dans l'avenir ou de s'investir dans le présent est considéré par certains comme l'explication directe de leur mal-être :

P12/ « *On n'a pas d'avenir, on ne devient rien : c'est la base des maladies ici. Il y a des maladies que je découvre ici, ça n'existe pas dans les pays du tiers monde* ».

c) La résilience, ou la résistance à la souffrance mentale

Pour certains, la survenue de la pathologie mentale vient de la capacité de tolérance à la frustration :

P11/ « *La souffrance mentale vient du [...] manque de quelque chose que tu as envie. Quand tu es frustré, vous, avec tout le luxe, vous êtes plus frustrés et c'est plus facile la dépression* ».

L'absence de résilience (la résilience étant la capacité à résister aux difficultés ou à une situation traumatique) apparaît comme directement liée à la survenue de la maladie mentale :

P11/ « *Oui, les comportements et les esprits changent avec l'exil tu sais, mais pas toutes les personnes, il y en a beaucoup qui arrivent à garder tout ça, à économiser tout ça ; tu sais, on est créés différemment, mais parfois, il y a aussi des noirs qui n'encaissent pas* ».

2) Un concept cependant flou, le corps en expression directe

a) Ambivalence et confusion

Néanmoins, le concept même de Santé mentale est souvent mal compris, source de confusions et d'amalgames :

P13/ « *Je ne range pas le moral dans la santé [...] Attends, à la base, je peux pas les séparer le moral et la santé, je rectifie : les deux vont de pair* » .

Malgré l'adaptation des termes après trois entretiens (étouffement du terme de santé mentale avec les mots « moral, soucis... », et une tentative de définition préalable entre chercheuse et interrogé) la santé mentale était parfois apparentée à la mémoire ou à l'intelligence :

P08/ « *La mémoire c'est bon pour moi. J'entends tout, je pense trop et je connais beaucoup de choses* » ou encore par une absence totale de compréhension :

P02/ « *Mon moral, même tout de suite : ça ne va pas. Il est pas bon. Touche ma tête là. Mon moral y'a pas de problème* ».

b) D'abord le corps

Pour beaucoup, la santé concerne d'abord le corps qui exprime très bien par lui-même le mal-être :

P02/ « *Les problèmes c'est pas de la tête, ici, on parle beaucoup, on mange beaucoup, j'ai chaud quoi, c'est le corps, je ne dors pas bien, je ne mange pas bien, je ne bois pas bien.* » ou encore P11/ « *Mon problème c'est le vertige là* ».

Il existe également une ambivalence sous-jacente avec l'accent mis sur les maux de tête, qu'il faut soulager avant tout.

P04/ « *Tout est important. Quand ma tête elle fait mal, j'ai besoin des médicaments. Des fois, moi je me sens faible. Je n'ai pas de poids. Non, je dis que ma tête ça va, c'est tout mon corps qui fait mal. Quand ma tête elle fait mal : moi je parle pas. D'abord, je prends le médicament en Italie* ».

Tout cela illustre la difficulté de l'expression de la souffrance mentale.

3) Difficultés d'expression de la psyché et des événements passés

a) Sous expression de la souffrance mentale

L'expression de la souffrance mentale était difficile voire absente.

P04/ « *Quand ma tête elle fait mal : moi je parle pas.* »

P06/ « *Je n'ai jamais parlé de la tête. C'est pas facile car quand je veux parler de ça j'aime pas trop parler de ça.* »

P10/ « *Quand j'ai des problèmes, je ne peux pas parler* ».

Néanmoins, en parler peut être source d'extériorisation :

P10/ « *Si je parle, ça peut un peu me libérer dans ma tête [regard furtif] parce que quand je garde ça pour moi, je vois que ça vient du passé et ça me fatigue dans la tête.* » mais dans certaines conditions : « *Si je vois que la personne elle peut m'aider, peut-être je peux parler de mes soucis, parce que sinon je sais que ça va me fatiguer* ».

Ensuite, la santé mentale est difficile à aborder, et la pathologie psychiatrique reste bien souvent un domaine tabou, mal compris, qui fait peur.

P12/ « *Dans mon idéologie, la dépression au premier degré c'est quelqu'un qui va mal, triste, refermé* ». Puis il y a le deuxième degré : *là les gens ont des soubresauts, et là tu te retrouves aussi sans te rendre compte que tu as posé tel ou tel acte.*

Au troisième degré : là tu es inconscient ».

Le doute sur la capacité d'expression vis-à-vis de la santé psychique est également soulevé

P11/ « *Est-ce que la personne mentale elle va sentir qu'elle est mentale ?* » ainsi que l'aptitude même du patient à demander des soins:

P12/ « *Le médecin, va reconnaître que je suis mentalement malade, moi je ne vais pas consulter de moi-même si je suis malade dans la tête* ».

b) Nocivité de l'expression des événements traumatiques passés.

Dans nos sociétés, le bien-être psychique est important et largement abordé lors des consultations médicales. En Afrique, il l'est beaucoup moins. Plus de la moitié des entretiens souligne l'inutilité voire la nocivité de l'expression de la souffrance psychique.

Certains expriment la génération directe d'émotions négatives, comme la colère ou l'impuissance, lors de la verbalisation des faits passés sans y voir d'impact thérapeutique.

P08/ « [...] *on a vu des psychologues en Italie oui mais ça sert à quoi?* »

P06/ « [...] *je parle de ça, ça m'énerve un peu alors j'aime pas trop parler de ça* ».

D'autre part, les faits vécus relèvent pour certains d'une affaire strictement personnelle ; ainsi, un jeune camerounais s'insurgeait de se voir interrogé et mis à vif :

P14/ « *Ça m'appartient personne n'a le droit de voler mon histoire, je la donnerai à mes enfants, à personne d'autre !* » En effet, la solution aux maux vient du patient lui-même :

P11/ « *Il faut que lui-même [le patient] cherche la solution. Le docteur il peut peut-être rien faire !* »

Enfin pour d'autres, l'origine de la souffrance vient du « trop penser » : en évoquant ces nouvelles maladies européennes inconnues à leurs yeux (dépression, stress...) « *J'ai constaté, ici, les gens sont toujours sous pression, les gens se posent toujours des questions...* » ou encore, de rester focalisé sur le passé, évoquant qu'il fallait aller de l'avant.

P15/- « *Moi, je ne pense pas trop, car trop penser c'est pas bien. [...] Les choses difficiles, c'est déjà passé. Comme on dit le temps passé ne revient plus. Je ne parle pas de mes soucis au docteur, je sais pas si le docteur va pouvoir m'aider si j'ai des soucis : c'est comme ça* ».

Une manière d'éviter la rumination, de libérer l'esprit des pensées négatives.

4) Une affaire culturelle, l'impact des croyances

Grâce à la question de l'abord de la santé mentale, il a pu être exprimé dans certains cas, sans retenue, que la médecine européenne était inadaptée à traiter la part « psychique » des troubles car l'épistémologie de la cause et du sens étaient très différentes. Les croyances représentent ce que l'individu considère comme « vérité », elles aident à donner un sens à la vie.

Deux principaux types de croyance existent : premièrement les croyances personnelles qui résultent de l'expérience de vie et des valeurs familiales, puis les croyances culturelles, partagées par l'ensemble des individus issus d'une même culture. Toutes deux influencent les ressentis et les relations avec les autres mais aussi les pensées liées à l'identité et à la personnalité de l'individu.

a) L'exorcisme et la religion, seuls remèdes à l'altération de la santé mentale pour les migrants

En effet, en Afrique subsaharienne, la croyance culturelle de la possession des esprits par les « djinns » est largement répandue et conditionne ainsi la relation aux troubles psychiques mais aussi physiques ainsi que les relations sociales. Il faut recourir au « mourid », pratiqué par l'imam, afin d'exorciser les mauvais esprits grâce à la bonne parole : la sortie des djinns du corps du malade sera alors synonyme de guérison.

P11/ « [...] C'est la possession des « Sheitans » c'est la même chose que les djinns, la même famille tu sais, dans leur corps. Mais vous, avec les produits pharmaceutiques que vous utilisez ça ne guérit jamais ! Jusqu'à présent la médecine occidentale n'a pas réussi à connaître tout cela. Les croyants savent que chaque maladie a son remède. »

b) Une médecine occidentale impuissante

Le médecin occidental ne peut pas prendre en charge cette souffrance mentale : P09/ « Je ne peux pas parler du moral avec le docteur, car il cherche où je suis mal dans le corps, ou bien ? Il va pas me demander le moral : c'est un autre soin ! Le docteur, il peut pas guérir beaucoup, il peut pas donner médecine à ça ».

La pharmacopée psychiatrique est critiquée.

P11/ « Les produits pharmaceutiques ça ne guérit jamais celui qui a la possession. »

P15/ « (...) « avec vos sirops là, c'est encore pire ! »

P11 / « Tu sais, il n'y a pas une maladie qui n'a pas son remède. La science, elle pense pas ça ».

C. Vécus des parcours de soins

C.1 - EN AFRIQUE

a) - Au pays

Au pays, les soins sont payants et l'accès est donc réservé aux personnes ayant les moyens.

P13/ « *Au Cameroun, si tu n'as pas d'argent tu vas crever. Pour entrer à l'hôpital même tu dois déposer une caution* ».

P04/ « *J'ai quitté la Guinée à cause de la santé. On a souffri là-bas, il y a pas de médicaments.* »

Ensuite, les soins sont localisés en ville principalement et l'accès géographique est limité.

P09/ « *Au pays c'est pas facile, il faut marcher. Là- bas, dans le désert, c'est pas comme un docteur, ils vont te donner un médecin de maison quoi, mais après il faut aller loin en ville.* »

La médecine traditionnelle est souvent le premier recours aux soins, elle est pratiquée par la famille et par le tradipraticien :

P05/ « *C'était la maman qui me soutient, y'a quelqu'un qui soigne dans le village mais si on a les herbes, si ça dépasse le niveau de ta maman on va chercher quelqu'un qui connaît plus.* »

En Algérie et en Tunisie des soins primaires sont accessibles.

P07/ « *En Tunisie, j'allais à la prise de sang tous les 3 mois pour la grossesse alors je quittais la Lybie puis je revenais juste après ; le docteur il était bien j'ai vu plein de fois.* »

En Algérie, la pharmacopée est accessible, néanmoins le vécu face aux soins prodigués diffère :

P12/ « *En Algérie, je parlais français, en Kabylie. Très bien soigné, j'ai rien payé comme ici, la prise en charge était nickel, on m'a arraché la dent, des antibiotiques, des anti-inflammatoires* »

P13/ « *En Algérie : Les médicaments sont gratuits. Le système de soins n'est pas bien. On n'est pas acceptés là-bas surtout que tu es noir. Ça dépend des endroits. On peut te tuer à l'hôpital !* »

« *A Bichara si tu es séropositif, c'est tant pis pour toi. Ils vont te garder, hors d'état de nuire. Ils connaissent pas les médicaments.* »

b) - La Lybie, une zone traumatique et de non droits

La Lybie constitue un passage obligé pour la traversée de la mer Méditerranée jusqu'en Italie. La totalité des personnes interrogées sont passées par la Lybie. Les frontières y sont étroitement surveillées, le retour impossible.

P11/ *« C'est les rebelles, les milices, des bandits, ils nous arrêtent, ils nous fouillent font descendre du taxi, ils nous volent. Tu peux pas rentrer chez toi, toutes les frontières avec le Niger elles sont surveillées, tu es coincé ».*

Arrivés en Lybie, les exilés sont souvent vendus à leur insu et emprisonnés. Leur liberté se paye en travaux forcés, ou par pression financière sur les familles.

P03/ *« [...] et il est en train de nous torturer et d'appeler nos parents pour nous envoyer l'argent. »*

La Lybie est directement promotrice de morbidités sur le plan physique :

P01/ *« Avant de venir en France, j'étais pas en bonne santé parce que j'ai vécu deux ans dans la prison depuis 2015 en Lybie. »*

P02/ *« J'ai été blessé en Lybie [il montre des cicatrices sur ses jambes] des brûlures. Je suis restée deux ans. ».* Cette situation amène à l'autogestion et à des soins de fortune :

P09/ *« La fracture du pied, ils m'ont poussé du mur. Et je suis tombé, et après j'ai mis des branches là sur la jambe pour rester immobile. »*

Le passage en Lybie est également une source majeure de psychotraumatismes ancrés :

P10/ *« Ils ont tué quelqu'un devant moi » [elle pleure - sanglots] ».*

P04/ *« Ma femme elle a dû accoucher en prison en Lybie. Car j'ai subi beaucoup de tortures là-bas. Il y a eu beaucoup de problèmes, il y a une femme enceinte qui est décédée, il veut coucher avec la femme... [longue pause, soupirs]. Quand je parle de ça, ça m'énerve un peu, alors j'aime pas trop parler de ça. »*

C.2. - EN ITALIE

La dispense des soins s'effectue dans les « campos » (camps d'accueil des migrants). Le ressenti des prises en charge relève principalement des sentiments de manque et de rejet.

a) Le sentiment de manque

- Manque de dialogue et d'écoute

Le manque de dialogue avec le médecin est mal vécu :

P01/ *« Ils m'ont rien dit, ils m'ont dit « Aspetta » (signifie « Attends » en italien) . Et voilà, c'est le seul mot. »*

P11/ *« En Italie, il n'y pas de dialogue, ce n'est pas ce qu'on attendait, tu n'es pas le bienvenu. »*

P05/ *« Quand le genou me lance on me donne des médicaments pour me calmer, on m'a rien dit seulement. »*

Le manque d'écoute est également relevé :

P06/ *« A chaque fois que ma femme elle dit qu'elle est malade on l'écoute pas, il faut qu'elle tombe pour qu'on l'écoute ».*

P08/ *« le médecin il va écrire, il fait des papiers, il ne dit rien pour toi. Je n'ai pas connu le docteur ; il prend juste les papiers ».*

La barrière de la langue engendre un sentiment d'exclusion et un manque de compréhension et un sentiment de malaise.

P04/ *« Mais comme tu ne parles pas c'est fini : Niente ».*

P05/ *« Non je me suis pas senti compris, dans le campo : c'est eux qui nous dirigent ils savent pas ce qui va et va pas » malgré les traducteurs ».*

P10/ *« En Italie, on ne se comprenait pas. Ça ne marchait pas les comprimés. Je n'étais pas à l'aise. »*

Le manque d'autonomie est également un frein à un sentiment de bonne prise en charge. *« Le problème c'est les campos : tu ne peux pas faire quelque chose tout seul là-bas. »*

- L'absence de résultats biologiques

Les résultats biologiques ne sont pas communiqués, les migrants restent dans l'attente, sans retour de résultats.

P05/ *« Ils prennent le sang en Italie, mais on t'a rien dit, c'est positif ou pas ? seulement ils vont parler mais pour nous c'est juste attendre. »*

P08/ *« Ils ont pris mon sang mais ils n'ont pas donné les résultats du sang. »*

P10/ *« ils ont fait des prises de sang, mais pas de résultats ».*

- La confiance entravée par l'émergence de nouvelles représentations

Par ailleurs, les primo-arrivants perdent confiance dans le système de soins. Le manque de résultats biologiques et l'attente prolongée favorisent l'émergence de théories selon lesquelles les italiens commercialiseraient leur sang:

P02/« *En Italie : Ils prennent le sang pour le revendre aux vieilles femmes et aux vieux... »*

P14/« *Je pense qu'ils commercialisent le sang en Italie. »*

P11/ « *Tout ça pour faire les tests et chaque fin du mois c'est 0, (négatif) comme ça ! Ils vont faire quoi avec tout ce sang là-bas ? »*

b) L'attente et la stigmatisation

Le mot « racisme » est fréquemment utilisé dans les entretiens, P03/P04/P14 engendrant de la déception :

P03/ « *J'ai été déçu ».*

La stigmatisation est fortement ressentie :

P15/ En Italie : « *Quand vous venez quelque part on vous regarde toujours comme si vous avez la maladie».*

Certains examens sont vécus comme non justifiés,

P11/ « *Ils nous ont fait croire qu'on était tuberculeux 11 personnes ! Dans les campos, on est obligé d'aller chaque fin de mois, faire la prise de sang ! pendant six mois, je pars faire la prise de sang. Moi je suis pas malade !! On crachait pas, on avait rien ! (...)* »

L'attente et l'accès difficile aux médicaments engendrent la fuite et le départ vers la France.

P06/ « *Même si tu dis tu es malade, ça prend beaucoup de temps avant d'avoir du paracétamol, il faut que tu tombes vraiment pour montrer ».*

P10/ « *Moi-même je n'ai pas voulu attendre les résultats. Alors, je suis partie. »*

P13/ « *Pour avoir accès aux soins, en Italie tu peux attendre 45 jours, en France un jour c'est tout ! L'accès au médecin est une très longue procédure, d'abord tu vois le médecin de famille puis il te donne l'accès au spécialiste mais la réponse tu l'as dans 21 mois. Entre temps la maladie te ronge. Et ils te disent qu'« il faut boire beaucoup d'eau, ça va aller ».*

Le coût et la discontinuité des soins sont également critiqués « (...) *En Italie tu n'as pas les médicaments tout le temps, il faut revenir et dès fois ils donnent pas. »*

P02/ « *Et ils mangent l'argent, ils laissent nous comme ça».*

c) Conséquences et comportements induits

Certains expliquaient que la désespérance expliquait l'émergence de l'agressivité et aussi de pathologies mentales.

P11/ *« En Italie j'en ai vu beaucoup ils perdaient la raison car ils n'avaient plus d'espoir. C'est pas bon quand il y a plus d'espoir. Ils devenaient même agressifs. »*

Le départ vers la France est alors logique devant le « vide » ressenti en Italie:

P10/ *« Moi-même je n'ai pas voulu attendre les résultats. Alors, je suis partie ».*

P02/ *« Parce que moi j'ai entendu beaucoup de sénégalais : « Il faut venir en France, tu vas trouver quelqu'un qui va t'aider pour te soigner ».*

Ce départ est également un moyen d'avoir un « avis neuf » sur l'état de santé : P04/ *« Même les papiers (en parlant du dossier médical italien) je montre pas. Pourquoi ? parce que les systèmes c'est pas la même chose. Les français doivent savoir quelle maladie, quel problème. »*

D. Attentes vis-à-vis du Système de soins Français

D.1. L'attente d'un bilan de santé général, « check-up »

En général, les migrants sont peu exigeants envers le système de soins et demandent principalement une « visite globale » ou « check-up complet ». Ils s'en remettent à la compétence du médecin qui juge lui-même de la pertinence ou non d'examen complémentaires : P06/ *« J'attends que le docteur me fasse un examen sur tout mon corps : une visite médicale complète. »*

Pour certains, la peur des maladies transmissibles motive la demande d'un bilan biologique mais une ambivalence subsistait quant à la peur secondaire des résultats. La demande de moyens réside principalement en l'accès aux médicaments, mais avec une guérison attendue à long terme : le bon médecin attendu est :

P07/ *« celui qui guérit bien, pas celui qui donne les traitements là et dès qu'on arrête, ça revient. »*

D.2. Une confiance inhérente envers le médecin européen mais cela sous-entend « écoute et transparence »

Globalement, de par son statut et son exercice le médecin européen est hautement considéré par les migrants :

P13/ *« Je ne peux pas douter de sa compétence. »*

La confiance envers les professionnels de santé européens est bonne de prime-abord.

Il n'y a pas de différence de confiance selon le genre, les médecins hommes et femmes sont considérés de la même manière, néanmoins certains hommes préfèrent être pris en charge par une femme :

P04/ « *La femme elle sait, chez nous la maman, quand elle a fait l'enfant, elle dit la vérité, voilà mon idée.* »

Ensuite, une écoute véritable de la part du médecin était attendue :

P06/ « *J'aimerais bien qu'on prenne soin de ce que je dis* », ainsi que de la transparence: « *qu'il ne me cache pas quelque chose, puisqu'il voit tout. Il y a des médecins qui cachent, qui ne disent pas.* »

D.3. L'importance des explications et du suivi

Perdus devant un système inconnu, un sentiment d'infériorité se dégage et exclue une demande spontanée.

Les patients n'osent pas poser leurs questions :

P06/ « *On ne sait pas comment ça se passe, on ne sait pas bien comment s'exprimer, on n'ose pas tout*».

Certains attendent de la part du médecin un réconfort :

P01/ « *Réconfort pour rassurer, des règles à donner*».

Enfin, certains patients expriment qu'ils ne peuvent pas tout dire initialement, soulignant l'importance du suivi, afin de « s'appivoiser » mutuellement pour pouvoir secondairement se livrer. Cela était d'autant plus prégnant lorsque le vécu concernait les épisodes d'emprisonnements en Lybie:

P04/ « *On ne peut pas donner la confiance au docteur la première fois, il faut revoir le docteur et après on voit s'il ment, ou s'il dit la vérité, s'il est gentil, si on peut lui dire tout.* »

Ou encore:

P13/ « *Le docteur est comme un médicament il peut être amer, il peut être sucré, du moment qu'il guérit...* ».

IV - DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Limites et forces de l'étude

A. Limites

A.1. Limites de l'étude quantitative

a) Biais de catégorisation des données

Le biais de déclaration (âge, identité) favorise une possible sous-estimation de l'âge des patients, en effet, il existe un bénéfice direct à se déclarer mineur pour une régularisation plus rapide via le statut de mineur étranger non accompagné (MENA), on peut aussi craindre l'existence de doublons.

En effet, les données manquantes qui concernaient principalement l'âge et le pays d'origine, parfois aussi les noms des patients, favorisent là encore des doublons; ils limitent de ce fait la puissance de l'extrapolation à la population cible.

Cette dernière probabilité est néanmoins limitée par une recherche effectuée systématiquement, en fonction des orthographes différentes des noms et prénoms associées au pays d'origine dans les différents recueils de données.

b) Biais de traitement des données

Les limites de notre étude quantitative reposent également dans le diagnostic établi, qui n'était pas le reflet final de la pathologie. Ce fait s'explique notamment par le nombre de perdus de vue. Ainsi, de nombreuses pathologies ont pu être sous-estimées voire non diagnostiquées par manque d'examens paracliniques ou de réexamens au décours. L'exemple le plus probant est celui des gelures : en effet, la plupart des gelures étaient vues initialement, or l'évolution d'une gelure est importante pour statuer sur le stade final. Le suivi n'était souvent pas possible, les personnes poursuivant leur route.

Ainsi la stadification a pu être sous-estimée. En effet, durant l'hiver 2015-2016, 2 patients présentant des gelures de stade 4 avaient été amputés. Durant l'hiver 2018-2019, l'équipe des urgences a relevé un taux encore plus important de gelures et notamment des stades 4.

Pareillement, 40% des suspicions de bilharzioses sur hématurie chronique ont été perdues de vue. La prévalence positive de cette pathologie est estimée entre 36% et 39% (laboratoire du CHB et recueil de l'étude) mais a pu être là encore, sous-estimée. Des diagnostics cliniques ont d'ailleurs été obtenus sur recueil urinaire direct en cabinet de médecine générale, (auprès de personnes ayant recouvré le droit commun) objectivant la présence de parasites morts et évacués dans les urines à 7 jours du traitement probabiliste.

c) Période étudiée, effectifs et intervalles de confiance

La période de l'étude de 1 an et demi est courte, un aperçu sur deux ans aurait été plus intéressant notamment sur les pathologies liées au froid (hypothermies, gelures) pour avoir l'aperçu de deux hivers. Le faible nombre de sérologies effectuées (37 au total) ne permet pas l'extrapolation des résultats concernant les VIH, VHB, et VHC à la population source. Néanmoins ces résultats demeurent tout de même préoccupants.

Enfin, nous n'avons pas ici un échantillon tiré de manière aléatoire dans une population source, puisque nous avons l'intégralité des patients ayant consulté. Les intervalles de confiance ne sont pertinents que pour l'extrapolation depuis un échantillon vers une population source.

Des migrants auraient très probablement consulté s'il y avait eu une permanence continue au Refuge Solidaire. Ils n'ont pas pu, non pas parce qu'ils n'ont pas été tiré au sort mais parce qu'il n'y avait pas de permanence. Ainsi, ces patients peuvent avoir des caractéristiques particulières, différentes de la population étudiée. Les intervalles de confiance ne permettent pas de « contrôler » ce biais de sélection et donc ne sont pas plus pertinents ici.

A.2. Limites de l'étude qualitative

a) Biais principaux

La sélection des participants était basée sur le volontariat ce qui constitue une limite en soi. Par ailleurs, seulement des patients francophones ont été interrogés limitant ainsi la variation maximale de l'échantillon, mais ce critère n'avait pas été défini initialement.

Les questions étaient voulues et définies comme les plus ouvertes possibles et formulées de manière à limiter l'influence du discours de la chercheuse, néanmoins il ne peut être exclu que son statut de médecin, ou sa position sur certaines thématiques aient influencé les patients interrogés.

Par ailleurs, bien que parlant un français similaire, la sémantique peut être différente en fonction des pays d'origine. Ainsi les signifiés ont pu parfois être mal interprétés, mal compris. Aussi malgré un double codage, la sémantique identique chez les deux chercheuses a pu jouer en défaveur du signifié des interrogés.

Une mauvaise syntaxe des phrases retranscrites a pu également jouer en défaveur du signifié primaire. La déformation du jugement est soumise à l'influence des états affectifs. Les émotions et ressentis des parcours pour la plupart traumatiques impactent le discours, l'expression et son analyse. Pour beaucoup d'entretiens, malgré le caractère ouvert des questions -qui engage à laisser s'exprimer librement sans contrainte l'interrogé- les consultés évoquaient leur période en Lybie. Il leur était alors difficile d'aborder les éléments traumatiques passés, un sentiment de malaise, de gêne pour les deux interlocuteurs ou de forte compassion ressenti par la chercheuse ont pu parfois modifier le déroulement de l'entretien ainsi que l'interprétation des faits.

Enfin le biais de désirabilité sociale (9) qui consiste à répondre en cohésion avec les normes sociétales ou de manière « socialement désirable » est inhérent à toute recherche qualitative notamment lors d'entretiens semi-dirigés, il ne peut encore être exclu. Ainsi, le statut de médecin de la chercheuse, bien que présentée comme étudiante en médecine, pouvait engendrer des réticences à critiquer les systèmes de soins européens, notamment sur les attentes et ressentis face au médecin.

b) Limite du champ de la recherche

La principale limite de la recherche qualitative résidait sans doute dans le champ d'exploration très large. La volonté première d'avoir une vue d'ensemble depuis le point de vue des exilés demandait d'explorer à la fois les vécus et leurs propres définitions de la santé. Celle de savoir si la prise en charge leur était adaptée nécessitait de connaître leurs attentes face au système de soins. Tous ces éléments représentaient une grande matrice à analyser, et la catégorisation devenait parfois difficile selon une seule vision analytique. Les éléments relevés sont ainsi exploratoires et une étude dans chaque catégorie paraîtrait intéressante à développer à l'avenir.

B. Forces de l'étude

B.1. Atout d'une approche mixte

D'après Creswell si un sujet est méconnu, la meilleure méthode pour l'étudier est de faire une recherche mixte, à la fois qualitative et quantitative. (10) La pluralité des angles de vue en renforcent

la validité. Le couplage des deux études et les va-et-vient entre épidémiologie observée et les entretiens a permis, lors de l'analyse des résultats, de renforcer l'interprétation des résultats, notamment sur le travail de la santé mentale.

Le choix d'effectuer un travail qualitatif avait pour objectif d'approfondir la recherche en tentant de comprendre les comportements en santé de cette population. L'idée secondaire était de pouvoir lier et établir des ponts entre données objectives et comportements, explorés lors de l'étude qualitative.

B.2. Forces de l'étude quantitative

a) Des données nouvelles

Tout d'abord, nous n'avions jusqu'alors aucun aperçu quantifié de la demande en soins de la population migrante sur Briançon. La lecture « somatique » des symptômes présentés n'est pas forcément relevée dans la littérature. L'étude des symptômes laissés pour compte est donc un concept intéressant dans une analyse statistique descriptive.

Ensuite, le profil des migrants passant par Briançon est avant tout subsaharien, cela contraste avec les données européennes qui établissent que les demandeurs d'asile de « pays-tiers » en 2017, au sein de l'UE-28 sont principalement des syriens et irakiens.(1) On peut supposer -au vu de la période étudiée- que les flux syriens et irakiens n'ont pas été enregistrés, car antérieurs à l'étude, mais aussi que le passage par la Lybie filtre les arrivées depuis l'Afrique subsaharienne.

b) Validité interne

La totalité des dossiers classés « migrants » au CHB ont été traités, et l'intégralité des dossiers a été recueillie sur les lieux associatifs sur la période traitée. Notre population de 2198 patients représente la totalité des migrants nécessitant une consultation médicale.

Au total, une importante quantité de dossiers a été traitée : 2198.

Au vu de la pluralité des lieux de soins et du recueil des informations (lieu associatif et hospitalier), nous avons une quasi exhaustivité des données.

c) Validité externe

Correspondance des résultats avec la littérature : nos résultats quantitatifs sont relativement cohérents avec la littérature. Quelques divergences sont observables et seront discutées ci-après.

B.3. Forces de l'étude qualitative

Caractère innovant

Aucune étude qualitative antérieure n'a été réalisée sur la santé des migrants passant la frontière franco-italienne. Les études concernant les représentations culturelles et ethno-anthropologiques concernant la santé sont rares. Cette étude est donc innovante.

Le biais d'interprétation est limité par le double codage (effectué par la chercheuse et par sa directrice de thèse) ainsi que par la triangulation des données avec d'autres études de méthode qualitative différente.

La technique d'échantillon en variation maximale permet une bonne exploration globale et prend en compte la diversité des attentes et représentations. Elle est ici relativement bonne car les profils des personnes interrogées variaient en genre, en âge et en catégorie socio-professionnelle. La méthode par théorisation ancrée est bien adaptée aux objectifs initialement définis.

Les biais externes dus à l'environnement sont limités car les entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans des cadres connus et apprivoisés des patients (lieux de vie associatifs ou collectifs), facilitant l'expression. La pièce est neutre, la situation de face à face avec la chercheuse, sans influence extérieure permettait une attention et une écoute mutuelle de qualité.

2. Une PASS adaptée aux besoins et attentes

A. Une structure de proximité à évolution rapide

L'articulation entre la PASS mobile (de terrain) et la PASS fixe (sur l'hôpital), permet un accès facilité adapté aux missions attendues d'une PASS. (11) (12)

P12/« Pour le moment je ne propose rien pour améliorer. Parce que jusqu'à présent, je suis soigné comme le reste des personnes. Je suis pris en charge tout de suite. En France tu sais, ça va vite, par rapport à l'Italie. La PASS elle m'a permis, j'ai vu une spécialiste à l'hôpital. Une IRM je pouvais pas faire avec ma situation, par contre mon numéro de sécurité sociale était en cours, je ne peux pas faire l'examen car mon numéro n'est pas sorti. Au lieu de l'IRM on a fait l'arthroscanner. Tu sais, toute cette bousculade c'est super, on ne peut pas demander plus à l'homme. »

B. Une PASS adaptée au versant traumatique

Le COMEDE (Comité de santé pour les exilés) constitue une ressource fort utile aux soignants permettant d'avoir un aperçu global et condensé sur la santé des personnes migrantes en France ainsi que des recommandations de bonne pratique concernant ce public.

Le tableau suivant objective les principales maladies graves représentées par ordre de fréquence (parmi 13 684 personnes ayant effectué le bilan de santé entre 2007 et 2013) préconisé par le COMEDE.

Après comparaison des résultats avec les données de la littérature générale chez les populations migrantes, on remarque que les pathologies traumatiques aiguës sont surreprésentées à Briançon.

L'incidence des événements traumatiques est peu étudiée chez les populations migrantes, on se focalise volontiers sur le versant épidémiologique, infectieux ou psychiatrique. Comme le démontre le tableau suivant :

Maladie	Taux de prévalence globale pour 1000	Taux global femmes	Taux global hommes	Région de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	237	121	Europe de l'Est, Afrique Centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	110	48	Afrique Centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	52	44	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infections chroniques à VHC	19	25	17	Asie Centrale, Europe de l'Est et Afrique Centrale
Asthme persistant	17	14	18	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection à VIH-sida	12	27	6	Afrique Centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	11	3	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	5	5	Afrique Centrale et Caraïbes

Tableau 1: Taux de prévalence des principales affections graves pour 1000 patients

1. L'impact d'une frontière

Diverses études montrent qu'en zone frontalière, la concentration élevée de nombreux migrants favorise des situations de forte tension et donc l'accroissement des traumatismes (rixes, dégradation, vandalisme, prises de risque accrues, exaspération) (15) impactant directement sur les états des santé. En France, des résultats similaires ont été retrouvés dans la zone frontalière de Calais, avec des pourcentages très ressemblants. En effet, au SAU de Calais sur l'année 2015, pour 1462 migrants, la

part de traumatologie comme motif de consultation représentait 43%. Les rixes et les chutes représentaient la majorité des consultations ou encore les noyades pour 4% des cas. (13)

Par ailleurs, une étude dans la zone frontière de Mayotte, réalisée sur les immigrants provenant des Comores voisines n=272, montre que le versant traumatique représentait 31%, avec un tiers des patients hospitalisés gérés en service de chirurgie orthopédique : pour une majorité de fractures ou encore des plaies et/ou abcès. (14)

Concernant le versant traumatique aigu, notre étude retrouve, sur 766 patients consultant pour l'appareil locomoteur (soit 35,9% de l'effectif total) une majeure partie de traumatismes aigus (75,2% IC95% [72,14 ;78,25]).

Les principales hypothèses expliquant la prévalence haute des traumatismes aigus sur Briançon sont tout d'abord son caractère frontalier mais également le milieu spécifique de cette ville située en zone montagneuse, exposant à des risques de terrain entraînant des gelures, des cas d'hypothermie, des chutes parfois mortelles.

Dans notre étude, 63 des dossiers classés traumatologie, soit 14%, mentionnaient la notion de chute en montagne.

De plus, la confrontation directe à la frontière avec les forces de l'ordre et la police-aux-frontières (PAF) amèneraient à des comportements majorant les prises de risques. (16)

Aussi, 43 dossiers soit 8,9% des 483 dossiers classés traumatologie, mentionnent des poursuites alléguées avec les forces de l'ordre (« carabinieri », police aux frontières ou gendarmes). Ces informations sont probablement sous-estimées car n'ont pas été systématiquement recueillies dans les dossiers. Par exemple, durant l'été 2017, 2 cas de polytraumatismes sont survenus suite au saut d'une barre rocheuse au col de l'Echelle, afin d'échapper aux forces de l'ordre. Une personne a dû être transférée à Grenoble pour un HSD, HSA, hématomes intracérébraux multiples, associé à un fracas du massif facial, lacération splénique et contusions pulmonaires. Ensuite, on dénombre 2 morts lors de poursuites avec les forces de l'ordre : par chute mortelle dans un ravin et chute dans un torrent. Ainsi la prise de risque en zone frontière serait accrue. (17) (18)

Les centres de soins de la ville de Briançon sont donc confrontés à une prévalence plus élevée de traumatismes et doivent être préparés en conséquence. La PASS constituée d'urgentistes s'adapte bien et répond bien à la demande de soins sur le versant traumatique.

2. Des traumatismes anciens secondaires à la torture

Sur le versant traumatologique, le COMEDE dans son rapport de 2014 fait mention de pathologies traumatiques en lien avec la torture, dont la prévalence est d'ailleurs estimée entre 17 et 21%, mais ce sont essentiellement des séquelles traumatiques et donc à caractère ancien.

Dans notre étude 88 patients des 483 traumatismes répertoriés ont d'ailleurs des pathologies locomotrices chroniques directement séquellaires à la torture soit 18,2% (IC95% [14,78 ;21,66]). Nos résultats corroborent ainsi les constatations de COMEDE.

C. Une confiance globale des usagers envers la PASS, l'importance des représentations

L'étude qualitative a permis de révéler une confiance inhérente dans le système de soins français et en son personnel soignant.

Mais elle souligne l'importance d'une prise en considération des croyances culturelles et des représentations spécifiques de son public, notamment dès que l'on doit faire une prise de sang ou lors de l'abord de la santé mentale.

La population migrante à Briançon comme décrite et expliquée auparavant est principalement constituée de personnes d'Afrique subsaharienne et la part de musulmans y est donc particulièrement représentée.

Dans le Coran, il est écrit que *« Dieu a créé l'homme à partir d'un caillot de sang. La tradition musulmane parle du sang comme de l'«âme liquide» (nafs al-sa'ila). L'âme se trouve ainsi dans le sang »*. Des études anthropologiques montrent que *« certaines personnes pensent que leur sang donné continue à véhiculer leur identité, en transmettant aux individus qui le reçoivent des aspects de leur personnalité ainsi que certains aspects moraux, culturels et somatiques, qui peuvent être bénéfiques ou maléfiques »* (19)

L'enquête qualitative a également souligné l'importance d'explorer le vécu des prises de sang. En effet l'amalgame entre prise de sang à visée diagnostique et don du sang (non consenti) était

largement répandu, amenant à de fausses croyances ou théories, entravant la relation de confiance. Ainsi la théorie du commerce du sang en Italie, qui amenait les migrants à penser que les prises de sang effectuées étaient détournées de leur but diagnostique au profit de la population italienne leur était insupportable. Cette croyance est également mentionnée dans une enquête de Médecins du Monde réalisée en août 2018. (14)

Enfin, dans une étude qualitative menée en 2008, Fantauzzi va même plus loin en montrant que pour les immigrants marocains de Turin, donner son sang contribue à une adoption fictive par la société du pays d'accueil (l'Italie). « *Par le biais de cet acte, le don altruiste de l'immigrant pourrait permettre aux immigrants de renforcer leur sentiment de citoyenneté et d'intégration à la société locale, au moins symboliquement.* (20)»

Il n'est donc pas anodin de donner son sang ni d'effectuer une prise de sang pour certaines personnes migrantes. Ces différentes conceptions méritent d'être approfondies dans des environnements cliniques où la relation avec cette substance est principalement liée à des raisons médicales. Prendre en compte ces considérations permet au soignant d'adopter une approche plus adaptée envers le patient, de pouvoir expliquer son attitude en désamorçant d'éventuelles idées préconçues (prélèvement à visée diagnostique et non commerciale), d'aborder les soins sous un angle culturel, d'ainsi gagner en confiance.

D. L'amélioration de la prise en charge sociale

L'accompagnement social fait partie des missions primaires d'une PASS. Depuis juillet 2018, une assistante sociale travaille à temps plein en partenariat avec la PASS, cela a permis d'améliorer considérablement les délais d'accès au droit commun des exilés.

3. Une PASS défaillante et limitée

A. Versant Infectieux

Notre étude relève un nombre important de sérologies positives (48% IC95% [32,64 ;64,75])) lorsque réalisées. La validité des résultats est ici fortement discutable compte tenu de la faible taille de l'échantillon n=37.

Cependant on observe 4 cas de VIH, (10,8% IC95% [0,81 ;20,81])) 14 cas de VHB (37,8% IC95% [22,21 ;53,47])) et 1 cas de VHC (2,7% IC95% [0 ;7,93])) sur 37 bilans demandés.

Ensuite, les sérologies étaient souvent effectuées en cas de suspicion accrue – principalement sur les données de l’interrogatoire ou cliniques (présence d’hépatomégalie)- aussi une surestimation des taux est bel et bien possible. Néanmoins ces chiffres restent fortement préoccupants.

A.1. Contexte et itinérance : des freins au dépistage

D’après le système de soins italien en vigueur lors de l’enquête, un premier dépistage par bilan sérologique était effectué par les instances de santé lors de l’arrivée des migrants. Or beaucoup des primo-arrivants déclarent ne pas avoir eu accès à leurs résultats biologiques en Italie. De plus, l’étude qualitative révèle que les documents italiens peuvent être préjudiciables au passage transfrontalier pour des raisons administratives. Ainsi, la plupart des primo-arrivants n’ont pas sur eux leurs résultats sérologiques à leur arrivée en France.

Enfin, certaines personnes abandonnent leurs dossiers médicaux effectués en Italie pour avoir un regard neuf sur leur santé : *P04/ « même les papiers (en parlant du dossier médical italien) je montre pas. Pourquoi ? parce que les systèmes c’est pas la même chose. Les français doivent savoir quelle maladie, quel problème. »*

De par sa position frontalière, Briançon est une ville transit, où les primo-arrivants bien souvent, ne restent pas. Ainsi les sérologies demandées peuvent l’être à perte, car les patients ne sont souvent plus sur place lors des résultats (transmis à 5 jours).

Pour la plupart, les sérologies n’étaient donc pas demandées ; néanmoins tout l’enjeu ici est de savoir à combien de temps les migrants primo-arrivants iront consulter, pour effectuer le bilan recommandé par le Haut conseil de Santé publique (mai 2015) en principe dans les 4 mois suivant leur arrivée.(12)

Aussi faudrait-il avoir une idée du délai de réalisation des premières sérologies des primo-arrivants après leur passage à Briançon.

D’après une étude réalisée à Paris sur des données de 2008, le temps moyen en années, depuis le dernier test de dépistage du VIH est plus court chez les immigrants subsahariens et les immigrants du Maghreb (respectivement 2,15 et 2,53 ans) que chez les Français nés dans le pays (4,84 ans). Mais les délais pour effectuer les sérologies restent encore longs. (22)

Ensuite, selon les données InVS (Institut national de Veille Sanitaire) de 2008, une partie des contaminations chez les migrants d’Afrique subsaharienne se produisent en France. En effet, il établit que « 14 % des personnes nées en Afrique subsaharienne ayant découvert leur séropositivité VIH en

2008, sont contaminées dans les 6 mois précédant leur diagnostic, et que 20 % sont infectées par le VIH-1 de sous-type B, présent en Europe de l'Ouest et quasi-inexistant en Afrique ». Ces résultats sont renforcés par une étude parue dans le BEH de 2015, selon laquelle le VIH serait contracté (dans 35% à 49% des cas) après l'arrivée en France des migrants. (21)

D'où la nécessité de poursuivre des campagnes de prévention ciblées.

Selon une publication du BEH en 2012, les migrants (et particulièrement ceux originaires d'Afrique subsaharienne) sont 7 à 10 fois plus exposés au VHB, à la tuberculose et au VIH que la population non migrante. (23)

A.2. Le VIH :

En France la prévalence du VIH est de 150 000 personnes infectées soit 0,22% de la population générale, avec une incidence estimée à 6500 nouveaux cas par an (selon les données SPILF et BEH 2018). Sur les découvertes de séropositivité en France en 2008, l'InVS observe une majeure partie chez les subsahariens (68%) et un risque accru concernant les patients originaires du Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Congo, République démocratique du Congo et du Sénégal.

Le COMEDE établit une prévalence à 12 pour 1000 consultants.

Dans notre étude, les 4 cas de VIH sur 37 sérologies représentent 10%, ce qui est très élevé.

A.3. Le VHB :

Concernant l'hépatite B, selon l'InVS, la prévalence en France est inférieure à 1% en population générale. Celle du portage de l'antigène Hbs (Ag Hbs) est estimée à 0,65 %, dans la population adulte métropolitaine. La prévalence estimée de l'hépatite B chez les migrants en situation de précarité sociale approche les 7%. Une étude récente menée en 2015 en Italie du Nord (région de Brescia) conforte ces chiffres en montrant une prévalence de 6% du portage de l'Ag Hbs dans la population migrante. (24)

En Afrique subsaharienne la prévalence de l'Hépatite B est supérieure à 8%. (25) (26)

Nous avons dans notre étude 14 cas de VHB rapportés (pour le faible nombre de sérologies demandées 37 au total) soit 37,8% (IC 95% [22,21 ;53,47]) de sérologies positives au VHB. Ces

pourcentages ne sont bien sûr pas significatifs, au vu du faible effectif de sérologies réalisées. Cependant le VHB constitue la principale IST retrouvée.

A.4. La tuberculose :

Concernant la tuberculose en France, sa prévalence est de 7 pour 100 000 habitants selon les données INVS (4741 cas déclarés en 2015). Le taux moyen de tuberculose dans la Région européenne est de 39 pour 100 000 habitants.

L'incidence de la tuberculose dans les pays d'origine est très hétérogène : elle oscille de 17 nouveaux cas pour 100 000 habitants en Syrie, à 338 nouveaux cas au Nigéria (Données OMS 2019).

Notre étude révèle que 16 des 35 suspicions de tuberculoses (45,7%) reviennent positives, parmi lesquelles 9 (56%) sont actives (soit un quart des suspicions initiales).

Selon les données du COMEDE, on retrouve une prévalence de la tuberculose à 5 pour 1000 consultants, ce qui correspond globalement à nos données de tuberculose active.

A.5. Les sévices sexuels :

Ensuite, de nombreuses et récentes études montrent que la population migrante est surexposée aux violences sexuelles, au long de leurs parcours migratoire (27) (28) (29). Une autre enquête réalisée au Maroc auprès des réfugiés révèle que parmi les 154 migrants subsahariens interrogés, 90% ont signalé des cas de victimisation multiple : victimisés personnellement ou contraints d'assister à la victimisation de parents ou de co-migrants ; 45% avaient subi des viols sexuels individuels ou principalement collectifs ou l'obligation de commettre de tels actes envers d'autres migrants. (30) (27)

Le problème des violences sexuelles est également largement décrit dans les pays d'accueil (31). Ces éléments permettraient d'expliquer la prévalence d'IST contractées après leur arrivée en Europe.

En effet, comparés à la population en général, (pour laquelle les violences sexuelles subies sont estimées entre 1,3% et 7,8%) (32) les réfugiés, demandeurs d'asile et migrants sans papiers sont nettement plus exposés : jusqu'à 28,6% des hommes et 69,3% des femmes migrantes ont été victimes de violences sexuelles et depuis leur arrivée en Europe, de la part de professionnels et de citoyens européens dans 20 à 33% des cas, respectivement. (31)

Une méta-analyse de la littérature concernant les politiques européennes sur ce sujet conclue que « les cadres juridique et politique actuels en matière de violence, de migration et de santé des

migrants ont un champ d'application trop étroit de la violence sexuelle : en se concentrant uniquement sur la victimisation des femmes, en ignorant les plus vulnérables, se concentrant principalement sur la victimisation dans les pays (la violence sexuelle comme arme de guerre, la torture, le trafic) ou les cultures d'origine (comme les mutilations sexuelles féminines). Ainsi les campagnes de prévention sanitaire sont-elles insuffisantes en raison de tous les facteurs non pris en compte.

Les résultats quantitatifs montrent une large proportion de pathologies de la marge anale, avec des abcès, des fistules, et des interventions chirurgicales souvent nécessaires. Cette prévalence particulière amène à s'interroger sur les facteurs de risques éventuels. Dans les dossiers, les données concernant des abus sexuels antérieurs ne sont pas recueillies. Cela est difficilement abordable car touche à l'intimité profonde du patient, néanmoins au vu de l'importante exposition de cette population à ces pratiques, et à leurs conséquences sanitaires, l'anamnèse doit s'atteler à les rechercher. Aucune étude scientifique n'établit clairement de lien direct entre fistule anale et traumatisme anal. Des études plus poussées mériteraient d'être réalisées sur ce versant afin d'étudier le lien entre traumatisme subi et prévalence des pathologies de la marge anale dans cette population.

A.6. Pathologies tropicales :

Enfin certaines pathologies courantes sont mal connues des médecins européens comme la bilharziose urinaire (qualifiée de « maladie tropicale négligée » selon l'OMS depuis 2017) (33). Sa prévalence reste fortement élevée pour les populations d'Afrique subsaharienne (10 à 50%) selon les données INVS 2016. (34)

La bilharziose représente dans l'étude quantitative, 14% de l'entité infectieuse.

La plupart des suspicions de bilharzioses urinaires n'a pas forcément été traitée et une large part des patients perdus de vue (41,38%).

Le diagnostic est d'ailleurs mal aisé. Il est établi par la détection des œufs après filtration des urines mais cette méthode fait preuve d'un manque de sensibilité en raison de la variabilité de l'excrétion des œufs au cours de la journée. Des méthodes immunologiques basées sur la détection d'antigènes ou d'anticorps sont également utilisées mais elles manquent de sensibilité ou de spécificité : en cela, deux méthodes devraient être combinées pour en améliorer le dépistage. (35) Néanmoins les coûts sont conséquents (de l'ordre de 60 euros pour une sérologie.)

Aussi, devant une hématurie chronique chez les primo-arrivants, le COMEDE préconise un traitement d'épreuve par ivermectine.

Ces pathologies gagneraient à être mieux connues des soignants et médecins généralistes qui représentent, par la suite un chaînon capital de la filière de soins face à ces populations.

B. La santé mentale : renforcer les diagnostics et la prise en charge

B.1. La santé mentale sous-évaluée

La corrélation migration et troubles psychiatriques a largement été établie dans plusieurs études depuis des décennies. (36)

Dans l'observation du COMEDE parmi les 13 684 personnes ayant effectué le bilan de santé (entre 2007 et 2013) la principale cause de maladie grave était le psychotraumatisme avec un taux de prévalence globale à 153 pour 1000 soit 15,3%. Ce taux était variable et pouvait atteindre 255 pour 1000 chez les populations d'Afrique de l'Est ou de l'Ouest soit 25%.

Les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente chez les exilés et ce, plus particulièrement chez les demandeurs d'asile et les réfugiés (4) (31).

Cependant malgré cette haute prévalence, de nombreuses études montrent que le statut d'immigré est associé à un taux plus faible de recours aux soins de santé mentale et cela même en cas de droits ouverts. Une étude qualitative réalisée en 2017 auprès de mineurs non accompagnés dans les PASS, révèle d'ailleurs qu'aucun des interrogés n'aborde la santé mentale. (4)

Ce faible taux de recours est expliqué principalement par les barrières linguistique et culturelle. (38)

Dans notre étude, la pathologie psychiatrique représente 3% (IC95%[2,37 ;3,82]) de l'ensemble des consultations contre 6% des consultations de la PASS chez les populations migrantes répertoriées à Calais (sur 13 902 passages en 2014) et contre les 15% estimés de prévalence du psychotraumatisme chez les exilés (4).

Comme en témoigne le versant quantitatif, les symptômes laissés pour compte sont nombreux et non systématiquement associés à la souffrance mentale mais une PASS doit répondre aux objectifs globaux de santé publique et notamment prendre en charge le versant psychologique.

B.2. Une difficulté de prise en charge inhérente au domaine psychique

La diversité des facteurs entrant en compte dans l'expression de la santé mentale en fait, à la base, une entité complexe à aborder et à prendre en charge. Ces principaux facteurs sont la situation socio-économique précaire et urgente des primo-arrivants, la période de séjour écourtée, mais également les représentations et conceptions de la maladie mentale liées aux croyances culturelles.

En France, les professionnels de santé sont formés à la psychiatrie mais de manière très hétérogène. Actuellement, l'enseignement de la psychiatrie durant le cursus universitaire de médecine générale reste limité, les stages pratiques ne sont pas obligatoires. (39) Des études menées auprès des médecins généralistes montrent d'ailleurs qu'ils ne sont souvent pas à l'aise dans la prise en charge psychiatrique. « De nombreuses études ont montré une sous-détection et une prescription inadaptée concernant la prise en charge psychiatrique chez les médecins de soins primaires. La difficulté à caractériser les troubles psychiatriques vus en soins primaires est très souvent abordée.» (40)

La sémiologie de la maladie mentale, qui diffère selon les cultures, a d'ailleurs été largement étudiée comme le traduit l'émergence du courant ethno-psychiatrique avec Georges Devereux puis Tobie Nathan dans les années 1954-1970 (36) menant en 1993 au concept de « consultation d'ethnopsychiatrie » développée au centre Georges Devereux, à Paris avec des professionnels polyglottes.

Une étude aux Pays-Bas, révèle que les médecins généralistes ont reconnu de nombreux problèmes de santé mentale chez les mineurs étrangers non accompagnés (MENA). Les faibles taux de consultation, la somatisation, le nombre élevé d'autres problèmes associés, le manque de confiance dans les professionnels de santé, les différences culturelles au niveau des croyances en matière de santé et la barrière de la langue, empêchent de consigner ces problèmes et de fournir les soins appropriés. (41)

En situation d'urgence : la santé mentale n'est pas une priorité.

Premièrement, on peut supposer que l'arrivée récente, imminente dans « le pays d'accueil » ne laisse pas de répit aux primo-arrivants. La localisation frontalière de la ville de Briançon crée une situation particulière de recours aux soins, où les notions de pérennité et de suivi s'effacent.

En effet, la priorité du primo-arrivant est de régulariser sa situation administrative, de s'orienter vers une « ville-préfecture » afin d'ouvrir ses droits (logement, demande d'asile, etc...). On peut supposer que la nécessité d'action occupe l'esprit et ne laisse qu'une moindre place à l'expression et à la verbalisation de la souffrance mentale :

P01/ *« La sécurité c'est mon objectif permanent, et après vient la santé, et après le système d'éducation, c'est ce qui m'ont poussé de venir. »*

Le statut particulier de la PASS, constituée d'urgentistes, l'amène avant tout à éliminer la pathologie grave organique et la prise charge psychologique n'a pas sa place. Pourtant une PASS doit répondre aux objectifs globaux de santé publique et notamment prendre en charge le versant psychologique. (12) La médecine sociale et de précarité est une discipline à part entière. Les médecins de la PASS, en tant qu'urgentistes ne sont pas forcément formés pour appréhender ce versant.

Devant cette fréquente non considération des passés traumatiques et du psychisme –à la fois par le malade et les soignants-, le corps reste ainsi une voie d'expression privilégiée.

B.3. La somatisation intrinsèque à la condition de migration.

Différents chercheurs estiment que la somatisation est un phénomène répandu chez les populations migrantes et ce, particulièrement en Afrique subsaharienne. La force des tabous entourant les troubles de santé mentale en serait la cause principale. (42) (43) Selon une équipe de santé mentale à Besançon intervenant auprès des publics migrants, les somatisations sont fréquentes avec essentiellement des céphalées, vertiges, rachialgies, douleurs thoraciques, gastralgies, manifestations dermatologiques.

Une étude menée en Australie, observe une forte prévalence des somatisations sur le versant digestif. (44)

Enfin, une étude récente réalisée en Israël auprès de 200 migrants russes, montre une somatisation également importante associée à une plus forte demande de soins. Les plaintes somatiques les plus

communes étaient la douleur thoracique, la sensation de faiblesse dans différentes parties du corps, et les nausées. (45) Mais attention, le risque est d'attribuer le diagnostic de somatisation à outrance sans en considérer la cause qui est d'ailleurs souvent considérée comme grave chez ce public. (46)

B.4. Les troubles somatoformes en reflet du psychotraumatisme

Selon le rapport 2014 du COMEDE le plus souvent, les symptômes post-traumatiques ne sont pas spécifiques et « les douleurs très fréquemment rapportées dans ce cadre sont les céphalées chroniques et invalidantes, les douleurs abdominales, thoraciques, lombaires ou de toute autre partie du corps, parfois attribuées aux sévices subies. » Egalement fréquentes, les insomnies sont rarement évoquées spontanément et font cependant partie de la symptomatologie de l'anxiété et du SSPT selon la définition du SSPT du DSM V. (47)

Dans notre étude certains patients font part de symptômes initialement non compris par les professionnels de santé, car sans aucune anomalie clinique associée :

« Dès fois je fais le vertige la nuit, ça va pas. Mon sang est faible il est à 29°C. » alors initialement non analysés comme symptômes de l'anxiété. Le COMEDE insiste d'ailleurs sur le fait que la prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression ou un SSPT (4).

Nos résultats quantitatifs en corrélation avec le qualitatif renforcent l'hypothèse des troubles somatoformes.

En effet, un tiers des douleurs abdominales restaient inexpliquées (malgré des examens parfois invasifs), 43% des douleurs thoraciques revenaient avec un bilan qualifié de « normal », la moitié des céphalées étaient non précisées ou étiquetées « de tension ».

De plus, lors de l'étude qualitative, douze des quinze entretiens réalisés retrouvent des notions de torture ou violences subies les exposant directement au SSPT.

Néanmoins, le diagnostic de SSPT face aux manifestations de l'anxiété n'est pas souvent évoqué car mal connu des soignants et les symptômes laissés pour compte.

Le « bilan de santé » est nécessaire pour écarter une pathologie urgente, ou donner sens à ces signaux du corps, cependant si un travail psychothérapeutique n'est pas amorcé, alors la récurrence de plaintes, l'aggravation de la pathologie et la redondance d'examen s'instaurent. (48)

B.5. « Parler pour libérer » : un concept européen

La plupart des entretiens montrent que parler de la torture (quasi systématique lors des passages en Lybie ou alors dans les pays d'origine) est difficile voire parfois impossible.

Le COMEDE établit que la torture est plus fortement évoquée par les communautés Guinéenne (30 %), Congolaise (26 %) et Mauritanienne (18 %). La communauté guinéenne représente 30% de nos patients sur Briançon. Un récent rapport de Amnesty international décrit des conflits armés dans le Nord du Cameroun, et au Nigeria avec des actes de torture. (49)

L'approche thérapeutique par la psychanalyse et la psychothérapie, fondée sur notre représentation du bienfait et de la nécessité de la parole, est un héritage européen que l'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres cultures. Parfois cette approche est rejetée et ressentie comme une atteinte à l'intimité. Le sentiment de honte (sévices sexuels, dégradation du corps) est également un frein à l'évocation du passé traumatique (4).

Les codes culturels viennent réguler la nature de ce qui peut être manifesté ou non, ainsi la diversité expressive des émotions en fonction des cultures, explique le fait qu'il n'est pas spontané d'exprimer son mal-être à autrui.

Enfin la représentation étiologique limite également le cadre de son expression. Ainsi, pour certains, le « mauvais sort » et la « possession de l'esprit par les djinns » sont les principales causes reconnues de la maladie mentale. La thérapeutique recherchée est alors la prière et/ou le recours aux représentants religieux ou encore aux « tradi-praticiens ».

La médecine occidentale et la pharmacopée psychiatrique, comme nous l'avons vu au cours des entretiens, effrayent souvent les patients. La médecine occidentale est parfois jugée comme dangereuse,

P13/ *« vos sirops là, ça rend encore plus fou ».*

Seul le travail de l'entourage proche et à long terme peut aider :

P11/ *« Il faut que lui-même [le patient] il cherche la solution le médecin il peut rien faire ».*

La médecine occidentale ne les engage donc nécessairement pas à aborder la souffrance psychique lors d'une consultation.

Enfin, les tabous sont autant de freins pour évoquer les troubles mentaux. Une étude canadienne explorant les représentations en santé mentale auprès de migrants subsahariens montre qu'il est « toujours » mal perçu de parler des troubles mentaux dans leurs pays. (50)

4. Perspectives : des clés pour pallier le suivi

A- Sensibilisation et formation des principaux soignants impliqués

Tout d'abord, il semble important de former et de sensibiliser les professionnels de santé impliqués (PASS, SAU, infirmiers, médecins généralistes et ou bénévoles) à envisager la possibilité de la variabilité interculturelle dans l'expression et la signification des symptômes et à connaître le parcours du public concerné.

A.1. Quelques notions pour les soignants

Le Haut comité de Santé publique, dans la réévaluation des recommandations en vigueur vis-à-vis des primo-arrivants migrants prône l'intérêt de la formation des professionnels pour augmenter leurs compétences culturelles. En développant des formations qui font partie du cursus initial des études médicales dans plusieurs pays Européens et en soulignant les bénéfices de l'intervention de médiateurs culturels pour améliorer la qualité des soins. (12)

En premier lieu, il semblerait intéressant d'exposer l'approche culturelle aux soignants, faire une présentation succincte de certaines représentations : celles du sang -indicateur direct du ressenti sanitaire-, de la santé mentale ; mais également considérer les tabous et la relation différente à l'expression de la souffrance mentale. Elles sont autant d'éléments à prendre en compte dans la manifestation de la maladie.

A.2 Versant somatique et psychiatrique

Sur le versant psychiatrique, des formations semblent nécessaires afin de déceler les pathologies graves et fréquentes chez ces populations. Le syndrome de stress post traumatique (SSPT) ou les troubles somatoformes sont des pathologies fréquentes.

Le SSPT, pathologie grave, peut de plus, revêtir des formes diverses (éléments d'allure dissociative) prêtant à confusion et pouvant faire évoquer à tort un diagnostic de schizophrénie. (51) L'échelle PCLS (*Posttraumatic stress disorder CheckList Scale*) (Cf ANNEXE 6) est un outil simple et utile au dépistage du SSPT. Elle est d'ailleurs utilisée et validée par le service de santé des armées depuis 2011. Elle répertorie 17 items, avec un score maximal de 85.

Avec le score seuil de 44 pour le diagnostic de SSPT, la sensibilité est de 97 % et la spécificité de 87 %. Avec un seuil à 34 l'échelle PCLS permet avec une sensibilité de 78 % et une spécificité de 94 % de repérer les sujets relevant d'une prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique au-delà de la présence ou non d'un SSPT. (52)

Enfin, le diagnostic de somatisation ne peut être laissé pour compte, la souffrance mentale associée sous-jacente doit être considérée.

La sémiologie spécifique au SSPT et aux troubles somatoformes doit être reconnue afin de pouvoir amorcer l'abord psychique et de limiter des recours itératifs et une surenchère d'examens, surtout lorsque la demande est multiple et non cohérente

Enfin, certains éléments-clés de l'anamnèse personnelle devraient plus volontiers être abordés avec les exilés, comme les sévices subis précédemment décrits. (53)

Pour terminer, une fois la pathologie objectivée ou reconnue, un endroit dédié pour la prise en charge de la santé mentale au sein de la PASS semble important à développer et à mettre en réseau avec les autres professionnels de santé impliqués. Cela pour les patients restant à terme dans la région ou lorsque l'état psychique est gravement entravé et nécessite des soins urgents.

A.3. Une cellule psychologique à l'ébauche

La multiplication des freins et des problèmes socio-économiques (stigmatisation, exclusion, statut de « rebutés », difficultés d'intégration et d'installation) dans le pays de demande d'asile inscrit l'exilé dans une situation de « psychotraumatisme complexe ». (54)

Ainsi, chez le migrant précaire, une expérience traumatique risque de réactualiser l'expérience traumatique précédente, amenant au concept de traumatismes empilés ou encore « trauma complexe ». Cette situation peut aggraver une pathologie mentale sous-jacente mais aussi augmenter le risque de développer une pathologie psychiatrique dans le futur.

Selon les observations du COMEDE, le délai d'amélioration suite à la prise en charge de la santé mentale est de 9 mois. Un suivi à long terme est donc nécessaire.

Nous avons montré que l'itinérance des primo-arrivants -empêchant la notion de suivi- est le frein majeur à débiter une prise en charge de la santé mentale.

Pourtant des structures permettant des consultations d'ethnopsychiatrie sans suivi existent. Le centre Frantz Fanon, au cœur de Turin en est un exemple ; structure associative créée en 1997 elle propose à des patients réfugiés des entrevues avec des professionnels spécialisés (psychothérapeutes ou psychiatres bénévoles) et suit ainsi 200 personnes par an. L'association turinoise Marco Cavallo opte pour une démarche de terrain en allant à la rencontre des réfugiés sans attendre l'amorce d'une demande de leur part. « *Nous faisons de la psychiatrie de rue, nous consultons là où les gens sont : (...) sur un banc dans un centre d'accueil, parfois chez eux, parfois chez nous.* »(55) Le diagnostic n'est alors plus un but, mais l'écoute est favorisée permettant à la personne de se réinvestir.

En France il existe des structures similaires, à Paris dans le VIII et XVIIIème arrondissements (Hôpital Maison Blanche et Centre Georges Devereux), à Bordeaux avec des soins psychothérapeutiques et de prévention auprès des populations migrantes, visant également une meilleure intégration de ces populations dans les quartiers.(55)

Enfin, une partie des migrants est accueillie à plus long terme dans la région (accueils CADA de Gap et de Briançon) comme en témoignent les consultations chez les généralistes. Au vu des demandes existantes locales, il semblerait judicieux de développer un réseau avec des psychiatres et psychologues.

L'objectif à long terme serait de limiter des recours aux urgences inutiles, ainsi que des comorbidités ou aggravations ultérieures.

Une cellule psychologique est actuellement en projet avec l'association MdM sur les lieux associatifs. Néanmoins, son utilisation par les usagers reste faible et son ouverture est directement tributaire des horaires de psychologues bénévoles. Réfléchir à ce projet en partenariat avec la PASS et prendre en considération les freins et barrières décrites précédemment pourrait permettre d'en améliorer les modalités et le fonctionnement.

A.4. Versant infectieux et tropical spécifique

Certains messages spécifiques auprès des soignants concernant le versant infectieux sont à souligner (aspects spécifiques médicaux : la prévalence des IST, la Bilharziose, les parasitoses digestives principales tropicales, les sévices et séquelles de tortures : liens entre fistules anales, violences subies et IST). L'anamnèse devrait s'appliquer à rechercher certains facteurs de risques

chez ces populations, comme le préconisent d'ailleurs les recommandations du ministère des solidarités et de la Santé dans sa dernière instruction.(12)

B. Prévention et dépistage - Éducation en santé en partenariat avec les associations.

Au vu des données relevées, l'axe de la prévention paraît primordial à développer.

Sur le site associatif, on pourrait envisager de discuter de ces temps éducatifs et de sensibilisation auprès des personnes migrantes avec les bénévoles sur place, l'association MdM, ainsi que des professionnels de santé.

Près d'Almeria, zone frontalière où beaucoup de primo-arrivants résident ; suite au recensement de trois cas d'hépatites B, la Croix-Rouge a organisé des ateliers de prévention, de dépistage et de suivi médical des migrants. (15)

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels ; des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des trusts dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le National Health Care (NHC). De nombreuses recherches ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. (54)

A Marseille, le programme Sindiane vise à une approche similaire. Financé depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France, il permet un cadre dédié et propice à l'expression des difficultés passées ou en cours chez les populations primo-arrivantes ou marginalisées. Ainsi, il leur permet de recouvrer une identité et de tisser des liens sociaux nécessaires à leur intégration. Les thématiques abordées au cours des ateliers sont : droit d'asile et droit des femmes (atelier en français traduit en arabe, animé par une juriste française) ; thérapie de groupe (animée par une psychologue syrienne, en arabe) ; art-thérapie, atelier en arabe, animé par une artiste syrienne, permettant aussi un travail

autour de la mémoire, et la constitution d'archives sonores, visuelles, graphiques à destination des générations futures.

L'importance de la plus-value des milieux associatifs apportant d'autres dimensions au domaine sanitaire est donc réelle.

C. Ouverture

La volonté de faire évoluer les PASS et d'améliorer les prises en charge est réelle comme le montre le dernier groupe de travail de la DGOS concernant l'évaluation des PASS (2). Le réseau PYRAMIG est un projet visant à mettre en lien un dossier informatique commun aux différentes PASS. Cette perspective est une clé pour pallier le suivi bien souvent itinérant des usagers.

La PASS généraliste de Grenoble réoriente si nécessaire ses patients vers la PASS psychiatrique dédiée située dans un autre local, les deux structures sont complémentaires.

La PASS de Chambéry propose des rencontres inter-PASS avec le public concerné, afin de mieux comprendre les freins de ses usagers à aborder certains sujets et ainsi améliorer directement ses pratiques.

Un objet de travail commun actuel a lieu entre l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et le collectif national des PASS. Il vise à l'évaluation de la valeur ajoutée des PASS par un prisme plus qualitatif que les indicateurs d'activité. En effet, les capacités humaines s'avèrent de formidables facteurs de performance du soin à développer et valoriser.

CONCLUSION

Une vague migratoire nouvelle initiée en 2016 a lieu dans le département des Hautes-Alpes entre Oulx (Italie) et Briançon. Un fort élan de solidarité depuis 2017 mène à un accueil rapide et une prise en charge médicale des exilés. En effet, sur l'année 2018, l'Association « Refuge Solidaire » a accueilli 5202 personnes migrantes, pour une ville de 12 500 habitants.

La PASS de Briançon permet à la fois une prise en charge ambulatoire « de rue » sur les lieux principaux d'accueil des migrants (PASS mobile à l'association Le Refuge Solidaire) ainsi qu'un accès hospitalier (PASS fixe et Service d'Accueil des Urgences). L'association Médecins du Monde, complète la permanence de soins ambulatoire les week-ends. La frontière est vectrice de nombreux traumatismes et augmente de fait, le recours aux soins pour les exilés sur la ville de Briançon. De plus, la longueur et la difficulté des parcours favorisent un terrain sanitaire fragile : malnutrition, déshydratation, blessures chroniques mal soignées, précarité, infections...

L'étude quantitative, rétrospective réalisée d'après 2198 dossiers de personnes migrantes montre que le profil des primo-arrivants est jeune, masculin et essentiellement subsaharien. Les pathologies principales sont traumatiques 36% (dont 75% aiguës et 25% séquellaires de tortures ou traumatismes subis pour la plupart en Afrique), digestives 16%, infectieuses 15,8% (gale, tuberculose, IST). Les pathologies psychiatriques sont, quant à elles sous-exprimées 3%. Les symptômes inexplicables s'expliqueraient par la somatisation fréquente dans ces populations, hypothèse renforcée par le versant qualitatif qui montre que la prise en charge de la santé mentale chez les exilés est complexe.

Le travail qualitatif réalisé sert de première approche afin de mettre en lumière les principaux axes à étudier plus finement par la suite.

Premièrement, les représentations façonnent la définition de la bonne santé et impactent le recours aux soins. L'approche culturelle permet d'envisager la définition de la santé par d'autres indicateurs tel que le sang. Dans les représentations le fait de prélever du sang est préjudiciable à la guérison, par la spoliation en force vitale.

Concernant la santé mentale, elle est difficilement exprimée par les exilés, en raison d'un concept parfois abstrait ou mal défini ; s'y arrêter est également source de souffrance inutile. L'expression verbale n'est pas forcément perçue comme une solution pour eux. Cela expliquerait la large part des

troubles somatoformes. Ensuite, les représentations de la cause de la maladie mentale sont également différentes, la médecine occidentale est alors souvent jugée incompétente dans ce domaine.

Enfin la situation irrégulière précaire des primo-arrivants a un impact sur l'état psychique, la prise en charge sociale est donc tout aussi importante à leurs yeux.

Deuxièmement, l'exploration des vécus et ressentis des parcours de soins permet de comprendre les freins à la confiance dans la relation médecin-malade, les freins à l'adhésion ou au suivi comme la peur des résultats, l'attente, la « théorie du commerce de sang ». D'emblée, la confiance envers les médecins européens est globalement bonne.

Troisièmement, les attentes des migrants sont avant tout d'être rassurés sur leur état de santé par un « chek-up » complet (examen clinique, voire biologique si jugé nécessaire), comme une garantie pour continuer.

Ainsi à la lumière de ce travail, il semble que la PASS de Briançon soit adaptée aux besoins de ses usagers sur le versant des soins primaires, en réponse aux pathologies traumatiques et organiques. Elle répond également globalement aux attentes de ses usagers en terme de prise en charge et de confiance. Ses limites reposent essentiellement dans le suivi de ses usagers, facteur essentiel mais difficilement contrôlable. La quantité importante de perdus de vue et la courte durée de séjour ne permettent ni la réalisation d'un bilan sérologique recommandé, ni un suivi psychologique nécessaire à long terme en cas de psychotraumatisme.

La PASS est encore insuffisante sur le diagnostic des maladies transmissibles (VIH, VHB, VHC) véritables enjeux de santé publique, mais également dans la prise en charge et le diagnostic de la souffrance mentale.

A cet effet, il semble qu'il faille principalement développer ces deux axes :

- Par une prévention et une sensibilisation sur les maladies transmissibles auprès des primo-arrivants.
- Par une sensibilisation des professionnels de santé impliqués concernant la souffrance psychique : en favorisant une meilleure connaissance des modalités de l'expression de la santé mentale : troubles somatoformes, syndrome de stress post traumatique, approche culturelle.

Favoriser la reconnaissance et l'expression de la souffrance psychique en créant un lieu dédié et adapté pourrait limiter des recours aux soins itératifs et inutiles, voire des complications à plus long terme.

Parallèlement, il serait intéressant de réaliser des travaux de recherche sur le devenir des primo-arrivants après leur arrivée à Briançon, sur l'implication des généralistes locaux et régionaux vis-à-vis de cette population, sur la durée de retour dans le droit commun. Enfin, pour les primo-arrivants restant dans le département, il faudrait réfléchir à la possibilité de développer une structure de soins plus polyvalente avec un personnel adapté (psychologues, psychiatres) en lien avec les intervenants déjà existants ainsi qu'à l'organisation d'un réseau actif communiquant (réseau inter PASS...)

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.27asile:_chute_en_2017
2. DGOS. GT du 18 octobre 2018 Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). 2018.
3. Corbisiero F. La gouvernance des flux migratoires. L'accès des immigrés aux services territoriaux à partir de l'application de la loi « Turco-Napolitano ». *Italiés Littérature - Civilisation - Société*. 1 déc 2010;(14):263-84.
4. Guide Comede. 2016 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/guide-comede/>
5. NW 1615 L. St, Washington S 800, M. Resources on Islam and Christianity in Sub-Saharan Africa, Pew Research Center. 2011 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.pewforum.org/2011/02/17/resources-on-islam-and-christianity-in-sub-saharan-africa/>
6. Marie-Anne M. *Acrosyndrome de l'extrême : les gelures*. 2012; 7.
7. Gélinas Proulx A, Dionne É. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *mee*. 2010; 33(2):127-31.
8. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
9. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. OpenAIRE - Explore. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=dedup_wf_001::ce8eb90ff379498c3c8ce8b4a09910b4
10. Creswell JW, Fetters MD. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*. 2014; 2(2):7-12.
11. Vinot A-L, Rein L, Parigot C, Lambert F, Billon L, Blanc M. Rôle et mission des permanences d'accès aux soins de santé. <http://www.em-premium.com/data/revues/00380814/v62i817/S003808141730186X/>. 14 juill 2017 [cité 5 mars 2019]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/1128739/>

12. Ministère des solidarités et de la santé H. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. 2018 [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
13. De Palleja G. Etre migrant à Calais : un facteur de risque traumatique ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille Droit et Santé; 2017 Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-8775>
14. Goussein M. Étude descriptive aux urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé. [Thèse d'exercice]. [France] Université de Bordeaux 2 Victor Ségalen. Faculté de Médecine; 2015 :123.
15. Rouland B. La santé des migrants internationaux dans la province d'Almería : indicateur de différenciations et d'inégalités. L'Espace Politique Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique. 22 juill 2015 [cité 27 févr 2019];(26). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/espacepolitique/3526>
16. Tsitsakis CA, Karasavoglou A, Tsaridis E, Ramantani G, Florou G, Polychronidou P, et al. Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). Health Policy. 1 mars 2017; 121(3):329-37.
17. THT 05 N. Ce n'est pas un accident de montagne. Club de Mediapart. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/no-tht-05/blog/200817/ce-nest-pas-un-accident-de-montagne>
18. Migrants blessés : ils fuyaient une patrouille de gendarmerie. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ledauphine.com/hautes-alpes/2017/08/27/migrants-blesses-ils-fuyaient-une-patrouille-de-gendarmerie>
19. Copeman J. Excessifs dons de sang: Dévotion et ascétisme en Inde; 2011
20. Fantauzzi A. Corps, migration et don de soi : le don du sang des Marocains à Turin (IT). Corps. 2012; N° 10(1):173-81.
21. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Eurosurveillance. 19 nov 2015;20(46).
22. Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. AIDS Care. avr 2011;1.
23. Pourette D. Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient, Chronic hepatitis B and HIV care: the key-role of the doctor-patient relationship. Santé Publique. 29 nov 2013;25(5):561-70.

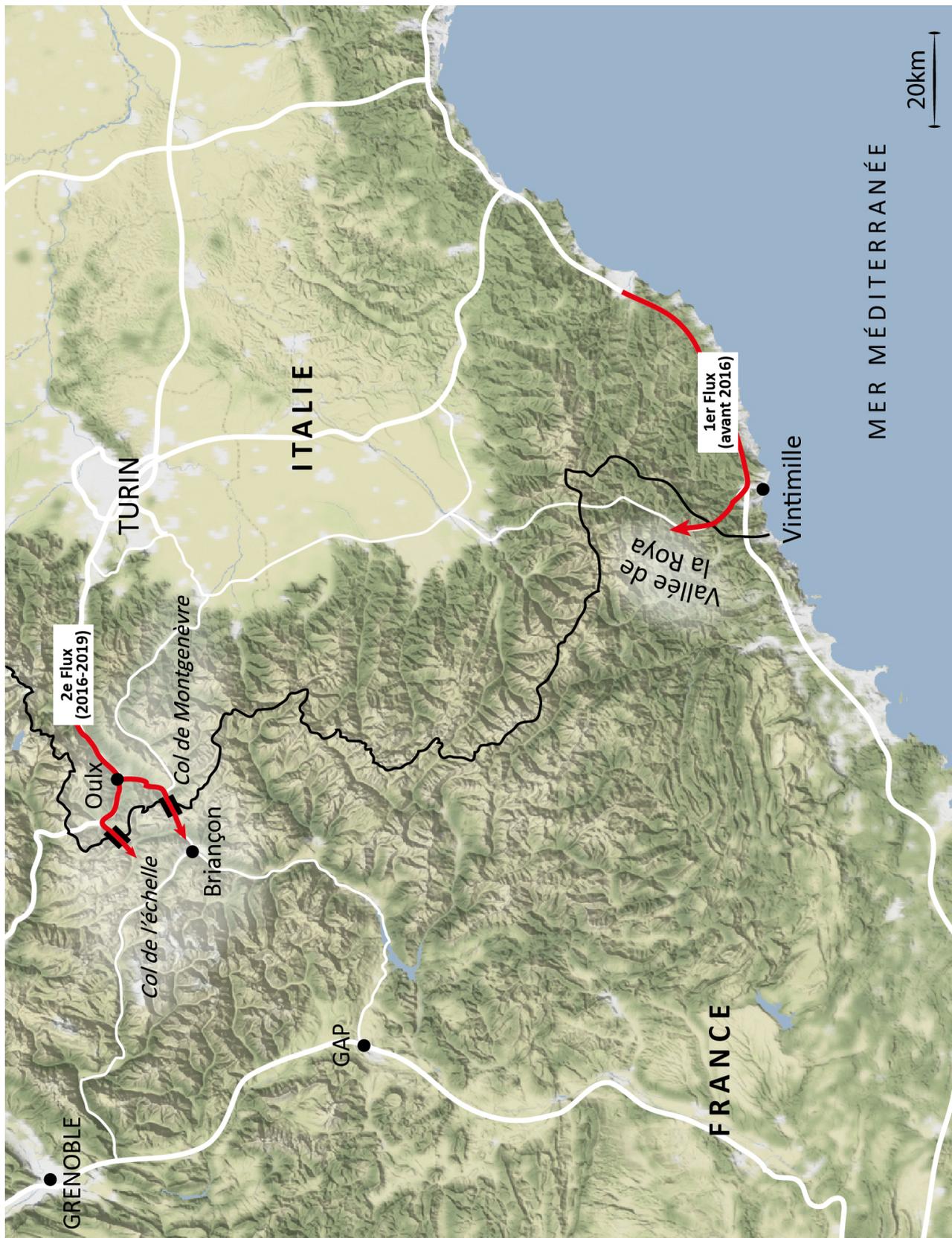
24. La santé des migrants. | Base documentaire | BDSP. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/518584/>
25. Epidémiologie de l'Hépatite B. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.hepatoweb.com/hepatite-B-epidemiologie.php>
26. Daw MA, El-Bouzedi A, Ahmed MO, Dau AA, Agnan MM. Epidemiology of hepatitis C virus and genotype distribution in immigrants crossing to Europe from North and sub-Saharan Africa. *Travel Medicine and Infectious Disease*. sept 2016;14(5):517-26.
27. Rajablat M. Les naufragés de l'enfer Témoignages recueillis sur l'Aquarius. Digobar. 130 p; 2018
28. Violence sexuelle et migration. Médecins sans frontières. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/actualites/violence-sexuelle-et-migration>
29. Amnesty International. En Libye, les réfugiés et les migrants fuient les sévices sexuels, les violences et l'exploitation. juill 2016; Disponible sur: <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2016/07/refugees-and-migrants-fleeing-sexual-violence-abuse-and-exploitation-in-libya/>
30. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K, et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Global Health*. 2014;10:32-32.
31. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reproductive Health Matters*. 1 janv 2015; 23(46):45-55.
32. Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach.. ResearchGate. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/259975773_Traumatized_refugees_An_integrated_dance_and_verbal_therapy_approach
33. OMS | Maladies tropicales négligées: principaux repères. WHO. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/tropical_diseases/factsheets/neglected/fr/
34. Epidémiologie de la bilharziose / Bilharziose / Maladies à transmission vectorielle / Maladies infectieuses [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Bilharziose/Epidemiologie-de-la-bilharziose>
35. Kinkel H-F, Dittrich S, Bäumer B, Weitzel T. Evaluation of Eight Serological Tests for Diagnosis of Imported Schistosomiasis. *Clinical and Vaccine Immunology*. juin 2012; 19(6):948-53.

36. De Meyer T, Tobie Nathan, La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Lectures. 27 févr 2014 [cité 19 févr 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/13785>
37. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé Publique*. 2017; 29(6):861-7.
38. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, du Fort GG, Lasry J-C, Young A. Use of Health Care Services for Psychological Distress by Immigrants in an Urban Multicultural Milieu. *Can J Psychiatry*. 1 mai 2007;52(5):295-304.
39. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014; Volume 90(5):319-22.
40. Management of Current Psychiatric Disorders - Europe PMC Article - Europe PMC. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <http://europepmc.org/articles/PMC4910408;jsessionid=3AC55FA57A3F3A3AF6ED8B1338CD9BFF?fromSearch=singleResult&fromQuery=DOI:10.1177/0706743716639922>
41. Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *ResearchGate*. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/276149140_Mental_health_problems_of_undocumented_migrants_in_the_Netherlands_A_qualitative_exploration_of_recognition_recording_and_treatment_by_general_practitioners
42. THE PROBLEM OF DIAGNOSING DEPRESSION IN NIGERIA by M. O. OLATAWURA. *Psychopathologie Africaine* 9 (1973): 389- 403. *Transcultural Psychiatric Research Review*. avr 1975;12(1):54-8.
43. Baubet T, Moro MR. *Psychopathologie transculturelle*. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2013. (Les âges de la vie).
44. Claudio F. The Ambiguous Migrant. A Profile of African Refugee Resettlement and Personal Experiences in Southeast Queensland, Australia. *Diversité urbaine*. 2014;14(1):117.
45. Ritsner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *The American journal of psychiatry*. 2000; 157:385-92.
46. Netgen. Somatisation, migration et culture : alternatives à quelques idées reçues. *Revue Médicale Suisse*. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-347/Somatisation-migration-et-culture-alternatives-a-quelques-idees-recues#rb13>

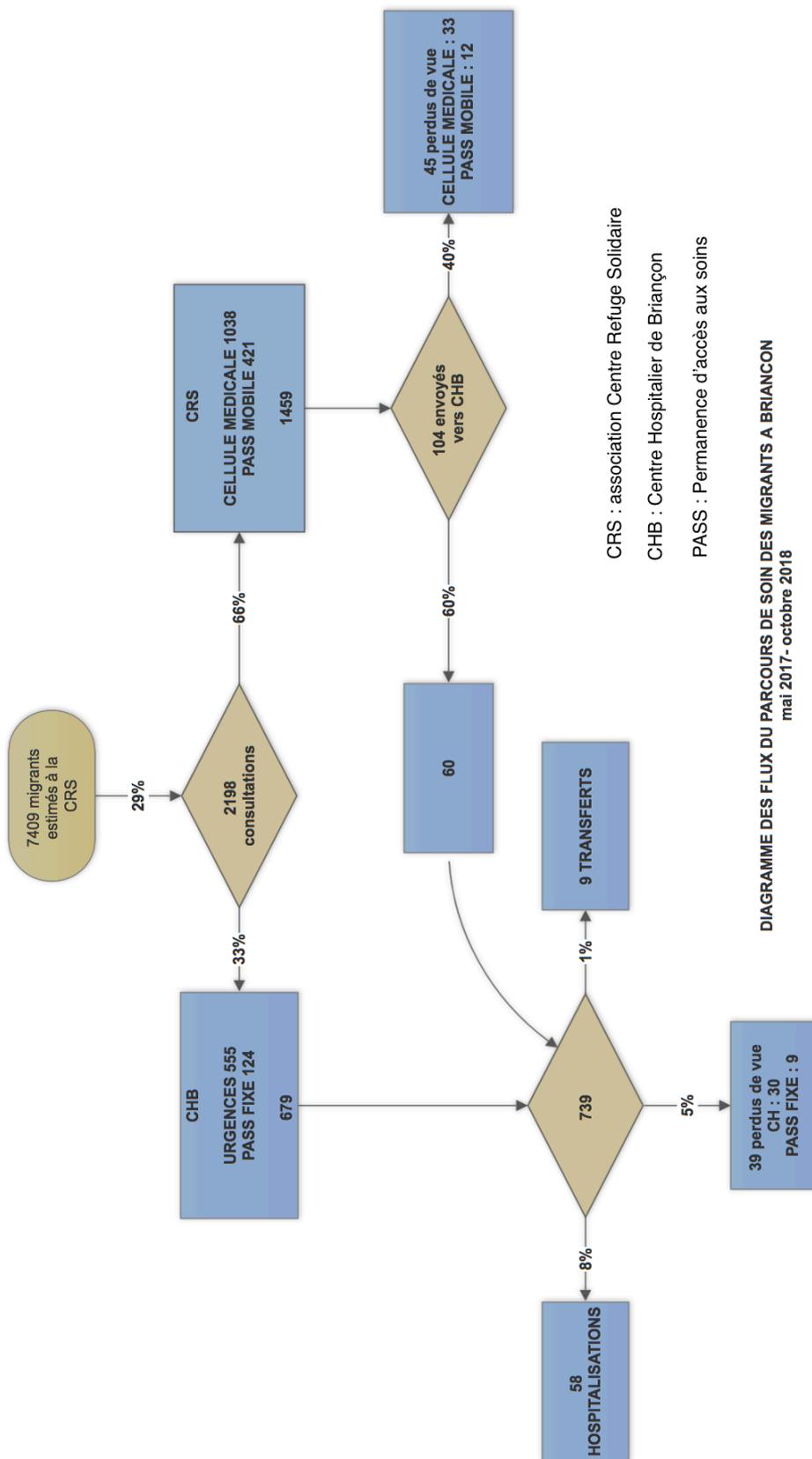
47. Weathers FW. Redefining posttraumatic stress disorder for DSM-5. *Curr Opin Psychol.* avr 2017; 14:122-6.
48. Jan O. Silence, dynamiques de survie et engagement du travail psychothérapeutique du traumatisme psychique grave dans l'exemple de patients en demande d'asile. *Connexions.* 23 mai 2018; n° 109(1):101-12.
49. Cameroun : torture généralisée et crimes de guerre. Amnesty France. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.amnesty.fr/peine-de-mort-et-torture/actualites/cameroun-torture-generalisee-et-crimes-de-guerre>
50. Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. ResearchGate. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/281465142_Representations_culturelles_des_troubles_de_sante_mentale_chez_les_immigrants_et_refugies_de_l'Afrique_francophone_sub_saharienne_au_Canada
51. Mouhica A. Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique: revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique, les populations migrantes : 63.
52. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *Encephale.* juin 2003; 29(3 Pt 1): 232-8.
53. Dominicé DM. [Somatization, migration and culture: common assumptions and alternative strategies]. *Rev Med Suisse.* 27 juin 2012;8(347):1404-6, 1408-9.
54. Bulletin national santé mentale et précarité. Soigner le traumatisme ? déc 2018;(69-70). Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/RHIZOME_69-70.pdf
55. Prendre langue avec les migrants à Turin. Amnesty France. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.amnesty.fr/refugies-et-migrants/actualites/prendre-langue-avec-les-migrants-a-turin>

ANNEXES

ANNEXE 1 : CARTE DES FLUX MIGRATOIRES ITALO-FRANCAIS AVANT ET APRÈS 2016



ANNEXE 2 : DIAGRAMME DES FLUX DE PARCOURS DE SOIN DES MIGRANTS À BRIANÇON



Grille d'entretiens semi-dirigés

Question brise-glace : « Comment faites-vous pour vous soigner en général ? »

<p>Représentations Conceptions de la santé</p>	<p>- Qu'est-ce qu'être en bonne santé ? Ça veut dire quoi la bonne santé ?</p> <p>- Quelle différence faites-vous entre santé mentale et santé physique, y a-t-il une santé prioritaire ? Quelle place donnez-vous à votre santé mentale ?</p> <p>(Sous-entendu : Quelle importance/place donnez-vous à la santé mentale ?)</p> <p>(Lorsque le concept de santé mentale est mal compris : utiliser les mots -soucis, -problèmes, -moral, -mal-être. Et redéfinir ensemble le concept pour s'assurer de l'entente commune sur le signifié.)</p>
<p>Ressentis Expérience vécue</p>	<p>- Comment considérez-vous votre état de santé ?</p> <p>- Avez-vous eu des soins et comment avez-vous ressentis vos soins au long de votre parcours ?</p> <p>- Comment vous êtes-vous senti compris (malgré une éventuelle barrière de langue) ?</p>
<p>Attentes</p>	<p>- Qu'attendez-vous du Système de soins Français ?</p> <p>- Qu'attendez-vous du médecin ? Faites-vous une différence entre un soignant homme et femme ? si oui en quoi consiste-t-elle ?</p> <p>- Comment vous sentez-vous face au médecin français ?</p> <p>- Comment faire pour que les personnes migrantes se sentent plus en confiance face aux soignants ?</p> <p>- A un moment donné, auriez-vous souhaité/attendu autre chose de la part de la PASS ou du médecin ?</p>

Grille d'entretien simplifiée :

- Comment vous sentez-vous ?
- Comment vous sentez-vous avec les soucis, le moral ?
- Pouvez-vous me raconter un jour où ça s'est bien passé ? en Italie, en France
- Pouvez-vous me raconter un jour où ça s'est mal passé ? en Italie, en France
- Qu'est-ce qui est important pour vous pour une bonne prise en charge ?
- Qu'est-ce qu'il faut surtout ne pas faire ?

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DU RECUEIL DE CONSENTEMENT (en 2 exemplaires)

« Ressentis et vécus du parcours de Soins ; Représentations et Attentes des primo-arrivants face au système de soins Français – Une étude qualitative à Briançon. »

Chloé LECARPENTIER interne en Médecine Générale, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **Ressentis et vécus du parcours de Soins ; Représentations et Attentes des primo-arrivants face au système de soins Français – Une étude qualitative à Briançon.** »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Chloé LECARPENTIER.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Ressentis et vécus du parcours de Soins ; Représentations et Attentes des primo-arrivants face au système de soins Français – Une étude qualitative à Briançon ».

Paraphe

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

LECARPENTIER CHLOÉ

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

En cas d'incapacité de lecture et /ou d'écriture chez un participant en état de donner son consentement, prévoir la mention suivante : " En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M... Mme... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Si ce cas n'est pas prévu dans le formulaire de consentement, il convient d'inscrire dans les critères d'exclusion les personnes en état de donner son consentement mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture.

P06/ Entretien semi-dirigé

1/ Comment considères-tu ton état de santé ?

« *Quand Tu n'as rien tu n'as pas de douleur, pas d'endroit qui fait mal ?* » [regard interrogateur]

« *Pour le moment ça va, j'ai un petit soucis dans le dos, à part ça, ça va* ».

2/ Fais-tu une distinction entre la santé mentale et la santé physique ?

« *Oui je vois, c'est pas la même chose. La tête si ça ne va pas c'est tout le corps qui ne va pas. Ça commence par la tête. Le plus important c'est la tête qu'elle soit normale.*

Je n'ai jamais parlé de la tête. Quand ça va pas, un problème personnel : oui, je peux parler une fois seulement en Italie : j'ai été suivi par les psychologues, et beaucoup discuté car je suis avec ma femme. C'est pas facile car quand je veux parler de ça j'aime pas trop parler de ça... [il hésite] elle a dû accoucher en prison en Lybie. Car j'ai subi beaucoup de tortures là-bas. Moi je comprends un peu l'arabe, si tu n'es pas allé à l'école tu comprends pas. Il y a eu beaucoup de problèmes, il y a une femme enceinte qui est décédée, il veut coucher avec la femme, quand je parle de ça, ça m'énerve un peu alors j'aime pas trop parler de ça ».

3/ Comment as-tu ressenti les systèmes de soins dans les autres pays ?

« *En Lybie ? Non puisque j'ai passé tout le temps en prison. J'étais blessé, j'ai rien soigné seulement.*

Quand on est arrivé en Italie : ils ont mis de l'alcool sur les plaies ; mais pas trop. Dans le campo, même si tu dis tu es malade, ça prend beaucoup de temps avant d'avoir du paracétamol, Il faut que tu tombes vraiment pour montrer que ça va vraiment pas.

En Italie : les soins sont pas si efficaces que ça. Il y a eu des cas aussi où il faut que tu tombes gravement avant qu'on vienne te chercher. Non, pas de bilan en Italie pas de prise de sang ».

« *On m'a dit que c'est bien la France, à chaque fois que ma femme elle dit qu'elle est malade on l'écoute pas, il faut qu'elle tombe pour qu'on l'écoute. Dans les campos on dit ça ».*

4/ Qu'est-ce que tu attends du système de soins français ?

« *J'aimerais bien qu'on prenne soin de ce que je dis. J'ai peur des maladies transmissibles : trop peur de ça. Il faut un bilan. Le docteur me fasse un examen sur tout mon corps : une visite médicale complet pour dire tu as tel problème, tu as tel problème ».*

5/ Comment tu te sens face au médecin ?

« J'ai un peu peur quand je vois le matériel, je cache pas le problème, on va parler pour chercher une solution, je peux expliquer... ». [il hésite]

6/ Selon toi quelle différence existe entre un médecin homme et un médecin femme ?

« Le bon médecin : celui qui s'occupe bien des gens, oui j'ai confiance, car chaque personne a son travail. Je me sens compris. Chez nous, il y a pas de différence entre le médecin femme et le médecin homme, un médecin qui peut s'occuper de moi à la maison. Tout ce que je veux, c'est que le médecin, il m'explique qu'il ne me cache pas quelque chose, puisqu'il voit tout. Il y a des médecins qui cachent, qui disent pas ».

7/ Comment améliorer la confiance en consultation ?

« Pour être plus en confiance, la façon de nous aborder, nous accueillir en souriant, « ici c'est chez toi », puisqu'on est pas chez nous, on sait pas comment ça se passe, on ne sait pas bien comment s'exprimer, on ose pas tout. Si on te dit « On va t'expliquer tous les problèmes que tu as, on va chercher une solution à ça, voilà ».

P09/ 9e Entretien semi-dirigé

1 / Qu'est-ce qu'être en bonne santé ? « *C'est n'avoir aucune maladie* ».

2/ Comment considères-tu ton état de santé ?

« Moi je me sens bien, je me sens pas mal. Lorsque je suis venu je me sens pas bien quoi, ils m'ont donné des médecins [sous-entendu : médicaments] 2 jours 3 jours, mais au fur et à mesure, je ne sens pas mon corps qui me fait mal. Même si je suis malade je peux voir un médecin : je me sens bien ici ».

3/ Fais-tu une distinction entre la santé mentale et la santé physique ?

« J'ai pas compris encore. Tout c'est bon. Tout c'est bon, santé de la tête et du corps. Moral ? c'est comme un conseil. Je viens du Niger, je suis un touareg, on vit dans le désert. On peut avoir toujours tout, on va avoir pas le moral... Chez moi, c'est normal de pas avoir le moral, car beaucoup de problèmes là-bas. Peut-être, si tu es en bonne santé, tu vas penser les bonnes choses.

Si tu es mal santé, tu vas penser les choses mal. Les deux c'est important. Les pensées, les choses que tu as vécues, que tu es mal dans le corps, là-bas dans mon pays, beaucoup de problèmes, et ça va me suivre ». « Je peux pas parler du moral avec le docteur, car il cherche où je suis mal dans le corps, ou bien ? il doit me demander si tu es mal dans la tête ? Il va pas me demander le moral : c'est un autre soin ! Le docteur, il peut pas guérir beaucoup, il peut pas donner médecine à ça; mais il peut guérir l'homme (en montrant son corps). Le moral c'est une chose qui te suit, quoi; ça dépend des personnes. Ou bien ? [il s'arrête] C'est pas la même chose quand mon bras me fait mal et quand je suis malade du moral c'est pas la même chose ».

4/ Comment as-tu ressenti les systèmes de soins dans les autres pays ?

« Au pays. C'est pas facile, il faut marcher. Là-bas dans le désert, pas comme docteur, ils vont te donner un médecin de maison quoi, mais après il faut aller loin, en ville.

Les soins en Italie : « Un peu soigné mais quand je suis arrivé. Resté 7 mois. J'ai vu les docteurs oui, ça c'est bien passé. Pour moi ils ont fait la visite quoi ». « Tout le monde est fatigué. Je ne me souviens pas vraiment ça fait longtemps ». Beaucoup de gens disent que l'Italie c'est pas facile, c'est pas facile »

Les soins en Lybie :

« Non ! j'ai eu des problèmes de pied. La Lybie c'est pas facile. La fracture du pied, ils m'ont poussé du mur. Et je suis tombé, et après j'ai mis des branches là sur la jambe, pour rester immobile ».

5/ Qu'est-ce que tu attends du système de soins français ?

« Bien .Le docteur il m'a expliqué, cette fois il faut que je vais me reposer, pas marcher ».

6/ Qu'est-ce que tu attends du médecin ?

« Je veux qu'il regarde ma santé, comment je suis en forme. Une visite quoi. Premièrement la visite même si en bonne santé. Comment on fait visite ? je ne sais pas, je fais confiance. C'est le docteur qui sait ».

« Tu vois, j'ai eu des problèmes de pied, mais même en Italie, j'ai pas osé dire, sinon ils vont me mettre en bas, ils vont beaucoup me faire asseoir. J'ai laissé ça comme ça quoi, parce que je vais aider la famille. S'ils veulent opérer mon pied, comment je vais marcher et faire quelque chose ? C'est pas facile ! J'ai peur de m'arrêter et de faire rien quoi. Ça me fait penser à ma famille. Je préfère le laisser comme ça. Si y'a un problème de pied, y'a un problème de papier, y'a un problème de travail; ça fait trop de problèmes, je préfère rester comme ça ».

« Les Prises de sang, c'est jamais en Afrique. Aucune piqûre mais j'aime pas les piqûres.

On peut prendre mon sang, mais c'est pas une bonne chose. Quelque chose que tu sais pas, c'est pas bon quoi. Mais si toi tu prends mon sang je sais que toi ça va, c'est pour soigner, dès fois y'a besoin, mais pour moi, y'a des fois, je vois des choses ici, parce que chez moi, je connais pas ça. C'est pas facile, c'est pas la même chose du tout ! ».

7/ Selon toi quelle différence existe entre un médecin homme et un médecin femme ?

« C'est tout la même chose, si je peux choisir, je prends celui qui connaît bien quoi ».

8/ Qu'est-ce que tu attends du médecin ?

« J'ai pas parlé de la Lybie, tu sais parce que il m'a pas demandé. Tant que je suis pas malade, il y a rien qui me dérange dans la consultation. Moi j'ai confiance dans le docteur, il me soigne. Le bon docteur tu peux faire tout ! il soigne les gens quoi, ou bien ?

9/ Comment améliorer la confiance en consultation ?

« Pourquoi ? le docteur il va te soigner. J'ai confiance en celui qui connaît plus que moi. Mais je sais pas qui connaître.

Pour avoir moins peur, vraiment moi j'aime pas les piqûres, car depuis que je suis né, les piqûres que j'ai dans mon corps c'est ça : c'est une piqûre on dit pour ne pas prendre la maladie quoi. On m'a expliqué quoi quand j'étais petit ».

P11/11e Entretien semi-dirigé

1/ Qu'est-ce qu'être en bonne santé ?

« Je suis en bonne santé [pause]. Il n'y a aucune maladie, tu es en pleine forme, mais être en bonne santé ne veut pas dire que tu as l'esprit tranquille. Le poids des procédures, de Dublin, tu sais... »

2/ Comment considères-tu ton état de santé ?

« Je suis en bonne santé mais je n'ai pas l'esprit tranquille, Je mange je rie avec les gens mais dès que je me retrouve seul, je pense... aux évènements passés ou présents, ou mon futur. Donc y'a tout ça. Le moral on peut dire ça va, la bonne santé tu manges... Tu arrives à manger même et que tu as un peu de sous pour faire ce que tu veux faire, on cherche pas plus, tu n'as aucun soucis, pour nous les Africains c'est comme ça. Si tu n'aides pas à manger : tu travailles pas ».

3/ Fais-tu une distinction entre la santé mentale et la santé physique ?

« Bon j'aimerais te poser une question : est-ce que la personne mentale elle va sentir qu'elle est mentale ? Tu sais il faut chercher la solution à la tristesse, il faut savoir qu'est ce qui cause le problème, avec qui on vit, est-ce que c'est les proches ? Les médicaments, les produits, ça sert à rien. Il faut le suivi après. Ici vous ne faites pas ça. Il faut que lui-même il cherche la solution. Le docteur il peut peut-être rien faire ; Pour nous les croyants : tous ces problèmes tout est écrit, ça va venir en toi. Avec les amis y'a certains problèmes c'est toi qui les cherche, si tu as décidé que tu ne veux pas faire telle chose ou ne pas voir quelqu'un, et que tu le vois toujours, au fond, c'est toi qui a décidé.

C'est comme un chemin, pour nous, les musulmans, qui est tracé, tu dois suivre ça, tu peux pas choisir autrement, parce que tu ne t'es pas créé. Il y a quelqu'un qui a créé, c'est écrit dans le « Loril Mafouz », mais ça tu peux pas le voir, alors je pense tu trouveras pas sur you tube.

Il y a une différence, il peut être en bonne santé mais mentalement un peu dérangé. La personne qui est en bonne santé réfléchit comme tout être humain en pleine forme.

« Nous les Africains tu sais on a eu plusieurs difficultés, on a encaissé beaucoup de choses depuis le pays, y'a certains, c'est normal d'être mental, tu vas le voir bien habillé, en bonne santé, un malade mental qui se comporte bien, il s'exprime autrement que les autres. Une personne qui est malade mentale, c'est différent du normal, lui ses pensées... »

Bon tu sais en Europe, un petit choc, surtout les blancs, parce que vous êtes pas habitués aux problèmes. Nous on encaisse, on est habitués, c'est pas facile de voir un africain devenir « mental » [sous-entendu atteinte psychiatrique], d'un coup comme ça à cause d'un petit problème, tu sais un italien, on lui a volé sa poupée sexuelle [sa femme] tu vois il s'est pendu. Quand il a découvert qu'on lui a volé [en parlant de la femme] il s'est pendu !! [haussant la voix]

Oui, les comportements et les esprits changent avec l'exil tu sais, mais pas toutes les personnes, il y en a beaucoup qui arrivent à garder tout ça, à économiser tout ça, tu sais on est créés différemment, il y a aussi des noirs qui n'encaissent pas. S'il est devenu fou c'est normal. Avec tout ce qu'il a encaissé.

Ça dépend, on peut être malade mental : on devient fou, on peut être malade mental et pas totalement fou ; mais un esprit différent des autres, il s'habille très bien, il parle, lui seul ou il crie, ça veut dire que c'est un malade mental. Et d'autres, dès que tu les vois tu sais qu'ils sont fous.

Bon la dépression c'est quand les gens rencontrent des difficultés et n'encaissent pas. Nous en Afrique on a notre éducation, tu sais les parents ils disent aux enfants « c'est pas comme ça ». Chez vous, les mômes ils font ce qu'ils veulent.

(La dépression c'est) Le manque de quelque chose que tu as envie. Quand tu es frustré, vous, avec tout le luxe, vous êtes plus frustrés et c'est plus facile la dépression. Vous en Europe, vous ne croyez pas à la possession des diables, tous les religieux ils croient à ça, la personne elle est très bien, il échange avec les autres. Mais il est possédé, mais pourquoi il fait ça ?

Mais religieusement, nous on sait, les musulmans connaissent cela depuis des années, c'est la possession des « Sheitans » c'est la même chose que les djinns la même famille tu sais, dans leur corps, mais vous avec les produits pharmaceutiques que vous utilisez ça ne guérit jamais,[il insiste] Jamais, cette personne. Tu connais Ben Halima ?

Un fou sourit dans la rue, il crie, il rit, lui seul, mais vous, jusqu'à présent la médecine occidentale n'a pas réussi à connaître tout cela ».

« Il y a des « Sheitans » qui restent dans le corps pendant des années et des années, et c'est eux qui guident, et qui font faire n'importe quoi. C'est pourquoi il fait des choses que les gens n'arrivent pas à comprendre. Les produits ça ne guérit jamais celui qui a la possession.

En Afrique si vraiment la personne est possédée, on amène les gens chez la personne qui fait la « Rogya » pour nous débarrasser de cette possession. On va chasser avec la lecture du Coran.

« Il est dans ton corps, il t'empêche d'avoir des enfants, ou d'étudier, c'est des Sheitans amoureux, il aime la femme ou cet homme, c'est la possession qui t'empêche de faire ce que tu as l'habitude de faire naturellement. Mais vous, vous comprenez pas ça ici, il rigole.

Tu découvriras, la science islamique a dépassé toutes les sciences, tant pis pour ceux qui n'y croient pas, elle guérit les malades mentaux, ceux qui ont la possession des djinns, il y a des chrétiens qui pratiquent ça, mais même s'ils le chassent, il va revenir. Après tu retrouves la personne : il est Normal ! [il insiste]

Tu sais il n'y a pas une maladie qui n'a pas son remède. La science, elle pense pas ça. Les croyants savent que chaque maladie a son remède.

4/ Comment as-tu ressenti les systèmes de soin dans les autres pays ?

« En Afrique si tu n'as pas de sous, tu vas mourir.

J'ai fait 20 ans en Lybie, oui, je suis resté là-bas c'est là-bas que j'ai appris la conduite des engins, les soins sont presque gratuits, on a pas de papiers, si c'est l'urgence, il n'ont pas le temps de te demander les papiers ou autre, c'est pas comme ici, il faut une assurance maladie pour te faire opérer.

« Si tu es malade en Lybie, ils t'envoient directement à l'hôpital, j'ai cassé mes doigts, déchirés comme ça dans un compresseur, avec la coupure d'électricité, quand ils ont remis le courant, j'étais en train de travailler ».

« Ils ont recousu, remis le doigt, tous les 4 jours, je refaisais le pansement. Je payais rien à l'hôpital, sauf après la guerre de la Lybie, avec la rupture de médicament et autre, tu vas acheter à la pharmacie, mais c'est pas cher. 2011 jusqu'à 2017 tout a basculé.

Si la Lybie est rétablie comme avant, j'hésiterai pas à repartir là-bas.

Je suis parti ? Pourquoi ? Mais parce que c'est la guerre là-bas ! Oui j'ai été prisonnier, même si je parlais la langue.

Si tu n'as pas de pièce ils t'arrêtent, mais comme je parle bien leur langue, les Sabhas, avec la frontière du Niger. C'est les rebelles, les milices, des bandits, ils nous arrêtent, ils nous fouillent font descendre du taxi ils nous volent.

Tu peux pas rentrer chez toi, toutes les frontières avec le Niger elles sont surveillées tu es coincé ».

« En Italie : 9 mois ; ils nous ont fait croire qu'on était tuberculeux 11 personnes ! Dans les campos, on est obligé d'aller chaque fin de mois, faire la prise de sang ! Six mois je pars faire la prise de sang. Moi je suis pas malade !! On crachait pas, on avait rien !

A ce moment j'ai décidé de quitter. J'ai tous les résultats de la prise de sang, mais c'est rien, j'ai rien ! Je parle italien, le médecin c'est des gens qui ont pitié avec tout ça, il faut aller doucement avec les personnes qui sont malades. La prise de sang si la personne est malade jusqu'à 25 cL de sang. C'est comme ça ? 5 tubes !! Tout ça pour faire les tests et chaque fin du mois c'est 0 comme ça ! Ils vont faire quoi avec tout ça là-bas ? [faciès en colère] Ils font quoi avec tout ça ? Est-ce qu'ils vont pas encaisser dans leur banque de sang là ?

Si tu as peu de sang, c'est la maladie. « Au Niger, il y avait un homme, chaque semaine on lui met une poche de sang, à chaque fois il n'a plus de sang, on arrive pas à comprendre pourquoi, il faut voir s'il n'est pas possédé, c'est comme ça qu'on a découvert qu'il était possédé par un génie, ils l'ont chassé, après il était guéri. Mais vous, vous nous croyez pas ».

5/ Quelles sont tes attentes vis-à-vis du Docteur ?

« Bon, le docteur pour moi, [arrêt-réfléchi] bon, un docteur il a étudié, c'est à lui de savoir, de voir ce que j'ai. Une fois que je vois le docteur, c'est lui qui connaît tout, les produits ou autre.

Moi je vais respecter ça.

On ne peut pas trouver un docteur dans un grand hôpital pour rien. Ça veut dire qu'il a la connaissance.

Je sais que les stagiaires on les envoie en Afrique, il font leur formation sur les noirs, dès fois ils tuent, dès fois ça passe, jusqu'à ce qu'ils apprennent ; [il ricane] dans les années 80-90, c'est là-bas ils font leur formation sur les noirs, les stagiaires occidentaux ».

6/ Selon toi quelle différence existe entre un médecin homme et un médecin femme ?

« La maladie c'est la maladie, c'est la même chose »

7/ Comment améliorer la confiance en consultation ?

« J'ai pas peur de l'hôpital, y'en a ils ont peur de la piqûre. Moi au pays j'étais malade ça s'appelle le paludisme. Une ONG nous a fait une petite formation, j'ai mis moi-même mon sérum et le vogalène. J'ai préparé ça j'ai mis ; c'est fini ».

Tu veux ajouter quelque chose ?

« Ah oui... c'est l'heure de la prière ».

P13 /13eme Entretien semi-dirigé

1/ Qu'est-ce qu'être en bonne santé ?

« Quand tu n'es pas souffrant. Et quand le check up te dit que tu n'as pas de maladie vénérienne. La bonne santé ne provient pas de toi. C'est pas parce que tu te sens bien que tu es en bonne santé ».

2/ Comment considères-tu ton état de santé ?

« Pas tellement mais ça va tout doucement ».

3/ Fais-tu une distinction entre la santé mentale et la santé physique ?

« Une personne pas malade est une personne saine.

Le médecin, va reconnaître que je suis mentalement malade, moi je ne vais pas consulter de moi-même si je suis malade dans la tête.

Dans mon idéologie, la dépression au premier degré c'est quelqu'un qui va mal, triste, refermé.

Puis il y a le deuxième degré : là les gens ont des soubresauts, et là tu te retrouves aussi sans te rendre compte que tu as posé tel ou tel acte.

Au troisième degré : là tu es inconscient. (sous-entendu non maitre de ses actes)

En Italie, j'en ai vu beaucoup ils perdaient la raison car ils n'avaient plus d'espoir. C'est pas bon quand il y a plus d'espoir. Ils devenaient même agressifs ».

Les prises de sang :

« D'après moi, c'est un aspect plutôt positif.

Mais selon ma culture en Afrique, comme en Guinée ou au Mali, c'est pas bien de prendre le sang.

Je pense qu'ils commercialisent le sang en Italie.

Au Cameroun, y'en a qui ont besoin du sang, on prend une poche de sang pour aider les autres. En retour, ils t'offrent une somme symbolique ou un cadeau ».

4/ Comment as-tu ressenti les systèmes de soin dans les autres pays ?

Je crois il faut pas parler de racisme, tu sais, en fait c'est surtout de l'ignorance.

En Italie les gens sont ignorants de ce que nous vivons.

En Italie, tout est décentralisé il n'y pas de cohésion ; J'ai fait Palerme, Turin, Tarenta, Como, Milano, Roma. Il y a la corruption dans certains campos. Même si tu as un statut de demandeur d'asile là-bas, tu n'auras pas de travail. C'est bouché.

Une fois que tu es enregistré, le directeur du campo te donne une carte, sur laquelle tu as 75 euros par mois. Mais des fois, ils te disent « il faut que tu restes 4 mois avant qu'on te paye un mois sur ta carte ». Après ils font du business, ils achètent en gros des cigarettes ou autre chose ils vont marchander, ils font du business même à Rome. Et ils te payent en cigarettes : 3 paquets.

Pour avoir accès aux soins, tu peux attendre 45 jours, en France 1 jour c'est tout.

L'accès au médecin est une très longue procédure, d'abord tu vois le médecin de famille puis il te donne l'accès aux spécialiste, mais la réponse tu l'as dans 21 mois. Entre temps la maladie te ronge. Et ils te disent qu'« il faut boire beaucoup d'eau, ça va aller ».

*« **Au Cameroun**, il faut des relations, il faut les moyens. J'ai eu de la chance car ma tante est médecin et elle connaissait des médecins de l'hôpital. Mais c'est quand même trop cher ».*

« Si tu n'as pas d'argent tu vas crever. Pour entrer à l'hôpital même tu dois déposer une caution ».

*« **En Lybie** ? tu n'as pas d'accès, c'est sous embargo ! Qu'est-ce que tu veux, ce n'est pas légal.*

En Algérie : Les médicaments sont gratuits. Le système de soins n'est pas bien. On n'est pas acceptés là-bas, surtout que tu es noir. Ça dépend des endroits. On peut te tuer à l'hôpital !

A Bichara si tu es séropositif, c'est tant pis pour toi. Ils vont te garder, hors d'état de nuire. Ils connaissent pas les médicaments.

La plupart des frères, ils sont morts là-bas.

Et en plus, tu n'as pas la langue, ils ne te comprennent pas. J'ai eu de la chance je suis tombé sur un médecin qui parlait français, il m'a reçu quand même, je lui ai dit que je voulais faire le test du VIH, c'est payant environ 3000 dinars.

« Il m'a dit tu es sûr ? je te conseille de ne pas le faire,

Ici si on se rend compte que tu as cette maladie on va te faire des ennuis ».

Pour être accepté là-bas, il faut se faire passer pour un musulman, le médecin quand je suis revenu faire le test, il m'a donné un autre nom, pour que je sois accepté par ses collègues, « Ismaël ! »

Quand tu retires les résultats au labo, la police communique avec eux, ils viennent en dix minutes « tu es malade, on va t'interner, et ils t'emmènent à l'hôpital ».

En Europe, j'ai pas d'inquiétude avec la police ».

5/ Qu'est-ce que tu attends du système de soins français ?

« France : Tu sais en France les médecins m'ont touché sans mettre les gants. Ça peut paraître rien comme ça, mais on est sensibles aussi. En Italie il n'y pas de dialogue, ce n'est pas ce qu'on attendait, tu n'es pas le bienvenu. C'est pas le même ressenti en France et en Italie ».

6/ Quelles sont tes attentes vis à vis du Docteur ?

« Celui qui est au service des autres. Il doit comprendre les difficultés, on peut se livrer entièrement à sa disposition. C'est celui qui exerce son métier par amour, par passion, ça lui coute pas. Il doit aussi être cultivé.

Le docteur est comme un médicament il peut être amer il peut être sucré, du moment qu'il guérit... »

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2015, la vallée du Briançonnais est le siège d'un afflux migratoire majeur, la ville de Briançon, au cœur des Alpes, située à la frontière franco-italienne, accueille et soigne cette population migrante importante. Les besoins sanitaires des primo-arrivants sont spécifiques, multiples, jusqu'alors non décrits et constituent de réels enjeux de santé publique.

Une étude transversale à la fois quantitative et qualitative vise à dresser un état des lieux sur la santé et les besoins en santé des migrants en zone frontalière.

Matériel et méthode : Une enquête quantitative, rétrospective, observationnelle, réalisée de mai 2017 à octobre 2018, d'après 2198 dossiers de patients migrants consultant sur les principaux lieux de soins (permanence d'accès aux soins, urgences, associations) a recueilli l'âge, l'origine et les pathologies objectivées.

Une enquête qualitative réalisée en septembre et octobre 2018, sur les lieux associatifs, visait à explorer du point de vue des primo-arrivants, les représentations, les vécus du parcours de soins, et les attentes propres à ce public.

Résultats : Les résultats quantitatifs montrent une majeure partie de pathologie traumatique (35,9% IC95% [32,86; 36,84]) principalement en lien avec le passage transfrontalier. La pathologie infectieuse est le troisième motif de recours aux soins (15,8% IC95% [14,53 ; 17,60]) mais les maladies infectieuses transmissibles sont insuffisamment évaluées du fait des perdus de vue. La santé mentale est sous évaluée 3% IC95% [2,09 ; 3,46].

Quinze entretiens ont été réalisés, les patients interrogés avaient des profils diversifiés sur l'âge, le sexe, l'origine, mais représentatifs de la population source. Les entretiens révèlent l'importance de l'approche culturelle dans la consultation ; elle façonne les représentations et le recours aux soins. L'expression de la souffrance mentale est complexe, le concept européen de psychothérapie est non admis ni forcément perçu comme une solution pour les primo-arrivants. La somatisation, fréquente, serait une explication à cette problématique. Le vécu des parcours de soins en Italie amène aux départs vers la France. L'attente principale des primo-arrivants est d'être rassuré sur leur état de santé par une consultation médicale.

Conclusion : La permanence d'accès aux soins (PASS) de Briançon est adaptée pour les soins primaires et la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur prépondérantes en zone frontalière ; mais fait défaut dans le domaine de la santé mentale et dans la prévention des maladies transmissibles. Aussi est-il nécessaire de renforcer la prévention auprès des primo-arrivants, mais également de sensibiliser les soignants impliqués à considérer la souffrance psychique sous toutes ses formes et à l'appréhender de manière adaptée.

Mots clés : migrants, primo-arrivants, précarité, Briançon, frontière, traumatologie, représentations, vécus, parcours de soins, attentes, PASS, santé mentale

