

2019-2020

## THÈSE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en Médecine Générale.**

# **Besoins exprimés des migrants primo-arrivants en Sarthe concernant le rendez-vous santé**

Migrants primo-arrivants dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR

**Goldberg Eve et  
Le Lièvre de la Morinière Claire**

Née le 17/02/1994 en Israël et Née le 13/01/1992 à Strasbourg

Sous la direction de Monsieur le Docteur Nguyen Michel

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président  
Monsieur le Professeur GARNIER François | Membre  
Monsieur le Docteur NGUYEN Michel | Directeur  
Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile | Membre  
Monsieur le Docteur BACON Trystan | Membre

Soutenue publiquement le :  
10 Septembre 2020



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignées Goldberg Eve et Le Lièvre de la Morinière Claire,  
Déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par les étudiantes le **15/07/2020**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr  
Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
ETESSE Camille	Soins Palliatifs	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine

GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie

SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie

PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

### PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

### AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

### Aux membres du jury

**Au Professeur Connan**, qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

**Au Docteur Nguyen**, notre directeur de thèse, pour nous avoir permis d'effectuer ce travail auprès d'un public de migrant, et nous avoir mises en contact avec les acteurs de la prise en charge des migrants en Sarthe. Merci pour votre disponibilité et pour les moyens que vous nous avez donné pour réaliser ces entretiens. Merci pour tout ce que vous nous avez appris, à l'occasion de ce travail mais aussi lors de nos différents stages à l'hôpital du Mans.

**Au Professeur Garnier**, pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci également pour vos enseignements universitaires.

**Au Docteur Angoulvant**, pour votre participation à notre jury de thèse, ainsi que pour vos enseignements lors du stage libéral en Sarthe.

**Au Docteur Bacon**, pour nous avoir guidées et encouragées dans la réalisation de notre travail de thèse. Merci pour votre aide, votre disponibilité et vos conseils, ainsi que pour avoir accepté de juger ce travail.

**A tous les participants** à notre travail de thèse. Merci infiniment de nous avoir accordé votre temps, et d'avoir accepté de partager vos visions de la santé avec nous. Vous rencontrer nous a été précieux.

**A Mme Peiniau-Hellec ainsi qu'aux différentes intervenantes sociales du foyer d'Adoma**, grâce à qui nous avons pu rencontrer les personnes hébergées dans cette structure. Merci pour votre aide dans l'organisation des différents entretiens, et pour vos réponses à nos multiples questions. Nous avons le plus grand respect pour votre travail, qui tire notre société vers le haut.

A Ophélie Vadé, Mathilde Séhan, Michel Goldberg, Camille Etesse et Joëlle Goldberg, pour votre travail de relecture de notre thèse.

A Bastien Dupont, pour tes conseils.

## De la part de Claire

**A Eve**, merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet qui nous tenait à coeur. Le télétravail en période de confinement n'a pas toujours été facile mais nous y sommes arrivées!

**A mes parents**, pour votre soutien et votre aide précieuse tout au long de mes études de médecine.

**A mes petites soeurs**, je suis fière du chemin que vous avez parcouru. A nous quatre nous pourrions construire une belle maison de santé pluriprofessionnelle!

**A mes grands-parents**, qui m'ont transmis l'amour de l'autre.

**A ma grande famille**, pour nos retrouvailles toujours très animées. Spéciale dédicace à Laurette, je suis fière d'être ta consœur.

**Aux médecins** avec qui j'ai eu le plaisir de travailler tout au long de ma formation, notamment pendant mon internat, et qui m'ont transmis leurs connaissances. Plus particulièrement à mes maîtres de stages en ambulatoire qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale. A Gaëlle, pour votre accompagnement pendant ces trois années : Merci !

**A tous les soignants**, que j'ai rencontrés pendant ma formation et avec qui j'ai pris plaisir à travailler en équipe. Merci plus particulièrement à Peguy, Marielle, Mathilde, Thaïs. Merci à l'équipe des urgences de Mayenne et de la clinique Victor Hugo, les sages femmes du Mans.

### **A mes amis :**

**Aux karchériens** avec qui j'ai partagé de longues heures à la BU et à la cafétéria. Tout a débuté dans un bus pour nous rendre au WEI, le hasard fait bien les choses! Maintenant nous sommes éloignés géographiquement mais c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A Marie L et Marine pour ces trois années de vie communes.

A Anne-clotilde et Anne-Marie pour cette croisière aux Saintes pré-confinement qui nous a fait le plus grand bien. Et bien sur à Victor, tu as passé le test haut la main!

A Mathilde, pour ces voyages qui ont rythmés notre internat.

A Béné et Mathilde, pour ces escapes games, ces week-ends au bord de mer.

Aux Maries-Claire, vous avez ensoleillé mon internat avec notre coloc du bonheur.

A Adèle, Ophélie, Jean et Camille pour notre amitié qui s'est construite au cours de nos années de scoutismes.

A mes Supers amis du Lycée, avec vous ils nous arrivent toujours des aventures Incroyables et Palpitantes.

A Lucie, pour cette colo, nos retrouvailles entre Laval, Le Mans et maintenant Tours, à bientôt sur les bords de Loire avec Benjamin.

### **A mes co-internes:**

A Charlotte, avec qui j'ai découvert le folklore des urgences et de Mayenne. A Caro, ou Véro pour les intimes, je t'attends pour le prochain tatoo. A ma Dédé, mon piou-piou, qui vole maintenant de ses propres ailes, j'espère que tu finiras par atterrir au Mans. Aux gyneco, pour cette folle soirée de fin de stage et la joie des UGO. Vous avez mis des paillettes dans ma vie ! A Cédric, pour ces soirées jeux, ces repas à la cafétéria. A Anne pour tes lasagnes, je n'oublie pas que je dois de te faire découvrir les Alpes mancelles. .

**A Elie**, merci pour ton amour, ta joie de vivre au quotidien et ton soutien tout au long de ce travail de thèse. Bientôt ce sera ton tour de devenir docteur.

## De la part d'Eve

**A Claire**, merci pour ta patience et ta motivation. Je suis heureuse d'avoir travaillé sur un sujet aussi intéressant avec toi.

**A mon père**, que je ne pourrais assez remercier. Des multiplications des dîners d'enfance à ce travail de thèse, tu m'as toujours accompagnée à faire ce qui me rends fière. Merci pour ta bienveillance et ton esprit critique. Face à chaque difficulté, j'ai tant de chance d'avoir ton soutien.

**A ma mère**, pour ta bonté et ta générosité. Merci de rester forte et de toujours donner le maximum. Merci pour tout le réconfort que tu m'apportes depuis l'enfance.

**A Jo**, ma sestra, mon double. A ta force et tes avis passionnés. Je suis si fière de toi. Merci d'être celle avec qui je partage tout : de nos parents à notre métier, de nos séances de yoga à nos livres préférés, de nos idéaux politiques à notre amour de France Inter. Merci de toujours trouver la référence que j'ai sur le bout de la langue.

**A mes grands-parents Anna et Willy**, votre amour et votre fierté me sont précieux.

**A Sarah**, la mystérieuse, qui a tant grandi. **A Nathan**, le dernier de couvée, merci pour tes remarques futées et pétillantes.

**Aux Sharabi**, et leur bonne humeur communicative.

**A ma grand-mère Sarah**, qui fut la première à me raconter son parcours de réfugiée.

**Aux amis du lycée** : Cécile, Justine, Anne-Charlotte, Anne-Sophie, Lily, Pierre, et tous les autres. Quelle chance d'avoir grandi à vos côtés.

### **Aux amis pictaviens :**

A Sylvain, avec qui j'ai déjà voyagé sur 4 continents, et qui m'a appris que les kirghizes étaient arrivés à pied par la Chine. Merci de me faire rire dans n'importe quelle situation. Merci à Lucia, pour ta patience, ton esprit pratique toujours pertinent, et pour avoir gagné l'Euro 2016 !

A Dridri, pour tes concerts privés, tes récits de la vie de Gengis Khan en randonnée, et la découverte de La Réunion.

A Anne, Virginie, Fanny et Chanty. Pour nous être serré les coudes aux ECN, et avoir rêvé de nos vies d'après. Pour avoir évité les accidents de la route (mais pas les accidents de fenêtre...) au Pérou. Pour nos escapades semestrielles si joyeuses.

**A Marie**, La Perreau, la Queen. A nos danses sur les tables, nos discussions féministes, nos brunch de confinement ensoleillés. Merci pour ta force, qui m'a toujours impressionnée. Merci pour ton soutien pendant mon travail de thèse, alors que tu te bats sur un autre front.

### **Aux merveilleux colocataires :**

Camille, le concentré d'énergie. Merci pour ces fous rires (Hop làà !), et d'être un tel soutien dans les moments difficiles. Mais pourquoi les dinosaures ne peuvent-ils pas applaudir ?

A Luz, nos discussions existentielles, notamment en perruque violette, et nos campings sauvages en van. Merci d'être mon repère angevin.

A Gathou, l'artiste, et mon fournisseur exclusif en prot' ! Tu me sauves de l'anémie.

A Edmond et Solène, ces doux rêveurs.

**Aux autres pépites rencontrées pendant mon internat** : Margaux, Bastien, Thomas, David, Mathilde, Mouton, Clara, Cécile, Anna, et tous les autres Lavallois et Manceaux, cointernes ou non, qui se reconnaîtront. Merci d'avoir partagé mes échecs et mes réussites.

**A mes patients**, pour lesquels j'espère toujours donner le meilleur de moi même.

**Aux chefs, confrères, et collègues soignants**, merci pour votre compagnonnage, qui m'a tant fait progresser.

## Abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
Sonacotra	Société nationale de construction pour les travailleurs algériens
ONG	Organisation non gouvernementale
Comede	Comité pour la santé des exilés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
AME	Aide médicale d'état
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
URML	Union régionale des médecins libéraux
UNHCR	Haut commissariat des nations unies pour les réfugiés
AGAFI	Association de gestion, d'actions, de formation et d'insertion
EMPP	Equipe mobile psychiatrie-précarité
MNA	Mineur non accompagné

## Définitions

Migrant	Personne ayant résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles qu'en soient les causes du mouvement, volontaires ou involontaires, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer
Réfugié	Personne se trouvant hors de son pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale ».

# Plan

## LISTE DES ABREVIATIONS

## TABLE DES MATIERES

## RESUME

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

## RÉSULTATS

### **1. Description de la population**

- 1.1. Caractéristiques de la population
- 1.2. Le vécu de la migration et les modèles de soin antérieurs

### **2. Vécu des soins en France**

- 2.1. Le circuit habituel du rendez-vous médical
- 2.2. Les notions concernant le rendez-vous santé

### **3. Représentations concernant les soins**

- 3.1. Les motifs de consultation
- 3.2. Les représentations de la santé
- 3.3. Les freins à l'accès aux soins
- 3.4. Les représentations des soins de prévention

### **4. Besoins exprimés concernant les soins**

- 4.1. L'apprentissage du système de soins français
- 4.2. Les qualités nécessaires aux soignants
- 4.3. La relation avec les soignants
- 4.4. La place des examens complémentaires
- 4.5. La relation aux traitements

## DISCUSSION ET CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

# **TITRE : Besoins exprimés des migrants primo-arrivants en Sarthe concernant le rendez-vous santé**

**Auteurs : Le Lièvre De La Morinière Claire, Goldberg Eve.**

## **Répartition du travail**

Nous avons réparti l'ensemble de ce travail de thèse en participant chacune pour moitié à chaque étape :

- Nous avons chacune organisé, réalisé et retranscrit la moitié des entretiens
- L'analyse verticale des entretiens a été réalisée par chacune d'entre nous, puis nous avons mis nos résultats en commun. En cas de désaccord, nous avons fait appel à notre directeur de thèse.
- L'analyse transversale a été faite de façon commune.
- Nous avons rédigé ensemble cette thèse.

## **RESUME**

Introduction : La circulaire gouvernementale du 8 juin 2018 a créé le rendez-vous santé, qui permet un bilan de santé complet et l'éducation au système de soins français aux migrants primo-arrivants, dans les quatre mois suivant leur arrivée sur le territoire. L'objectif de cette étude qualitative était d'interroger les besoins exprimés et les représentations des migrants primo-arrivants concernant ce rendez-vous santé.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt réfugiés primo-arrivants depuis moins de quatre mois dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR. La moitié des participants étaient allophones, et ces entretiens ont été réalisés avec la collaboration d'interprètes.

Résultats : Aucun des participants n'avait connaissance du rendez-vous santé. La méconnaissance du système de soin et la barrière de la langue représentaient les principaux freins rencontrés dans leur prise en charge. Les participants exprimaient un besoin d'accompagnement dans leurs soins, ainsi qu'une éducation aux soins de prévention. Ils souhaitaient un médecin référent pour centraliser leur prise en charge et celle de leur famille. Ils insistaient sur l'importance d'explications médicales adaptées à leur niveau de français et à leurs différences culturelles.

Discussion : Le rendez-vous santé pourrait faciliter l'intégration des migrants dans le système de soins. Dans le contexte de perte de repère entraîné par la migration, il apparaît primordial que le rendez-vous santé soit organisé d'une façon systématisée et centralisée sur le territoire sarthois. Cette organisation devrait faire appel aux services d'un médiateur en santé pour accompagner au mieux les patients migrants. La communication autour du rendez-vous santé est aussi à renforcer, auprès des acteurs du système de soin et du public visé.

# INTRODUCTION

## 1. Contexte

Les migrants représentent près de 4% de la population Sarthoise. En 2018, le nombre de premières demandes d'asile en Sarthe était 2,6 fois plus élevé qu'en 2017 (1,2).

Une circulaire du gouvernement, parue le 8 juin 2018 (3), demande à chaque département d'organiser pour les migrants primo-arrivants un rendez-vous de santé dans les quatre mois suivant leur arrivée sur le territoire français. Ce rendez-vous a pour objectif de faciliter l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes. Il doit permettre à certains migrants de faire une demande de régularisation pour raison de santé. C'est aussi l'occasion de dépister les troubles psychiatriques engendrés par la précarité ou par le parcours de migration (4).

Les recommandations formulées par cette circulaire rejoignent pour beaucoup celles du Comede, le Comité pour la santé des exilés, qui travaille depuis 1979 sur la santé et les droits des migrants. Leur dernier guide, paru en 2015, est un outil majeur à disposition des médecins généralistes pour la prise en charge de ces patients (5).

A ce jour, en Sarthe, le rendez-vous santé n'en est encore qu'au stade de projet. Actuellement, les migrants sans couverture sociale et nécessitant des soins sont adressés à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital du Mans ou à des associations caritatives avec des médecins bénévoles. Une fois leurs droits ouverts, un relais doit être organisé avec la médecine générale de ville (6).

Cependant, le comité de pilotage de la PASS du Mans relève qu'une majorité des patients soignés dans cette structure bénéficient déjà de droits (Aide Médicale d'Etat (AME), ou Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc)) (7). Leur ouverture aux droits est relativement rapide en Sarthe (de deux à quatre semaines). Ces patients ne pourraient, en théorie, plus avoir accès aux services de la PASS, qui est réservée aux personnes qui ne bénéficient pas de ces droits.

Dès lors, les professionnels de santé de la PASS sont face à un problème : ils ne savent pas à qui adresser ces patients car le relais avec la médecine de ville, générale et spécialisée, s'avère difficile du fait de la démographie médicale. Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé (ARS) accepte que ces patients poursuivent leur suivi à la PASS.

Les intervenants sociaux qui aident à l'intégration de ces populations sont aussi dépassés par les problèmes de santé de plus en plus fréquents des primo-arrivants, et se sentent démunis devant l'absence d'interlocuteur médical à qui les adresser. Certains centres d'accueil de demandeurs d'asile envisagent ainsi la création d'un poste infirmier de coordination pour accompagner les migrants dans leurs parcours de soins (8).

Parmi les freins pour la mise en place du suivi des migrants chez les médecins généralistes, on retrouve le manque de temps et la difficulté de gestion des rendez-vous mais également la barrière de la langue et la barrière culturelle (9-10-11). Accueillir des migrants au cabinet médical de ville demande des compétences (14), telle que la communication. Depuis plusieurs années, en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), l'ARS des Pays de La Loire finance l'accès à l'interprétariat téléphonique pour les médecins libéraux. L'expérience est positive pour les médecins ainsi que pour les patients (12-13). Mais les autres difficultés persistent. En instaurant un point de départ clair au suivi médical des patients primo-arrivants, le rendez-vous santé pourrait faciliter le travail du médecin généraliste pour leur prise en charge. Ce rendez-vous santé pourrait donc être considéré comme la première étape en vue d'un suivi médical à long terme sur le territoire français.

L'objectif principal de notre étude est d'interroger les connaissances, les représentations et les attentes des migrants concernant ce rendez-vous santé.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les points importants à aborder lors du rendez-vous santé, de déterminer la manière d'aborder le parcours de migration et les éventuels traumatismes, et d'adapter le niveau d'accompagnement aux attentes des patients migrants.

## **2. Présentation de l'entreprise Adoma**

Adoma est une entreprise implantée sur tout le territoire français, qui appartient au groupe CDC Habitat. Ses missions ont évolué depuis sa création en 1956 sous le nom de Sonacotra. Actuellement, Adoma gère et construit des logements d'urgence transitoires dans lesquels des personnes peuvent habiter en attendant d'avoir un logement décent. Elle permet ainsi l'insertion sociale par l'accès au logement.

En 2019, environ 90 personnes ont été accueillies au foyer Adoma d'Arnage. Ce foyer accueille des personnes arrivant en France dans le cadre du programme de réinstallation du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). Ils y demeurent en attendant d'accéder à un logement autonome ou en résidence sociale. Le nombre de personnes réinstallées par département est défini chaque année par les différentes préfetures.

Les intervenantes sociales accompagnent ces réfugiés pendant neuf mois, voire pendant quinze mois pour les jeunes de moins de 25 ans. Elles les aident dans les démarches administratives telles que celles permettant l'accès à un logement, aux soins médicaux, et à un emploi.

## **3. Présentation du programme de réinstallation de l'UNHCR**

L'UNHCR est le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. Cette structure a été créée en 1950 suite à la Seconde Guerre mondiale, pour venir en aide aux Européens qui avaient fui ou perdu leur maison. Depuis, l'UNHCR vient en aide aux réfugiés dans le monde entier.

L'UNHCR est financé principalement par des contributions volontaires des différents gouvernements et de l'Union Européenne, mais aussi par des dons du secteur privé (entreprises, fondations...) et par d'autres Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Actuellement, environ 70.8 millions de personnes dans le monde ont été forcées de fuir leur foyer, en plus des millions d'apatrides. Une grande partie de ces réfugiés ne peuvent pas retourner dans leur pays car les conflits y sont toujours en cours. C'est dans ce contexte que le programme de

réinstallation permet aux réfugiés d'un pays d'asile d'être transférés dans un Etat tiers qui s'engage à les accueillir et à leur accorder à terme une résidence permanente. Seuls quelques États dans le monde sont partenaires de ce projet, qui représente une solution durable pour certains réfugiés.

# MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative unicentrique réalisée à partir d'entretiens individuels de migrants primo-arrivants dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR.

## 2. Sélection et recrutement de l'échantillon

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient les suivants :

- Personne majeure
- Migrant primo-arrivant en Sarthe
- Arrivée sur le territoire français depuis maximum quatre mois (18 semaines) au moment de l'entretien

Le seul critère de non-inclusion était le non-respect de l'un des critères d'inclusion.

Les participants ont été recrutés dans un foyer d'accueil géré par l'entreprise Adoma. Toutes les personnes accueillies dans ce foyer au moment de notre étude étaient originaires de République Centrafricaine ou du Soudan.

Nous avons obtenu l'accord de la directrice d'hébergement du foyer d'accueil Adoma d'Arnage pour la réalisation de ce travail. Nous nous sommes présentées au foyer à plusieurs reprises pour expliquer notre étude auprès des personnes présentes à ce moment-là, en faisant du porte à porte. Quand les personnes rencontrées nous donnaient leur accord oral pour participer à notre étude, nous leur fixions un rendez-vous pour l'entretien. Ce rendez-vous était parfois fixé par l'intermédiaire des intervenantes sociales, principalement pour les allophones.

Nous avons réalisé vingt entretiens. Aucun participant n'a été exclu. La période des entretiens s'est étalée du 17 décembre 2019 au 26 février 2020, soit une période de deux mois. Le temps d'enregistrement des entretiens était compris entre un minimum de 15 minutes et un maximum de 60 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 38 minutes et 30 secondes.

### **3. Informations données aux participants**

Nous avons exposé dans le foyer d'Adoma une affiche expliquant notre travail (Annexe n°1). Quand nous nous présentions au foyer pour expliquer notre travail aux éventuels participants, nous leur remettions une lettre d'information, qui rappelait que l'entretien allait être enregistré, retranscrit et anonymisé, et qu'ils pourraient retirer leur consentement à tout instant (Annexe n°2). Ce document était traduit en arabe.

Pour la réalisation des 10 premiers entretiens, nous nous sommes présentées comme des médecins généralistes réalisant leur travail de thèse avec des migrants. Cela a provoqué une confusion chez certains participants, qui ont pensé que l'entretien était une consultation médicale. Pour les 10 derniers entretiens, nous nous sommes donc présentées comme étant des chercheuses.

### **4. Conception et évolution du guide d'entretien**

Nous avons conçu notre guide d'entretien à partir de données de la littérature afin d'aborder les thèmes suivants :

- Le système de soin connu dans leur pays d'origine
- Les représentations de la santé
- La représentation des soins en France
- Les attentes concernant les soins en France
- Les connaissances sur la vaccination et la contraception

La prévention étant l'un des objectifs du « rendez-vous de santé », nous avons interrogé les participants sur ces deux sujets plus précis.

Nous avons utilisé les définitions suivantes :

- Représentation : Perception, image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.
- Besoin : Chose considérée comme nécessaire.

Ce guide a été testé lors des deux premiers entretiens. Nous avons observé que les questions ouvertes étaient mal comprises par les participants. Nous avons donc utilisé des questions ouvertes associées à des questions fermées pour les huit entretiens suivants. Les réponses étaient alors peu élaborées. Nous n'avons utilisé que des questions ouvertes à partir du onzième entretien. Notre canevas a ainsi évolué au cours de notre étude, en fonction de la compréhension des participants et des nouveaux thèmes apparus lors des entretiens précédents. Le guide d'entretien final peut être retrouvé en annexe n°3.

## **5. Modalités de réalisation des entretiens**

Les entretiens ont été menés dans un bureau du foyer d'accueil Adoma où nous avons recruté les participants. Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien élaboré au préalable.

Les entretiens ont été conduits en français pour les francophones. Pour les allophones, les entretiens ont été conduits dans la langue du participant, avec une traduction par un interprète professionnel au téléphone et exceptionnellement, un interprète physique non professionnel. Au début de chaque entretien, nous expliquons à nouveau l'étude au participant. Pour les personnes allophones, nous demandons à l'interprète d'expliquer le but de l'entretien. Nous faisons signer le consentement écrit après cette explication (Annexe n°4).

## **6. Retranscription et analyse des données**

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les données ont été anonymisées et tous les éléments susceptibles de permettre d'identifier le participant ont été remplacés par un terme générique.

La retranscription s'est faite mot à mot sur un format Word®, le jour même ou dans les jours suivants l'entretien, en respectant les tournures de phrases, les silences et les hésitations lors des entretiens avec les participants francophones. Pour les participants allophones, les silences et les hésitations de l'interprète n'ont pas été retranscrits car nous les avons considérés comme

appartenant à l'interprète et non au participant. Nous avons gardé le pronom utilisé par l'interprète. Nous avons mentionné lorsqu'il y avait un échange long entre l'interprète et le participant ou lorsque la traduction ne nous paraissait pas exacte.

L'analyse a d'abord été verticale. Nous avons identifié tous les verbatim dans chaque entretien. Cette analyse a débuté pendant la réalisation des entretiens. Après avoir fini l'ensemble des entretiens, nous avons fait une analyse thématique de type inductif à l'aide du logiciel Excel®. L'analyse des données a été triangulée par un autre chercheur.

## **7. Accord du comité d'éthique**

La méthodologie de notre étude a été validée par la commission du 7 novembre 2019 du Groupe Ethique du Centre Hospitalier du Mans. (Annexe n°5)

# RÉSULTATS

## 1. Description de la population

### 1.1. Caractéristiques de la population.

Nous avons interrogé une majorité de femmes : douze femmes (60%) et huit hommes (40%). L'âge moyen de notre population est de 25,4 ans. Les bornes externes vont de 18 ans à 36 ans.

Les migrants rencontrés sont exclusivement originaires de Centrafrique, pour treize d'entre eux, et du Soudan, pour sept d'entre eux. Ils ont tous vécu dans des camps de réfugiés au Tchad. Ils ont obtenu le statut de réfugié au Tchad avant de migrer légalement en France.

Tous les migrants accueillis dans le foyer où nous avons recruté les participants sont venus en France avec des membres de leur famille. Plusieurs membres d'une même famille ont parfois été interrogés.

Les participants étaient en France depuis une moyenne de 13,8 semaines au moment de l'entretien : au minimum 3 semaines et au maximum 18 semaines.

Nous avons réalisé dix entretiens avec des participants francophones et dix entretiens avec des participants allophones. Nous avons collaboré avec des interprètes professionnels par téléphone pour neuf entretiens. Pour un entretien, la traduction a été réalisée par un proche du participant, habitant dans la structure.

Le tableau suivant reprend les principales caractéristiques des participants :

Entretien	Durée des entretiens	Sexe	Age	Pays d'origine	Durée en France	Langue	Interprète
1	28'	Femme	25 ans	Centrafrique	8 semaines	Français	Non
2	23'	Femme	23 ans	Centrafrique	8 semaines	Français	Non
3	35'	Homme	29 ans	Centrafrique	8 semaines	Français	Non
4	44'	Homme	22 ans	Centrafrique	9 semaines	Sango	Oui
5	44'	Homme	18 ans	Soudan	12 semaines	Arabe	Oui
6	36'	Femme	37 ans	Centrafrique	12 semaines	Sango	Oui
7	29'	Homme	30 ans	Soudan	14 semaines	Arabe	Oui
8	38'	Femme	21 ans	Centrafrique	14 semaines	Sango	Oui
9	15'	Homme	26 ans	Centrafrique	15 semaines	Français	Non
10	35'	Homme	23 ans	Soudan	16 semaines	Arabe	Oui
11	44'	Femme	25 ans	Centrafrique	17 semaines	Français	Non
12	44'	Homme	26 ans	Centrafrique	17 semaines	Français	Non
13	35'	Femme	21 ans	Centrafrique	3 semaines	Français	Non
14	45'	Femme	23 ans	Soudan	17 semaines	Arabe	Oui
15	60'	Femme	28 ans	Soudan	17 semaines	Arabe	Oui
16	52'	Femme	25 ans	Soudan	18 semaines	Arabe	Oui
17	44'	Femme	36 ans	Centrafrique	18 semaines	Français	Non
18	44'	Femme	19 ans	Centrafrique	18 semaines	Français	Non
19	40'	Femme	28 ans	Centrafrique	18 semaines	Français	Non
20	35'	Femme	24 ans	Soudan	18 semaines	Arabe	Oui

#### I- Caractéristique de la population de l'étude

### 1.2. Le vécu de la migration et les modèles de soin antérieurs

La plupart des participants ont obtenu le statut de réfugié suite à des guerres et à des discriminations religieuses dans leur pays d'origine.

Après de lourdes démarches administratives, ils se disaient soulagés d'avoir migré en France.

Les soins rencontrés dans leur pays d'origine étaient principalement hospitaliers, non programmés et coûteux. Ils s'en disaient globalement peu satisfaits.

Le détail de ces résultats peut être retrouvé en annexe n°7.

## 2. Vécu des soins en France

### 2.1. Le circuit habituel du rendez-vous médical

#### 2.1.1. La prise du rendez-vous médical

Pour la grande majorité des personnes interrogées, la prise du rendez-vous médical devait être effectuée par l'intervenante sociale :

*"Si je suis malade, j'explique à l'assistante sociale, c'est elle qui me donne un rendez-vous pour voir un médecin." E6*

Une participante nous disait s'être déplacée en personne à l'hôpital pour prendre son rendez-vous :

*"Je suis allée à l'hôpital. Vers l'endroit où l'on fait les vaccinations là que j'ai pris le rendez-vous. [...] Et lorsqu'elle m'a donné [ndlr : le rendez-vous] j'ai rentré, c'est pas le même jour que le docteur va me voir." E11*

Une autre envisageait de prendre rendez-vous elle-même par téléphone, bien qu'elle n'en avait pas encore eu l'occasion :

*"Tout d'abord je l'appelle par téléphone. Il me fixe un rendez-vous. [...] Je parle tout doucement. [...] Non, j'ai pas eu besoin de le faire [ndlr : la prise de rendez-vous médical] depuis mon arrivée. [...] On appelle par téléphone, on se présente, on dit qu'on a besoin d'un rendez-vous et le jour du rendez-vous on y va." E16*

#### 2.1.2. La programmation des soins

La plupart des participants décrivaient une prise de rendez-vous nécessaire pour voir un médecin en France :

*"Vous prenez contact avec un médecin qui vous donne rendez-vous à un moment déterminé et vous passez le voir." E7*

Cela interrogeait d'ailleurs l'une des personnes interrogées :

*"Et pourquoi pour aller voir un médecin on doit prendre un rendez-vous pour aller le voir sinon on ne peut pas le voir ?" E6*

Cette procédure était considérée comme difficile par l'une des participantes, et plusieurs d'entre eux rapportaient un délai de consultation considéré comme long :

*"Oui [ndlr : c'est difficile] parce que la procédure pour prendre rendez-vous ça prend du temps et quand le rendez-vous est fixé c'est à ce moment-là que je peux aller voir le médecin." E8*

### 2.1.3. Les moyens de rappel du rendez-vous médical

La majorité des participants utilisaient un rappel écrit, sur papier ou sur agenda, pour se souvenir de leur rendez-vous médical :

*"Si on me donne un papier avec le rendez-vous, je peux bien le garder et je peux me souvenir du jour et de l'heure du rendez vous avec le docteur." E2*

La plupart d'entre eux bénéficiaient aussi d'un rappel par l'une des intervenantes sociales :

*"Quand l'assistante sociale reçoit le papier du rendez-vous c'est elle qui me dit quand je vais y aller parce que je ne connais pas les dates." E6*

Spontanément, beaucoup de participants tentaient de se rappeler de leur rendez-vous de mémoire :

*"Dès lors qu'on me fixe un rendez-vous [ndlr : médical] j'essaye de garder en tête et de ne pas oublier." E4*

Une participante évoquait un risque d'oubli de ce rendez-vous en l'absence de rappel écrit, à cause de ses autres obligations à retenir :

*"J'ai accroché ça à ma porte comme ça, et chaque heure, chaque temps, chaque jour je vois l'heure, je sais quand ça [ndlr : le rendez-vous médical] va venir. Sinon j'allais oublier parce que je faisais AGAFI avec le cours en même temps que ça..." E11*

### 2.1.4. L'importance de la ponctualité concernant les rendez-vous médicaux

La plupart des personnes interrogées considéraient qu'il était important d'être ponctuel au rendez-vous, et s'organisaient ainsi pour partir à l'avance :

*"C'est que tu as un rendez-vous avec un docteur. On te donne le jour et l'heure. Il faut être très tôt avant, quelqu'un vient avec lui. Il ne faut pas rater l'horaire, il faut être très tôt avant." E2*

Le risque en cas de retard évoqué par certaines participantes était de ne pas être reçues par le médecin :

*"Et si j'allais à pied je peux arriver là-bas en retard ou bien l'heure est déjà passée. Donc le docteur ne peut pas me recevoir." E19*

Malgré cette volonté de ponctualité, plusieurs participants évoquaient des difficultés pour arriver à l'heure. Parmi les difficultés rencontrées, certaines évoquaient la difficulté pour trouver le lieu de consultation, les problèmes de transports, ou les difficultés de hiérarchisation par rapport à d'autres obligations :

*"J'avais des cours à l'école et je suis venu en retard au rendez-vous, et j'ai eu du mal à trouver l'adresse aussi." E7*

### 2.1.5. Le déplacement au rendez-vous médical

Des difficultés pour se déplacer au rendez-vous médical ont été rapportées par certains participants, principalement par des femmes parlant le français. Ces difficultés étaient liées à une méconnaissance des moyens de transport, à des difficultés pour s'orienter, ainsi qu'à une perception, chez une participante, de refus d'indication de la part du personnel considéré comme qualifié :

*"Je ne suis pas allée [ndlr: à un rendez-vous médical], je ne sais pas [ndlr: comment faire pour m'y rendre]." E2*

*"Si je demande personne où c'est pour la... Tubercule, ou bien l'endroit pour faire les vaccinations là, ils savent mais il dit non. Faut pas, ils parlent comme ça. Ils refusent. [...] Beaucoup de gens ! Si on demande l'endroit où aller il dit "Non, on connaît pas" alors qu'il travaille là. Bah ça c'est pas gentil." E11*

La majorité des personnes interrogées utilisaient le bus comme moyen de transport pour se rendre à un rendez-vous médical :

*"Oui par exemple, j'ai ticket de bus. J'ai mon ticket de bus, si on me donne rendez-vous." E19*

Une participante s'était rendue aux urgences en ambulance :

*"Son mari a appelé les urgences et ils sont venus la chercher chez elle." E20*

Plusieurs participants avaient été accompagnés par une intervenante sociale pour leur premier trajet pour aller à un rendez-vous médical, et étaient désormais autonomes :

*"La première fois c'est mon assistante qui m'accompagne jusqu'à l'hôpital comme ça. C'est une fois seulement, le reste je me débrouille. [...] Je suis revenu tout seul." E9*

L'une des personnes interrogées utilisait un GPS comme outil pour ses déplacements :

*"Oui, par GPS, l'endroit qu'on cherche, dans l'hôpital, si on ne trouve pas, alors le téléphone va nous diriger." E11*

### 2.1.6. Le lieu du rendez-vous médical

L'hôpital représentait le lieu de soins pour la plupart des participants :

*"Si je suis malade je pars à l'hôpital." E11*

Un seul participant disait s'être rendu dans une clinique :

*"Ce n'est pas à l'hôpital, c'est une clinique." E3*

Une autre personne s'était présentée aux urgences :

*"Elle est allée à l'urgence." E20*

L'accès à un médecin en cabinet de ville était méconnu des personnes interrogées et n'a pas été mentionné. Une participante y serait favorable :

*"Elle a dit oui que un médecin dans un cabinet de médecin ça sera mieux pour elle." E20*

### **2.1.7. La durée du rendez-vous médical**

La plupart des participants qui avaient déjà consulté un médecin en France rapportaient une durée de consultation d'environ 15 à 20 minutes, vécue comme appropriée ou trop courte :

*"On a fait seulement quinze minutes là bas. On est rentré, on l'a [ndlr : sa petite soeur] vaccinée. [...] C'est pas rapide quoi et c'était pas très [ndlr : insiste sur ce mot] long. Mais quand même ça a duré un peu." E11*

*"Mais ça ne dure pas longtemps [ndlr: la consultation]." E6*

D'autres personnes, principalement des hommes, imaginaient une durée de consultation plus longue, allant de 30 minutes à 1 heure :

*"[A votre avis, combien de temps dure habituellement une consultation avec un médecin ?] 1 heure de temps." E7*

## **2.2. Les notions concernant le rendez-vous santé**

La notion de "rendez-vous santé" était méconnue des personnes interrogées dans cette étude :

*"[Est-ce que tu as déjà entendu parler du rendez-vous de santé?] Non, pas encore." E3*

La plupart des participants pensant connaître cette notion semblaient la confondre avec un rendez-vous médical :

*"Rendez-vous de santé ? Bah oui c'est rendez-vous de santé par exemple à l'hôpital. (Silence) Par exemple à l'hôpital on peut te donner rendez-vous d'aller. Tu vas, est-ce que tu es en bonne santé ou bien tu es malade. Tu peux t'expliquer. On peut te soigner quoi." E19*

## 3. Représentations concernant les soins

### 3.1. Les motifs de consultation

#### 3.1.1. Les problèmes de santé

La douleur était au centre des préoccupations, et représentait à elle seule la moitié des problèmes de santé évoqués par les participants :

*"J'ai des douleurs dans tout le corps, je veux en parler avec le médecin." E7*

Les types de douleurs étaient variés. Des céphalées étaient souvent rapportées. Puis venaient les douleurs abdominales, musculo-squelettiques, thoraciques et les douleurs diffuses. Une participante se plaignait d'odynophagie. Plusieurs femmes présentaient des dysménorrhées :

*"Le problème c'est qu'elle a des règles douloureuses. Elle a dit que pour elle c'est différent, elle ne peut pas même bouger." E14*

Certains participants expliquaient leurs douleurs par l'activité physique, l'arrêt du tabac ou leurs cauchemars :

*"Le problème dès qu'elle fait du sport, quand elle rentre elle a mal partout." E14*

*"Déjà il a fumé pendant 14 ans et le fait de l'arrêter par exemple ça lui procure des effets tels que des constipations, des maux au niveau du ventre, voilà." E15*

*"Et quand je fais des cauchemars comme ça, en me levant... maux de tête ça commence. Ça me lâche pas." E18*

Ces douleurs pouvaient être invalidantes :

*"Je ressens des douleurs des pieds jusqu'au bassin, des moments quand je m'allonge, je dors et je n'arrive pas à me relever. [...] Donc il faut prendre mon temps pour me relever." E8*

Les problèmes gynécologiques représentaient un motif de consultation fréquent aussi. Certaines femmes se plaignaient de méno-métrorragies :

*"Pour la date de mes règles... Pour la première fois : d'habitude je fais le 1e le 2 le 3. Pour moi, la semaine, pour le mois prochain. J'ai réglé le 20, 21, 22. Je saigne le mois prochain le 27, 28, 29 et le 30 arrêt. Mais ça me dérange. Je saigne pour la première fois je saigne ce n'est pas comme ça." E1*

Une femme s'interrogeait sur ses fausses couches à répétition :

*"Elle a perdu beaucoup d'enfants. Elle a fait beaucoup de fausses couches. Depuis sa fille de dix ans elle n'a pas eu d'autre enfant." E6*

Certains participants présentaient des problèmes dermatologiques, comme l'un d'entre eux qui avait consulté suite à une éruption cutanée :

*"Ces tâches là. [ndlr : Montre son bras] [...] Oui c'est ce que j'ai expliqué à docteur, pour donner les médicaments." E1*

Les participants rapportaient aussi des troubles anxieux. Plusieurs d'entre eux mentionnaient des troubles du sommeil, qui pouvaient occasionner un retentissement sur la vie quotidienne :

*"La nuit je ne dors pas. Je ne sais pas pourquoi je ne trouve pas le sommeil, je m'endors vers 5-6h comme ça. [...] Je ne dors pas la nuit et si j'ai un rendez-vous le matin ou les cours qu'est-ce que je vais faire ? J'ai l'habitude de dormir seulement le matin." E2*

Cette même participante expliquait, une fois l'enregistrement terminé, que l'une de ses filles était décédée quelques jours avant son départ pour la France :

*"[ndlr : Elle m'explique après la fin de l'enregistrement que sa fille est décédée 3 semaines avant qu'elle ne parte en France. Elle a eu une forte fièvre. Elle l'a emmenée à l'hôpital mais quelques heures après elle est décédée. Elle ne sait pas de quoi elle est décédée. Elle reste calme et souriante en évoquant ce souvenir.]" E2*

Une participante se décrivait comme moins anxieuse depuis son arrivée en France :

*"Je pense pas beaucoup, j'ai peur pas comme chez moi avant. Parce que chez moi quand on reste même on a peur. Parce que deux ou trois jours y a guerre, deux ou trois jours les gens se fuient par là, par là par là. Bon quand j'ai venu en France je suis mieux, je comprends mes enfants, mes enfants comprend que je suis mieux quoi." E19*

Une autre participante présentait de nombreux cauchemars et une anorexie, en lien avec un état de stress post-traumatique suite à la guerre qu'elle avait fui :

*"Mais la nuit je pense jusqu'à lever du soleil, je pense. Et je fais des cauchemars terribles. Et quand je fais des cauchemars comme ça, en me levant... maux de tête ça commence. Ca me lâche pas. [...] Toute la nuit, je pense à des choses qui sont passées. Des événements qui a duré presque sept ans. Mais dans ma tête, je vois que c'était comme si hier. [...] J'arrive pas à manger, non. Je mange pas bien." E18*

D'autres problèmes étaient plus rarement mentionnés, tels qu'une dysphonie, des problèmes cardiaques résolus, une asthénie, des caries dentaires, ou une perception anormale de chaleur ou de froid.

Les participants considéraient souvent que leurs symptômes étaient sans gravité, même dans le cas de douleurs invalidantes :

*"C'est le docteur. Il a dit comme ça. Il a vérifié mon tension... tout, tout, tout, tout, tout. Il a dit... C'est, moi je souffrir de douleur seulement. C'est ça." E17*

Une autre participante trouvait cependant que les problèmes de cœur devaient nécessiter une attention particulière :

*"Le cœur là, c'est important, non ?" E11*

### **3.1.2. Les conditions nécessitant de voir le médecin**

La plupart des participants exprimaient le besoin de voir le médecin en cas de maladie :

*"Il dit que s'il est malade. Il demande toujours de voir le médecin." E10*

Ainsi, certains n'avaient pas encore rencontré de médecin au moment de l'entretien car ils n'avaient pas présenté de symptôme :

*"Ici on est venu pas encore, je ne suis pas malade." E13*

Plusieurs participants insistaient sur l'importance de ne pas voir le médecin sans motif :

*"Pour rien comme ça tu pars à l'hôpital, tu dis "non je suis malade", bon, si ils ont vérifié, tu n'as rien là, c'est pas bien. Il faut d'abord... si sérieusement tu es malade là, tu dois aller, c'est normal. Mais pour rien là, tu vas aller là-bas là, pour rien même, si ils ont vérifié tu n'as rien là, c'est pas bien ! Il faut c'est vrai tu es malade, comme ça là tu pars là, c'est bien. C'est normal. Mais pour rien là c'est pas bien." E17*

Certains considéraient qu'il fallait recourir au médecin pour les urgences :

*"Parce que le médecin il est pour les urgences." E16*

Et qu'il n'était pas nécessaire de lui parler de leur histoire de vie :

*"[Est-ce que vous pensez que... que c'est important de parler avec le docteur de tout ça [ndlr : l'histoire de vie]?] Non, je parle directement sur malade que j'avais. Parce que.... Mon problème c'est problème de santé, donc je parler directement sur problème de santé, voilà." E12*

Il pouvait être nécessaire de revoir le médecin après avoir réalisé des examens complémentaires prescrits ou après avoir pris un traitement, pour en vérifier l'efficacité :

*"Oui, je fais les radios et j'ai un rendez-vous le 28 même." E9*

*"Et après avoir pris les médicaments il nous demande si ça nous a fait du bien ou pas." E16*

Une participante avait rencontré le médecin suite à l'insistance de sa mère :

*"Avant, ma mère me disait d'aller à l'hôpital. Je dis..., je refusais. Je dis non, je veux pas sortir et... Elle a beaucoup insisté. Bah, je suis allée voir le médecin." E18*

### 3.1.3. Les besoins exprimés concernant la consultation

L'un des principaux objectifs de la consultation concernait la prescription de médicaments :

*"Quand je suis malade je vais à l'hôpital voir un médecin pour me faire une ordonnance." E4*

Rencontrer le médecin permettait aussi d'évaluer leur état de santé :

*"C'est que on va se faire consulter. Alors on voit par exemple si on est en bonne santé. Et si la dame est enceinte, on voit si la dame elle est en bonne santé ou pas, on voit si l'enfant il est en bonne santé ou pas." E16*

L'obtention d'un diagnostic était un autre objectif important de consultation, qui était représentatif du sérieux de la consultation pour l'un des participants :

*"Alors c'est quand il est venu en France qu'il a commencé à faire des consultations sérieuses pour savoir de quoi il souffre." E15*

### 3.1.4. Le besoin exprimé de soins pour les proches

Les participants ayant migré en France avec leurs enfants avaient souvent rencontré un médecin pour ces derniers. Certaines mères rapportaient que leurs enfants avaient été hospitalisés à leur arrivée en France :

*"Ca s'est bien passé. Le jour où on est arrivé ici elle était malade, le palu. On nous a emmené direct à l'hôpital on a passé 4 jours environ à l'hôpital et puis c'est mieux." E2,*

*"Quand je suis arrivée en France, j'ai été hospitalisée pendant 4 jours avec ma fille et ensuite j'ai été aux premiers rendez-vous santé comme vous venez de dire." E8*

Plusieurs mères s'inquiétaient de problèmes de croissance pondérale chez leurs nouveau-nés, et souhaitaient qu'ils bénéficient de soins :

*"Mon sein là, le lait là, ça vient pas beaucoup. Elle a perdu poids un peu. Par rapport à... elle a perdu poids là." E17*

*"Moi ce qui me dérange là un peu là. Parce que je voulais un peu de examen pour ma fille là d'abord." E13*

Certains parents n'avaient jamais rencontré le médecin en France pour eux-même, et disaient mieux connaître les lieux de consultations pour leur enfant :

*"Si on me donne rendez-vous je dois me présenter mais je connais beaucoup plus là où on reçoit les enfants. Là où on reçoit les adultes je connais pas beaucoup." E8*

*"Bah ils [ndlr : les médecins] ont pris que les enfants." E19*

Un homme souhaitait parler au médecin des problèmes de santé de sa femme :

*"C'est pour les problèmes pour ma femme. Je n'en ai pas encore parlé [ndlr : au médecin]"*

E3.

Plusieurs participantes s'inquiétaient quant à elles de l'état de santé de leur mère :

*"Ma mère, elle est malade, elle a des pressions ou on dit dépression." E18*

## **3.2. Les représentations de la santé**

### **3.2.1. L'état de santé ressenti**

#### **a) Un bon état de santé perçu chez la plupart des migrants**

Une grande majorité des participants disait se sentir en bonne santé :

*"Ma santé ? Je suis bien. Je ne suis pas malade." E11*

Ce ressenti était principalement en lien avec l'absence de symptôme :

*"Depuis que je suis arrivée ici je ne sens pas de maladie." E2*

Plusieurs personnes exprimaient une bonne santé perçue malgré des prises médicamenteuses ou des maladies :

*"Ca va. Mais juste pour le moment je suis en traitement pour l'épaule." E9*

Certains participants déclaraient aussi se sentir en meilleure santé en France, sans préciser de lien avec des soins reçus :

*"Il se sent mieux qu'avant, au pays." E10*

#### **b) Un mauvais état de santé perçu chez certains migrants**

Une petite partie des personnes interrogées se déclarait en mauvaise santé :

*"Déjà il ne considère pas que sa santé est bonne." E15*

Un participant mettait en lien son parcours de vie avec ses problèmes de santé actuels :

*"Oui c'est à cause de ça [ndlr : ce qui lui est arrivé avant] que je suis malade." E4*

Chez certains participants, qui se disaient par ailleurs en bonne santé, l'anxiété d'une maladie grave, ressentie ou supposée, pouvait impacter leur état :

*"Sinon, là-bas là, moi-même je sens que je n'ai pas de malade. [...] Et arrivé ici, on m'a fait tous les examens, et après ils ont trouvé hépatite C là. Donc c'est ça. Sinon là je... Moi je pense que je n'ai rien quoi ! Oui c'est ça. Et après dans les examens ils ont trouvé ça. [...] comment on fait pour avoir ça ? Ou bien peut être tu as embrassé une femme, fait bisou ? Ou bien c'est injection ? Ou bien quelque chose qui t'a blessé ? Ou bien de quoi ? Ou bien certaine manger ? C'est ça que je voulais savoir." E12*

Certains s'inquiétaient aussi de l'état de santé d'un proche :

*"Je voulais dire [ndlr : au médecin] qu'elle a qu'à faire examen de ma fille là. Je ne sais pas parce que je l'ai accouchée à 7 mois seulement." E13*

ou du risque de transmission de maladies :

*"On sait jamais. Si exemple moi je suis ici, j'ai des maladies. On m'a pas soigné, je vais contaminer avec [prénom féminin] [ndlr: sa nièce]. Donc c'est ça là ça me gêne. Et je vois ça là ça me gêne carrément." E13*

### **3.2.2. L'importance de l'activité dans la santé**

Pour plusieurs participants, centrafricains et francophones, la santé revêtait une importance particulière car elle permettait d'être actif, de travailler et de prendre soin de ses proches :

*"C'est important parce que c'est pour la santé. Si tu n'es pas en bonne santé tu ne peux pas faire quoi que ce soit." E2*

Pour l'une d'entre eux, c'était le fait d'être actif qui permettait la bonne santé :

*"J'essaie à oublier les angoisses et... être un peu active. J'étais inactive oui. Maintenant pour être active, je cause, j'entre dans les internets. Avant j'ai tout abandonné, oui." E18*

### **3.2.3. La responsabilité du patient migrant dans sa santé**

#### **a) L'importance de la santé**

Plusieurs participants, la plupart originaires du Soudan, décrivaient l'importance de la santé et des soins à leurs yeux :

*"L'important, c'est que tu sois en bonne santé." E16*

L'un d'entre eux disait se rappeler de ses rendez-vous médicaux en conséquence :

*"Moi je suis fatigué, j'ai besoin de me soigner, donc si on me fixe un rendez-vous je l'oublie pas." E7*

Une autre personne disait s'organiser par rapport à ses cours pour pouvoir se présenter aux soins :

*"Le problème c'est que je vais au cours à l'AGAFI. Le soir il n'y a pas de cours. Je vais demander d'annuler le cours. [...] Je vais demander au prof, s'il accepte je vais aller [ndlr : au rendez-vous médical]. Je vais lui montrer les papiers." E3*

## **b) Des patients actifs dans leur prise en charge**

L'une des participantes disait avoir pris l'initiative de la demande de rendez-vous médical :

*"[Et Anne [ndlr : l'intervenante sociale], pourquoi est-ce qu'elle a pris le rendez-vous ?] Parce que c'est moi-même j'ai expliqué avec elle. C'est comme ça. [...] J'ai dit, là-bas au Tchad là, j'ai accouché là, donc... mon sein là, le lait là, ça vient pas beaucoup. Elle a perdu poids un peu. Par rapport à... elle a perdu poids là." E17*

Une fois en présence du médecin, certains migrants attendaient de lui des informations claires concernant leur santé et l'éventuelle gravité de leur maladie :

*"C'est le docteur, il doit connaître tout c'est que avec. Si y en a quelque chose là, il doit expliquer avec toi. Tu dois savoir ton corps. C'est comme ça." E17*

Une participante se disait prête à demander d'elle-même une contraception au médecin :

*"[Comment vous allez faire si le docteur ne vous parle pas de contraception ?] C'est moi même je vais lui demander." E13*

D'autres étaient en demande de traitements :

*"Bon, ce que je pense, je veux juste on me trouve docteur et... pour me donner des traitements. Et si y a des médicaments on me donne, pour faire soigner de ça." E12*

## **c) Les missions du patient dans sa santé**

L'une des participantes décrivait comme un devoir du patient de tenter de se traiter sans l'aide d'un médecin dans un premier temps :

*"Il faut c'est vrai tu es malade, comme ça là tu pars [ndlr : à l'hôpital] là, c'est bien. C'est normal. Mais pour rien là c'est pas bien. [...] Parce que... carrément si tu es malade là, tu regardes comme ça là, tu dois savoir. Y a une journée comme ça, j'ai mal au tête, je viens ici là [ndlr : dans cette pièce] ils ont donné doliprane avec moi là, je bois là. Ma tête là, ça va. C'est comme ça." E17*

Pour une autre, il était de sa responsabilité de lutter contre la dépression :

*"Et une fois arrivée, on m'a expliqué et cette maladie [ndlr : la dépression] euh.... C'est moi qui devrais me soigner même avant que les médecins le voient." E18*

Une autre participante expliquait que le patient avait pour devoir de correctement informer son médecin et de répondre à ses questions, pour lui permettre de le soigner correctement :

*"C'est à moi de lui expliquer aussi, que voilà mon enfant il est malade à côté ou bien il est malade tel côté. [...] [Et vous ne remettez pas en question ce que le médecin vous dit ?] Non par exemple, bah obligatoire si je pars, docteur peut me poser des questions avant de prendre décision. Donc les questions je peux répondre, si je ne connais pas je dis non." E19*

### 3.2.4. La représentation des soins Français

#### a) La représentation du système de soins

Pour l'une des participantes, le système de soin était vécu comme mieux organisé que dans son pays d'origine :

*"Ce que j'ai constaté c'est que les soins en France sont mieux, c'est mieux que chez nous là-bas. [...] Les soins sont mieux et mieux organisés, surtout pour les enfants." E2*

Une seule personne décrivait une préférence pour un système de soins différent :

*"On a qu'à faire examen là-bas d'abord, comme ce qui est Canada ? Comme ça on aide les gens là-bas [ndlr : au Tchad]. On fait radio, examen, quoi, quoi, si la personne elle a maladie même on lui soigne quand même. Elle peut trouver la santé d'abord. Et on va lui emmener. Pour nous on nous emmène comme ça seulement. [...] Sinon en France c'est bon. C'est un bon pays. Mais ce que ça me gêne c'est la maladie. Maladie c'est pas bon." E13*

Un délai de consultation de deux semaines pour voir un médecin était supposé par un participant :

*"[Tu penses que si tu demandes à voir le docteur, ce serait possible dans combien de temps ?] Ce sera après deux semaines." E5*

Une personne évoquait des difficultés pour trouver un médecin en France :

*"Pour avoir du docteur en France c'est pas facile. [...] Je crois que ici il n'y a pas beaucoup du docteur. Les docteurs sont pas nombreux. Et c'est la population qui sont beaucoup. Donc c'est pour cela que je vois ça change comme pour nous ici." E19*

Les soins français étaient supposés coûteux par l'un des participants :

*"Certainement que ça doit [ndlr: les soins] coûter très cher, mais moi j'ai une couverture maladie qu'on m'a remise et avec cette couverture je peux me soigner gratuitement." E7*

Un autre décrivait une facilité pour se faire soigner en France, en lien avec les aides de l'Etat :

*"Il a dit que tout est facile en France, l'état a fait beaucoup d'aide." E10*

## **b) La représentation des médecins**

Certains participants, du fait de longues études de médecine, supposaient que les médecins français étaient meilleurs que ceux dans leur pays d'origine :

*"Pour moi je croyais que c'est une maladie euh... une maladie comment dirais-je ? Je croyais que c'était une maladie très grave pour moi oui. J'ai dit euh... je viendrai ici comme y a beaucoup d'études en France, j'aurai des médecins, meilleurs, qui vont me soigner, un jour, je dirai comme ça."*  
E18

Cette bonne représentation des médecins français était aussi due à la bonne représentation qu'ils avaient de la recherche médicale:

*"Elle dit ça se voit, ici en France y a école des médecins et les gens étudient sur tout. Quoi qu'il en soit elle dit qu'elle sera guérie."* E14

Une participante supposait que le médecin s'occupait aussi des soins dentaires :

*"Si... je trouvais médecin là, il doit voir ça [ndlr : les caries], si ça peut enlever ou ça peut faire quelque chose là, il doit expliquer. C'est ça."* E17

Une autre expliquait que le médecin traitant représentait à ses yeux un médecin spécialiste, contrairement au médecin généraliste :

*"Pour médecin généraliste, c'est à dire, euh... il a fait ses études avec... en global, en général quoi. [...] médecin traitant, c'est un spécialiste. Oui. Un spécialiste à une chose, une seule chose."*  
E18

## **c) La représentation des soins**

Plusieurs participants supposaient que les soins étaient globalement meilleurs en France que dans leur pays d'origine, notamment pour les enfants :

*"Ce que j'ai constaté c'est que les soins en France sont mieux, c'est mieux que chez nous là bas. [...] Les soins sont mieux et mieux organisés, surtout pour les enfants."* E2

Selon l'une des personnes interrogées, il existerait une considération importante pour la vie humaine en France, ce qui mènerait à des soins de meilleure qualité :

*"Bah ici les français quoi ils savent vie humaine, vie humaine pour quelqu'un là. C'est très important. Si quelqu'un est malade, un docteur va lui prescrire normalement. Mais là bas ils s'en foutent. Que tu es en vie ou pas, que tu es malade ou pas, si tu n'as pas l'argent il n'y a pas le soin. Je pense que ici ce sera différent."* E11

Certains participants relevaient au contraire une mauvaise prise en charge médicale en France :

*"Mais les médecins qui l'ont rencontré c'est des médecins qui ne l'ont pas satisfait parce qu'ils ne sont pas parvenus à dire exactement ce qu'il souffre ou comment se soigner."* E15

## d) La représentation des traitements

Une personne interrogée supposait qu'il existait des traitements pour toutes les maladies en France :

*"Mais ce qu'elle sait, qu'en France y a toujours des traitements efficaces pour toutes les maladies." E14*

Une autre s'attendait à des traitements rapides :

*"Elle a pensé que le médecin va donner le traitement vite." E20*

Concernant les vaccinations, une participante les considérait comme mieux organisées que dans son pays d'origine :

*"On m'a vaccinée il y a cela un an. [...] Ca s'est bien passé, mais avec du bruit, beaucoup de gens, et là-bas les choses n'est pas en ordre comme ici." E11*

## 3.3. Les freins à l'accès aux soins

### 3.3.1. Le manque de matériel

Un téléphone est parfois nécessaire pour prendre un rendez-vous médical. Certains participants n'avaient pas de téléphone et devaient faire appel aux intervenantes sociales :

*"Il m'a donné un numéro. Je n'ai pas d'appareil. J'ai demandé à l'assistance d'appeler pour prendre rendez-vous." E3*

Une participante n'avait pas de balance pour surveiller le poids de son enfant :

*"Je connais. Maintenant j'ai... tu vois ! Si tu attrapes elle comme ça là (porte son bébé), elle a un peu poids beaucoup non ? Avant là, comme ça là (soulève son bébé en l'air), elle est mince." E17*

### 3.3.2. La passivité dans la demande de rendez-vous médical

Certains participants attendaient que le médecin vienne les voir sans en faire la démarche :

*"Non je n'ai pas vu [ndlr: le médecin]. Il n'est pas venu me voir." E5*

D'autres s'en remettaient à Dieu pour supporter leur souffrance en attendant de pouvoir voir le médecin :

*"C'est comme ça là on supporte jusqu'à, jusqu'à Dieu, par rapport à la grâce de Dieu, le papier ça sort on vient ici." E 17*

Plusieurs personnes disaient ne pas avoir rencontré de médecin car elles n'avaient pas parlé de leurs problèmes de santé aux intervenantes sociales :

*"[Y a-t-il une raison pour laquelle vous n'avez pas rencontré de médecin ?] Je ne suis pas tombée malade et je n'ai pas expliqué à l'assistante sociale que je souffre de maux de tête chaque nuit." E2*

Parfois, les intervenantes sociales étaient à l'initiative du rendez-vous avec le médecin :

*"J'avais pas encore vu le médecin. L'intervenante sociale m'a vu marcher, et elle m'a demandé, je lui ai expliqué donc elle m'a dit qu'elle va prendre rendez-vous pour moi." E8*

Le médecin pouvait aussi induire une passivité de la part des participants, qui étaient parfois dans l'attente d'une convocation :

*"Elle [ndlr : la médecin] dit, elle va faire des rendez-vous avec un docteur pour me prendre euh... traitement, pour faire soigner ça [ndlr : son hépatite C] [...] Donc jusqu'à maintenant là je n'ai pas encore trouvé le rendez-vous pour le docteur. J'attends seulement. [...] Elle dit "on va te faire vaccin et comme ça si on te faire soigner de ça, prochainement tu vas pas avoir ça aussi". Mais jusqu'à maintenant on m'a pas encore parlé des vaccins." E12*

### **3.3.3. Des rendez-vous parfois difficiles à planifier**

Une fois arrivés en France, les participants doivent suivre des cours pour apprendre le français et le fonctionnement du pays, pour pouvoir s'intégrer plus facilement. Plusieurs personnes avaient dû annuler leurs cours pour se rendre à un rendez-vous médical :

*"Le problème c'est que je vais au cours à l'AGAFI. Le soir il n'y a pas de cours. Je vais demander d'annuler le cours. [...] Je vais demander au prof, s'il accepte je vais aller [ndlr : au rendez-vous médical]. Je vais lui montrer les papiers." E3*

Au cours des entretiens que nous avons menés auprès d'eux nous avons aussi remarqué que les emplois du temps donnés par AGAFI changeaient régulièrement et parfois au dernier moment.

### **3.3.4. La méconnaissance du système de soins Français**

Les participants ne connaissaient pas le fonctionnement de l'hôpital en France.

*"Ici là c'est autre par rapport à chez nous là-bas, c'est autre. Donc on doit... on doit adapter ce qui est ici." E17*

Ils ne savaient pas s'ils allaient être bien soignés :

*"Elle ne sait pas de quoi s'agit l'hôpital, comment on traite les gens à l'hôpital." E14*

Certains rapportaient l'impression d'être perdus dans l'organisation des soins et dans les démarches administratives qu'ils devaient faire à l'hôpital, notamment à propos du fonctionnement de la carte vitale ou encore du règlement des soins :

*"Le jour où on va partir on ne sait pas. On va dormir là-bas ou bien... (Rigole) ou bien on va venir, on ne sait pas." E13*

*"Elle dit elle part à l'hôpital avec la carte vitale mais elle ne sait pas de quoi s'agit-il la carte vitale ça sert à quoi." E14 "Le problème de l'argent ça l'embête. [...] Elle ne sait pas comment les démarches à l'hôpital, elle ne sait pas comment ça fonctionne. C'est ça qui l'embête." E 14*

Des participants décrivaient une perte de repère dans ce nouveau pays. Une mère ne connaissait pas les posologies de traitement pour son enfant :

*"Et [prénom féminin] [ndlr: sa nièce] elle est un peu malade je lui donne médicament. Si la dose est trop là, moi-même je ne sais pas." E13*

Des personnes qui prenaient des traitements habituellement dans leur pays d'origine ne connaissaient pas les noms de ces médicaments :

*"On lui faisait des injections mais elle ne connaît pas le nom." E6*

Une des conséquences de ces méconnaissances était un besoin d'accompagnement pour se soigner :

*"Personnellement je ne peux pas, il faut que je contacte le bureau, c'est à eux de prendre rendez-vous avec le médecin." E8*

Cet accompagnement était réalisé par les intervenantes sociales du foyer. Une participante rapportait l'absence d'autre interlocuteur pour ces questions.

*"Parce que ici je sens, c'est comme y a pas de gardien. C'est nous juste nous, entre réfugiés seulement. Si moi je suis un peu malade là, je peux pas aller chez quelqu'un demander médicament, elle peut pas me donner." E13*

*"Pour premier docteur c'est... notre assistance ici. C'est elle qui a fait les rendez-vous." E12*

### 3.4. Les représentations des soins de prévention

#### 3.4.1. La contraception

##### a) La méconnaissance de la contraception

La plupart des participants, et principalement les femmes, avaient des connaissances sur la contraception, qui restaient en général succinctes :

*"J'en ai entendu parler pour avoir des enfants il faut mettre un peu de temps mais on ne m'a pas expliqué." E6*

Certains d'entre eux ne connaissaient pas le rôle d'une contraception :

*"[ndlr : la contraception] c'est pour me guérir." E5*

Plusieurs participants francophones ne connaissaient pas le mot "contraception". Ce mot n'existe d'ailleurs pas dans la langue parlée par plusieurs des personnes allophones :

*"La contra... Contrace... De quoi vous parlez ?" E12*

*"[Vous savez ce que c'est la contraception ?] [Interprète : Y a pas de mot en sango pour ça.]"*

E4

Dans ce dernier cas, nous demandions à l'interprète de traduire notre définition de la contraception. La plupart du temps, les patients allophones répondaient qu'ils n'en avaient pas entendu parler.

##### b) Les informations reçues concernant la contraception

La plupart des femmes avaient reçu dans leur pays d'origine des informations sur la pilule œstro-progestative ou sur le calcul de leur cycle menstruel :

*"Elle a appris à l'école si quelqu'un n'est pas prêt pour faire un enfant elle doit prendre la pilule. Il y a plusieurs sortes de pilules." E14*

*"Si aujourd'hui là, si tu as trouvé ton règle là, tu dois compter. Telle journée comme ça, tu peux pas coucher avec quelqu'un. Sinon après tu dois tomber enceinte. Tu dois laisser jusqu'à... quatorze-jours, dix-sept jours, comme ça. Parce que ils ont apprendre avec nous." E 17*

Une autre femme avait reçu une information sur la contraception suite à son arrivée en France :

*"Ca c'est pas en Afrique qu'on m'a expliqué. C'est ici, on a été dans un endroit, c'est une dame qui nous explique sur ça aussi. Ca n'a pas duré longtemps. Elle nous a parlé sur ça, comment de ne pas tomber enceinte. [...] Elle nous a tout expliqué. Si quelqu'un tombait enceinte, elle peut prendre le bébé-test pour voir si c'est positif ou négatif, c'est tout." E11*

Les hommes semblaient concernés par la contraception. L'un d'entre eux racontait avoir conseillé à sa sœur de prendre la pilule au Tchad :

*"J'ai dit que ma petite sœur elle est partie. Je vois que c'est mal. J'ai demandé la pilule. Mais elle n'a pas pris et elle est tombée enceinte. [...] Au Tchad. Je lui ai dit de prendre mais elle n'a pas pris." E3*

Un autre participant, venu en France avec sa femme, connaissait mal les différentes méthodes de contraception possibles :

*"Sinon le médecin il a des moyens, d'autres moyens [ndlr : de contraception] dont il a entendu parler vaguement mais il ne connaît pas." E15*

La contraception était globalement peu utilisée dans leur pays d'origine:

*"Mais les gens en [ndlr : des moyens de contraception] utilisent rarement." E18*

### **c) Les méthodes de contraception**

La contraception médicamenteuse la plus fréquemment citée était la pilule œstro-progestative :

*"On peut prendre des comprimés pour ne pas tomber enceinte. Je ne connais pas d'autre moyen." E7*

Plusieurs femmes connaissaient l'implant contraceptif, mais ces connaissances restaient assez floues. L'une d'entre elle en portait un, qu'elle confondait avec une pilule :

*"Non, seulement je prends la pilule (elle montre son bras), il pose pilule." E19*

Le préservatif était aussi un moyen de contraception cité par les participants :

*"Y a le préservatif, non ? C'est comme ça on doit protéger." E17*

Le rôle du préservatif pour se protéger contre les infections sexuellement transmissibles était connu de certaines personnes :

*"Et ça protège aussi les maladies aussi. Si c'est pas ta femme de mariage, tu dois protéger. Mais si c'est ta femme de mariage, eux, vous allez faire des examens, qu'on te dit là pas de problème là, là vous faites l'amour sans problème." E12*

Une femme se disait surprise d'apprendre en France l'existence de préservatif féminin :

*"Elle nous a montré une chose, encore, préservatif, pour les hommes et les femmes. Bah c'est les deux choses-là que je n'imaginais même pas. Elle nous a montré. [...] Le préservatif. Alors elle nous a montré. Pour les hommes, oui, je sais que ça existe, mais pour les femmes bah, elle nous a montré là." E11*

Une autre disait qu'il ne fallait pas faire confiance aux partenaires sexuels masculins pour utiliser le préservatif :

*"Bah oui, là par exemple tu peux te protéger avec préservatif. Mais y a les hommes qui sont plus malins sont là. [...] On peut te montrer qu'ils ont posé mais ils n'ont pas mis. Ca c'est risqué."* E19

Une seule participante évoquait la chirurgie et le stérilet. Elle avait reçu cette information en France :

*"Pour éviter de tomber enceinte, y a beaucoup de choses à faire. Soit quelqu'un peut prendre la pilule, ou bien on le fait opérer, et y a un truc on peut mettre devant chez une femme comme ça, à l'intérieur ! On ne peut pas tomber enceinte ainsi."* E11

L'abstinence était une méthode souvent évoquée. Plusieurs participantes disaient ne pas avoir besoin de contraception car elles n'étaient pas mariées et n'avaient pas de relation sexuelle hors mariage. Une femme expliquait que cette abstinence avant le mariage était en lien avec sa religion :

*"Oui, on m'avait posé la question et je leur avais dit que j'ai pas de mari donc j'ai pas besoin de prendre des médicaments [ndlr : une contraception]."* E8

*"Nous sommes des musulmans, le truc que les gens... Enfin les rapports avec les gens, sans marier, là on ne fait pas. Donc on n'a pas besoin de prendre de médicament, de pilule, tout ça, si on n'est pas mariée."* E11

L'abstinence était aussi utilisée comme moyen de contraception par une femme mariée :

*"Je suis pour les enfants là... Je ne couche pas trop là."* E1

#### **d) Les causes de besoin de contraception**

Toutes les participantes n'exprimaient pas le besoin d'une contraception. Certaines d'entre elles parlaient cependant de leur souhait de ne pas tomber enceinte pour l'instant, à cause des difficultés pour élever seules leurs enfants :

*"Ca là même ça me suffit (montre son bébé). Ca là même ça me suffit, c'est ça. [...] Je vais lui dire [ndlr : au docteur] que la vie maintenant c'est très dur. Si aujourd'hui j'ai un mari, la vie c'est mieux. Mais moi seule je reste comme ça sans médicament [ndlr : contraception] ça ne peut pas aller."* E13

*"Pour tomber enceinte pour rien, parfois là je tombe enceinte et y a pas le papa des enfants... C'est toi seule tu dois occuper là, c'est difficile."* E17

La précarité financière était une autre raison de limiter le nombre d'enfant. Une participante exprimait que les enfants souffraient dans ce contexte, et que les enfants uniques avaient une meilleure qualité de vie selon elle :

*"Il faut être (coupe la phrase) il faut avoir de l'argent pour avoir des enfants. Mais là-bas les gens ont beaucoup des enfants et ils n'ont pas de moyens. Les enfants souffrent. Et c'est pas logique. [...] Comme moi nous sommes nombreuses, ce matin même je disais à ma grande sœur "Si... ma mère... si j'étais une seule dans la famille, ça sera favorable, j'aurais une vie meilleure"."* E18

Une participante s'inquiétait aussi d'un plus grand risque de malformation ou de complication gestationnelle en cas de grossesses rapprochées :

*"Par exemple l'enfant il n'est pas encore, faut qu'une autre vient, mais si il n'est pas encore grand, il faut que j'ai un autre bébé. Ca le fait il devient malformé et c'est pas bien. Parfois l'enfant meurt et c'est pas bien. Donc pour éviter les grossesses."* E19

### **e) Parler de contraception**

Parler de contraception était un sujet difficile à aborder et source de malaise chez certaines participantes :

*"[Explications sur la contraception] (Paraît gênée)."* E2

Le sujet n'était pas sensible pour une autre participante qui souhaitait demander une contraception au médecin. Elle pensait toutefois que la décision finale revenait au médecin.

*"[Comment vous allez faire si le docteur ne vous parle pas de contraception ?] C'est moi même je vais lui demander. [...] Donc c'est moi-même je veux prendre les médicaments. Si il veut il me donne, si il ne veut pas ça va je vais laisser. Je ne peux pas le forcer."* E13

### 3.4.2. Les vaccinations

#### a) Les expériences concernant la vaccination

Une partie des participants avait reçu des vaccins avant d'arriver en France. C'était le plus souvent dans l'enfance, ou pendant la grossesse :

*"Ouais [ndlr : j'ai été vaccinée], quand j'étais petite." E18*

*"Là-bas là je fais. J'ai fait vaccin. [...] Comme pour je suis enceinte. (Sourit)" E17*

Une autre participante avait été vaccinée plus récemment, dans un camp de réfugiés au Tchad :

*"Mais moi au Tchad on m'a vaccinée déjà. On m'a vaccinée il y a cela un an." E11*

Les vaccinations au camp semblaient être réalisées dans des conditions difficiles mêlant foule, bruit et chaleur :

*"On m'a vaccinée il y a cela un an. [...] Ca s'est bien passé, mais avec du bruit, beaucoup de gens, et là-bas les choses n'est pas en ordre comme ici. C'est au dehors, le soleil, beaucoup de monde, et les médecins sont seulement deux." E11*

Une participante évoquait un souvenir douloureux de la vaccination :

*"C'est bien. Comme pour (sourit) je suis enceinte. Ils ont fait même ici là (montre son épaule), ça fait maaal ! Jusqu'à le matin-là, ça va." E17*

Un seul participant disait avoir été vacciné depuis son arrivée en France :

*"En France oui [ndlr : j'ai été vacciné], une fois." E5*

La plupart des personnes interrogées avaient entendu parler des vaccinations, mais n'avaient pas été vaccinées depuis leur arrivée en France :

*"Oui j'ai entendu parler des vaccins mais j'ai jamais fait." E4*

*"Bah, jusqu'à maintenant on m'a pas encore vaccinée." E11*

Les parents, en revanche, rapportaient que leurs enfants avaient été vaccinés en France :

*"J'en ai entendu parler, ma fille a été vaccinée mais moi je n'ai pas été vaccinée." E6*

D'autres participants disaient que leurs proches, en général des enfants, avaient été vaccinés dans leur pays d'origine :

*"[Que savez-vous des vaccins ?] C'est un piqûre mais pour moi pas encore. Ma fille elle a eu au Tchad. Elle a pris deux fois." E13*

*"Seulement les consultations que je fais [ndlr : au pays] par exemple vaccin de rougeole et pour mes enfants vaccin paludisme on fait ça souvent, par mois." E19*

## b) Les connaissances concernant la vaccination

Les participants savaient que les vaccins se font sous forme d'injections, et que plusieurs peuvent être réalisés en même temps :

*"Et le vaccin si quelqu'un rentre à l'intérieur ils vont faire trois ou bien quatre comme ça. Aussi un et un deuxième ils vont faire comme ça (montre les épaules)." E11*

Tous les participants avaient un avis positif concernant les vaccins :

*"Bah les vaccins c'est bien. Faut qu'on en fasse. Les vaccins, c'est contre les maladies. Si je pense. Si on fait les vaccins, y a pas de maladie qui va nous attraper." E11*

Le rôle des vaccins dans la protection contre certaines maladies était connu des participants :

*"Les vaccins c'est important pour ne pas être contaminé avec une maladie." E2*

Le nom des maladies prévenues par les vaccins était rarement connu. Seule une femme savait qu'il existe un vaccin contre le tétanos :

*"C'était de... le vaccin contre le tétanos et ..." E18*

Certains participants pensaient que les vaccins étaient différents en France par rapport à ceux de leur pays d'origine. Une femme préférait donc vacciner à nouveau ses enfants en France :

*"Ou bien ce n'est pas même [ndlr : vaccin], là pareil comme au bled je ne sais pas. Donc comme on peut rester maintenant ici quoi. Il faut qu'on nous donne aide pour soigner, y a malade ou bien pas. [...] Le docteur m'a posé des questions. Comment va ma santé, comment va la santé de mes enfants, est-ce que mon enfant a fait vaccin, 1 ou 2... On m'avait demandé quoi. Si il n'a pas fait, j'ai dit non. Ce qu'il a fait. Moi j'ai dit non pour qu'on le vaccine encore plus ici quoi." E19*

Pour la plupart des participants, les enfants représentaient le public cible des vaccinations. L'une d'entre eux pensait ne plus recevoir de vaccin une fois adulte :

*"Oui je connais [ndlr : les vaccins] et je connais aussi les vaccins pour les enfants." E8*

*"Non on m'a pas injecté [ndlr : de vaccin], on m'a rien injecté. [...] En fait moi je ne sais pas. J'ai grandi." E16*

Cette impression était renforcée par l'obligation vaccinale des enfants pour aller à l'école, dont les intervenantes sociales les avaient informés :

*"Anne [ndlr : une des intervenantes sociales] a dit que c'est mon fils là, il doit faire vaccin, par rapport à école. C'est ça il a- elle a expliqué." E17*

Malgré une connaissance répandue des vaccins et de leur rôle, certains participants exprimaient le souhait de mieux comprendre leur fonctionnement :

*"Oui je veux comprendre [ndlr : la contraception et les vaccins]." E4*

Moins fréquemment que pour la contraception, nous avons été confrontées à un problème de traduction avec une méconnaissance du mot "vaccin" dans la langue d'origine :

*"Qu'est ce que tu dis ? [L'interprète change de terme arabe pour dire vaccin.] Je ne sais pas ce que ça veut dire." E7*

### 3.4.3. Les dépistages

Les personnes interrogées disaient rarement avoir été dépistées pour certaines maladies depuis leur arrivée en France.

Un participant avait réalisé un dépistage de la tuberculose :

*"J'ai fait l'examen de tuberculose et tout ça." E9*

La plupart des patients qui avaient réalisé une biologie sanguine de dépistage disaient avoir des résultats négatifs. Seul un participant rapportait qu'une hépatite C lui avait été diagnostiquée à cette occasion.

*"Et elle m'a pris mon sang aussi, pour voir qu'est-ce qu'il y a ou qu'est-ce qu'il n'y a pas, aussi elle a pris tout ça. Et les résultats c'est négatif, voilà." E11*

*"Examens de VIH, tout, c'est négatif, paludisme là il est négatif, pas de chose là négatif, sauf maladie qu'ils ont trouvé c'est de... hépatite C." E12*

Une participante s'inquiétait de ne pas avoir réalisé de dépistage depuis son arrivée en France, et de risquer de contaminer son entourage :

*"Si par exemple j'ai une maladie je vais contaminer avec les gens partout. Si on me soigne pas je vais contamine [ndlr : sa nièce], avec [ndlr : sa fille], tout ça. Si la personne est malade on n'a qu'à soigner, voilà ce que je dis." E13*

## 4. Besoins exprimés concernant les soins

### 4.1. L'apprentissage du système de soins français

#### 4.1.1. Les sources d'informations sur le système de soins français

Plusieurs participants n'avaient pas ou peu reçu d'informations concernant les soins en France avant leur arrivée, ce qui pouvait être une source d'anxiété :

*"[Et comment pensiez-vous que ça se passerait pour vous faire soigner en France ?] Avant ici ? On nous a pas expliqué là-bas. On nous a pas expliqué. [...] Si tu tombes malade ici vers la nuit comme ça on va faire comment ? [...] Voilà en France on connaît pas encore. Moi ce que ça me gêne." E13*

Les intervenantes sociales représentaient la source principale d'informations sur les soins, en permettant l'accès aux soins :

*"C'est pas difficile [ndlr : d'aller voir le docteur] quand je demande de l'aide [ndlr : aux travailleurs sociaux]." E4*

en expliquant les trajets :

*"Elle demande l'endroit chez l'assistante et elle part en bus." E14*

en accompagnant pour le premier trajet :

*"Non Anne [ndlr : l'intervenante sociale] elle nous a accompagné, avec le bus, avec la voiture de Anne on est partis seulement. [...] Je pense comme c'est nos papiers ils sont faits là-bas. Pour voyager avec là. C'est ça elle a amené là-bas pour montrer ça peut-être au médecin pour qu'il nous soigne là-bas." E13*

ou encore en expliquant les soins :

*"Anne [ndlr : l'intervenante sociale] a dit que c'est mon fils là, il doit faire vaccin, par rapport à école. C'est ça il a- elle a expliqué." E17*

Les cours donnés par AGAFI représentaient une autre source d'information pour une participante :

*"Moi à l'école je faisais AGAFI. A un moment ma maîtresse elle nous a dit si quelqu'un est malade, il peut aller prendre le rendez-vous comme moi-même." E11*

Une autre personne interrogée disait se renseigner auprès d'autres réfugiés, arrivés en France depuis plus longtemps qu'elle :

*"Quelqu'un faire même trois mois, quatre mois ici là, par... Peut être c'est eux même il doit expliquer "ici là c'est comme ça, comme ça". Parce que vous là... pas encore." E17*

Un soignant rencontré lors du parcours de soins en France pouvait aussi fournir des informations, comme l'avait fait une infirmière psychiatrique pour l'une des participantes :

*"C'était bien passé. Très bon même, oui. Elle [ndlr : l'infirmière psychiatrique] m'a demandé si je veux un médecin traitant." E18*

#### **4.1.2. Les connaissances concernant la prise en charge financière des soins en France**

Beaucoup de participants ne connaissaient pas le coût des soins en France :

*"Non je ne sais pas [ndlr : combien coute une consultation]" E6*

Certains parlaient de soins gratuits grâce à l'assurance maladie :

*"Parce qu'ici les gens ont dit qu'on soigne les gens gratuits, si tu as l'assurance maladie. Tu pars comme ça. On te fait tout." E9*

D'autres déclaraient que leurs soins étaient financés par l'Etat Français :

*"Bon non moi par exemple, j'ai mon droit, j'ai mon papier pour euh [...] Oui la CMU donc je ne paye pas. C'est l'état qui paye ça." E19*

Certaines participantes exprimaient une volonté de payer leurs soins si elles en avaient les moyens :

*"Bah oui c'est obligatoire, parce que par exemple moi je viens, et on m'avait aidé donc il faut que moi aussi après que j'aide les gens qui viennent moi aussi. Parce que eux s'ils ont envie comme moi j'ai envie au début moi aussi. [...] Bah oui. Si par exemple, je travaille pas, mais si je travaille je peux. Mais si je travaille pas du coup je sais que CMU te prend en charge seulement. Mais si je sais que je travaille, je peux faire un peu aussi." E19*

#### **4.1.3. L'observation et l'adaptation à l'environnement français**

Une personne interrogée attendait de voir comment se passaient les soins en France :

*"Je attendre rien. On voit ce que ça va passer. C'est ça." E17*

Une autre exprimait sa volonté de faire les démarches administratives nécessaires aux soins si on les lui expliquait :

*"Si on me montre l'endroit et après je sais comment je peux faire, je peux le faire les démarches." E19*

Certains participants faisaient part de leur souhait d'adaptation à leur nouvel environnement, sur le plan alimentaire ou de façon globale :

*"Avant, oui, on mange, mais y a certaines choses là avant nous on mange pas oui. Y a certaines on mange, mais y a certaines on mange pas là, donc c'est ça, ça cause le problème de mal de ventre." E12*

*"Je voulais adapter tout ! Même pour marcher, tu vas aller comme ça là, tu dois aller faire comme ça là, je voulais adapter tout, tout, tout. Je voulais même pour savoir parler bien français, même. C'est ça ! Je voulais même pour lire. C'est ça. Parce que ici là c'est comme ça. Si tu connais pas là, c'est difficile un peu." E17*

## **4.2. Les qualités nécessaires aux soignants**

### **4.2.1. Les qualités humaines du soignant**

La principale qualité humaine mise en avant par les participants était la gentillesse, que ce soit celle du médecin ou des infirmières, envers le patient mais aussi envers leurs collègues :

*"Elle a dit que les médecins et les infirmières là-bas sont sympas avec elle." E20*

*"Avec sa secrétaire aussi elle [ndlr : la médecin] est bien." E11*

L'attitude globale des soignants est également importante dans l'impression produite par le corps médical sur les participants. Pour l'une d'entre eux, le genre féminin des soignants rencontrés, le fait de bien parler, de ne pas s'énerver a participé à la mise en confiance :

*"Elle [ndlr : la médecin] était sympa avec moi. Elle parle bien. En même temps je me disais, une personne bien quoi ! [...] Elle [ndlr : la médecin] est gentille. Pas comme certains médecins qui énervent trop. [...] C'est rien alors ils vont dire "si vous n'avez rien pourquoi vous venez ?!" Ils crient quoi... Ils font du bruit. Par contre elle n'est pas comme ça. [...] J'ai vu son comportement sans doute là. C'est à cause de ça que je dis qu'elle [ndlr : la médecin] était bien. [...] parce qu'elle est une femme, elle doit comporter bien." E11*

Plusieurs autres personnes interrogées décrivaient l'importance de la compréhension du médecin, vis-à-vis de la barrière de la langue :

*"[Il était comment ce docteur, qui vous a expliqué ?] Très bien. [...] Donc depuis qu'il a compris que je comprenais pas le français, il m'a expliqué, et puis il m'a emmené dans cette salle, et tout s'est bien passé, tout s'est bien passé." E16*

d'un éventuel retard :

*"Ca m'a pris beaucoup de temps pour arriver là bas, mais elle a fini par me comprendre parce qu'elle a vu que je n'ai pas de voiture ni vélo quoi. Elle m'a prescrit, alors, elle a vu mon visage quoi. Elle m'a accueillie quoi, elle m'a pas refusée. Parce qu'elle m'a compris à cause du problème. Presque dix minutes de retard." E11*

ou de difficultés financières (ce qui concernait ici une situation arrivée dans le pays d'origine du patient) :

*"Mais il [ndlr : le collègue médecin et pharmacien] est gentil, quand je lui parle, il me donne des médicaments, et si y a certains qui coûtent un peu cher je fais tout pour payer et c'est tout." E12*

Une autre participante insistait sur les capacités d'écoute des soignants qu'elle a rencontrés :

*"Ce que je dis seulement, et elle [ndlr : l'infirmière psychiatrique] a tout écrit, elle m'a beaucoup soulagée, en me donnant des conseils et... c'était bien passé. Très bien même oui." E18*

#### **4.2.2. Les qualifications du soignant**

Plusieurs personnes interrogées décrivaient le médecin comme responsable de la santé de ses patients :

*"Pour elle, elle veut être en bonne santé et le reste ça vous revient." E14*

Une participante exprimait qu'un bon médecin à ses yeux travaillait à l'hôpital :

*"Elle [ndlr : la médecin] doit comporter bien et elle travaille à l'hôpital, elle doit se comporter comme ça." E11*

Certains notaient l'importance des capacités du médecin à les conseiller :

*"Bah, il [ndlr : le médecin] a suivi ce que je lui ai dit, il était très gentil. Il m'a beaucoup conseillée" E11*

La qualité des études médicales et la capacité à apporter un traitement étaient aussi rapportées.

#### **4.2.3. Les explications du soignant**

De nombreux participants relevaient l'importance des explications médicales dans leur prise en charge :

*"Pour moi je croyais que... comme j'ai mal à la tête, donc j'avais besoin d'une scanner pour vérifier qu'est-ce qui ne va pas. Mais le docteur m'a dit le contraire, non, qu'on va faire prise de sang pour vérifier qu'est-ce qui ne va pas. [...] Il a dit, bah, c'est logique d'avoir des maux de tête comme ça, quand quelqu'un a peur euh, il a beaucoup de soucis, ça arrive." E18*

Beaucoup d'autres personnes interrogées décrivaient une anxiété liée à un manque d'explications médicales :

*"Bon, on m'a dit que on a trouvé, "tu as maladie hépatite C", mais sinon c'est pas grave. Non, on m'a pas encore parlé que, voilà, peut être tu as contaminé de ça, peut être de ça... Ca là on m'a pas parlé de ça. Bon, moi, j'aimerais des réponses sur ça." E12*

### **4.3. La relation avec les soignants**

#### **4.3.1. La communication avec le soignant**

##### **a) Parler de son histoire de vie**

Une seule participante avait abordé spontanément son histoire de vie avec le médecin. Depuis la guerre qu'elle avait fuie, elle présentait des troubles anxieux:

*"Oui, oui. Il a suivi ce que je lui dis, et il a fait l'étude sur ça. Tout ce que j'ai dit il écrivait et... c'est par rapport à ce que je dis qu'il m'a répondu. Toute la nuit, je pense à des choses qui sont passées. Des événements qui a déjà duré presque sept ans. Mais dans ma tête, je vois que c'était comme si hier. J'arrive pas à manger, non. Je mange pas bien. J'arrive pas à dormir. Le problème. Dans la journée oui, je dors. Mais la nuit je pense jusqu'à lever du soleil, je pense. Et je fais des cauchemars terribles. Et quand je fais des cauchemars comme ça, en me levant... maux de tête ça commence. Ca me lâche pas." E18*

Beaucoup de participants auraient souhaité parler de leur histoire de vie avec leur médecin mais ne l'avaient pas fait car ils n'avaient pas été questionnés sur ce sujet :

*"Oui j'aurais aimé qu'il [ndlr : le docteur] me demande [ndlr : de parler de son histoire de vie] [...] Pour lui dire ce qui m'est arrivé et voir comment il peut intervenir, m'aider par rapport à ce qui m'est arrivé avant." E4*

Ils avaient conscience que leur parcours de vie pouvait avoir des conséquences sur leur état de santé :

*"C'est bien [ndlr : de parler de mon histoire au médecin] [...] pour qu'il me guérisse [...] des maladies." E5*

## b) Le questionnement du soignant

La plupart des participants considéraient que c'était au médecin de poser les questions et qu'eux devaient y répondre :

*"[De quoi voulez vous parler avec le docteur ?] Lui il a les papiers il me pose les questions et je lui réponds comme ça." E9*

Aucun participant ne remettait en cause ni ne se disait gêné par les questions d'un médecin. Une participante expliquait ne pas pouvoir juger de la pertinence des questions posées par le médecin :

*"Toutes les questions qu'il [ndlr : le docteur] me pose je lui réponds. Si je connais la réponse je lui réponds, si je sais pas je lui dis. Mais je peux pas dire que ce qu'il dit n'est pas bien." E4*

Une amie d'une participante, qui avait fait la traduction lors d'un entretien, expliquait ne pas être habituée à ce qu'on lui pose des questions :

*"On n'a pas l'habitude avec [...] Chez nous en Afrique on ne pose pas des questions." E14*

Le questionnement semblait souvent difficile dans le sens inverse, plusieurs participants n'avaient pas pu poser leurs questions au médecin :

*"J'ai des questions sur ma santé. Si on peut me mettre au régime car je pense que c'est parce que je suis grosse que je ressens ces douleurs." E8*

Plusieurs freins au questionnement des soignants étaient évoqués, à commencer par la barrière de la langue :

*"Non, non, je lui ai pas posé de question, comme il n'y avait pas d'interprète il ne me comprenait pas et je ne le comprenais pas." E7*

Un autre frein relevé était l'impression que le médecin était pressé, et la crainte de faire durer trop longtemps la consultation alors que beaucoup d'autres patients attendaient :

*"[ndlr : pendant la consultation] y a beaucoup de gens, qui attendent au docteur [...] On m'a fait vite pour que je sors." E12*

Le fait de changer de médecin à chaque consultation rendait aussi difficile le fait de poser ses questions :

*"Certain docteur là j'ai en tête là, ils ont changé. Parfois si je... Ils changent seulement. Le visage là il est, c'est autre. Et ça je n'ai pas encore envie de parler de ça." E12*

Certaines personnes avaient malgré tout pu poser une partie de leurs questions au médecin :

*"Oui, j'ai posé les trois questions que je veux [ndlr : au docteur]. » E1*

*« Sinon j'ai posé des questions aussi mais... C'est pas grave ? Ils ont dit "non, c'est pas grave". C'est pas encore." E12*

### c) Les sujets difficiles à aborder

Pour quelques participantes, certains sujets semblaient plus difficiles à aborder, comme les dysménorrhées :

*"Bah... Par contre, vous savez, je suis une fille. Euh... Est-ce que je peux vous parler sur ça ? Je ne sais pas... Des fois, si la... le moment des menstruations, ça vient, ça me dérange trop." E11*

Une autre avait eu du mal à parler de son histoire de vie, de par sa pudeur :

*"Je n'ai jamais osé. Je n'ai jamais... ça me dérange mais je n'ai jamais osé de parler. Ouais." E18*

### d) La relation de confiance

La plupart des participants disaient faire confiance aux médecins qu'ils avaient rencontrés. Ils pensaient pouvoir tout lui confier :

*"Non il n'y a pas de thème qu'il ne peut pas aborder avec le médecin, au contraire il veut aborder tous les thèmes avec le médecin." E15*

Un participant pensait que le médecin pouvait le comprendre parfaitement, même avec la barrière de la langue :

*"Le médecin comprend tout. Même si maintenant je ne parle pas le français. Il comprend quand je lui dis que tout mon corps me fait mal." E16*

Une femme avait découvert le secret médical en France suite à une intervention sur la contraception :

*"Elle nous a dit que si on est mariée ou pas, si on ne veut pas tomber enceinte on n'est pas obligée de dire à notre mari. Ou bien nos copains. De ne pas avoir un enfant. On peut prendre la pilule là comme ça, en secret. Mais on peut partager ça avec notre médecin. Le docteur peut nous donner le comprimé. Aucun problème. Très facilement. Ça peut rester secret entre le docteur et son patient." E11*

### e) L'examen clinique

Une seule femme nous a parlé de l'examen clinique, qu'elle avait trouvé douloureux :

*"J'ai été chez le docteur, je lui ai expliqué, il a touché mon dos et mon pied, mon pied gauche. Ça m'a fait très mal." E8*

Une autre, déçue de son premier contact à l'hôpital, expliquait qu'on lui avait seulement pris ses constantes :

*"Ils ont seulement pris la température vers ici (mime à nouveau le brassard à tension). Et je leur ai dit que je suis un peu malade au niveau du dos." E13*

## 4.3.2. La barrière de la langue

### a) Les conséquences

La première difficulté rencontrée par les participants était de réussir à s'exprimer à propos de leur santé et de leur parcours de vie :

*"A cause de langue de français je peux comprendre un peu mais je peux pas expliquer tout avec mon langue là. Je comprends le français un peu." E1*

Parfois, lors des entretiens menés en français, certains utilisaient le nom d'une maladie pour exprimer leurs symptômes :

*"Des allergies [...] [ndlr : ca fait] de la chaleur." E5*

La barrière de la langue entraînait aussi des difficultés pour comprendre le soignant et les examens complémentaires prescrits :

*"Il dit que comme il comprend un peu le français, il y a toujours des mots qui lui échappent c'est bien d'avoir un interprète." E 10*

*"Du fait que je connais pas de français. Si je connaissais j'aurais compris." E16*

Nous avons parfois eu l'impression, au cours des entretiens, que le participant nous donnait une réponse sans avoir compris la question :

*"[Est-ce que vous iriez quand même voir le docteur si ça n'était pas gratuit ?] Bien sûr." E7*

### b) Les solutions

Certains participants se rendaient aux rendez-vous médicaux avec un membre de leur famille ou un compatriote du centre d'hébergement qui maîtrisait mieux le français :

*"Comme je ne sais pas parler français, j'y vais avec un compatriote qui parle français et qui m'aide. Je lui dis là où j'ai mal et il fait la traduction." E4*

*"Je ne sais pas parler français donc je suis partie avec ma petite sœur qui parle français." E6*

Les intervenantes sociales faisaient parfois le travail d'interprète lors de la consultation :

*"Non elle [ndlr : l'intervenante sociale] a bien travaillé avec nous. C'est comme si on a un mot, on a pas bien entendu là, il nous a, elle nous a dit. Oui. C'est ça." E13*

Peu de participants avaient expérimenté l'interprétariat professionnel et notamment téléphonique. Une femme nous a parlé d'une consultation pour son frère avec un interprète téléphonique :

*"Le médecin ne connaît pas la langue arabe. Moi je connais pas le français. Il met le téléphone et là je comprends, et je peux lui parler. [...] Comme maintenant, comme on est en train de parler. [...] J'avais emmené mon frère, Bachir, et lui il comprend pas le français, et l'autre ne comprend pas l'arabe, et il nous a traduit." E16*

Des moyens de communications alternatifs ont aussi été cités pour communiquer avec le médecin, comme parler avec les mains, parler doucement ou encore communiquer par écrit :

*"On va faire les gestes là beaucoup avec les mains seulement là." E13*

*"On parle tout doucement tout doucement. [...] Donc je connais quelques mots. J'arrive et je dis "bonjour Madame"? Et si on me donne un papier, je lui montre le papier, et si elle me dit d'asseoir quelque part je m'assois et puis j'attends." E16*

L'apprentissage du français était obligatoire dans leur parcours d'intégration en France :

*"Lorsqu'on arrive ici, on m'a fait des inscriptions sur le AGAFI, c'est au niveau de Nantes, on nous a fait inviter là-bas, et après on a fait formation de français." E 12*

Un seul participant évoquait la possibilité de trouver un médecin qui parlerait la même langue que lui, en l'occurrence l'arabe :

*"Ce qui serait bien dit-il c'est de rencontrer un médecin qui parle arabe avec qui il pourrait échanger. Et peut-être à se moment là on prendrait... on aurait une idée juste de son mal et on le prendrait en charge correctement." E15*

### **c) L'interprétariat**

Certains participants ressentent une gêne pour aborder certains sujets en présence de l'interprète, mais essayaient de la surmonter :

*"C'était difficile parce qu'il y avait des questions où je ne pouvais pas dire devant l'interprète. Mais comme c'étaient des questions où je devais répondre par rapport à ma santé, grâce à Dieu, j'ai quand même répondu à la question." E4*

Il est arrivé, pendant certains entretiens avec des participants allophones, que des difficultés de communication soient causées par l'interprétariat. Par exemple, une participante a dû suspendre la conversation et aller chercher une amie, car elle ne comprenait pas l'interprète :

*"[La participante se lève et quitte la salle, elle revient par la suite avec une amie pour qu'elle traduise.]" E14*

Parfois nous avons l'impression que la traduction était un résumé de la conversation :

*"[Interprète : Vous connaissez la guerre qu'il y a eu en Centrafrique entre les chrétiens et les musulmans?] [Oui.] [Interprète : Et bien c'est ça.]" E6*

Nous avons aussi rencontré des difficultés techniques liées à l'interprétariat téléphonique :

*"[Interprète : Je n'ai pas compris, je ne vous entends pas bien.]" E10*

Aucune des personnes originaires du Soudan ne maîtrisait le français. Certains maîtrisaient cependant l'anglais. Certains participants originaires de Centrafrique ne parlaient pas français non plus. Ils exprimaient donc un besoin d'interprétariat pour communiquer :

*"Peut-être que c'est dû au fait qu'il n'arrive pas à communiquer trop avec eux parce que lui il ne parle pas le français correctement, il [ndlr : le médecin] ne parle pas anglais, et qu'il n'arrive pas à expliquer réellement au médecin qu'il a rencontré ce qu'il a pour être pris en charge correctement."* E15

*"Oui j'aimerais bien [ndlr : avoir une consultation avec un interprète] parce que je vais expliquer là où j'ai vraiment mal et la personne peut expliquer au médecin."* E8

Une participante avait souhaité réaliser l'entretien avec un interprète, qui n'a finalement pas été disponible. L'entretien s'est déroulé en français, sans difficulté majeure de communication, bien qu'il soit possible que la participante ait répondu à certaines questions sans en avoir complètement compris le sens :

*"[Vous me disiez que... Finalement on n'a pas pu mais : vous auriez préféré qu'on discute avec un interprète, par téléphone ?] Oui. [Vous pensez que vous auriez pu dire des choses différentes ?] Non."* E17

### **4.3.3. La place du médecin de famille**

Certains participants exprimaient le besoin d'un médecin référent pour les consultations, notamment pour centraliser l'ensemble des problèmes de santé :

*"Après est-ce que je vais avoir un docteur à moi, personnel ? [...] Si c'est pas impossible. Je peux avoir un, n'est-ce pas ? [...] Juste au sujet des menstruations ça me fait mal. A cause de ça aussi, on doit lui parler. Le docteur du cœur là je peux pas lui dire ça parce que c'est le cœur qu'il soigne. Sinon y a rien de grave."* E11

Une femme considérait que cela permettrait une meilleure prise en charge :

*"Elle a dit que si elle a un médecin pour elle, il pourra savoir tout savoir sur elle, toute son histoire médicale, ses maladies, de quoi elle souffre."* E20

Certaines personnes interrogées voulaient un médecin pour toute leur famille, qu'il serait possible d'appeler en cas de problème :

*"Oui j'ai envie de ça. Parce que j'ai les enfants et moi on peut rester ici. Pour avoir du docteur en France c'est pas facile donc je veux pour moi s'il y en a. Si le jour que par exemple je tombe malade ou mon enfant est tombé malade. Je peux l'appeler ou bien s'il accepte je peux aller. Je peux aller la voir."* E19

*"Donc on a besoin de un docteur pour la famille. Complet. Pas chaque personne a son docteur différent."* E11

#### 4.3.4. Les soins spécialisés

Peu de participants avaient eu recours à des soins spécialisés depuis leur arrivée en France. La plupart avaient été adressés aux spécialistes par un médecin référent :

*"Il [ndlr : un médecin] m'a donné encore un papier pour la voix. Il m'a dit c'est une spécialité." E3*

Un participant était en attente d'un rendez-vous avec un hépato-gastro-entérologue suite à un diagnostic d'hépatite C, ainsi que d'un rendez-vous avec le dermatologue :

*"Donc jusqu'à maintenant là je n'ai pas encore trouvé le rendez-vous pour le docteur. J'attends seulement. [...] Bon, ce que je pense, je veux juste si on me trouve le docteur et... pour me soigner, des traitements. [...] Bon, mais il y a un docteur là que je lui ai parlé de ça [ndlr: problème dermatologique] aussi. Elle m'a dit elle va chercher docteur especial pour les peaux." E12*

Une femme avait été adressée à un psychologue et avait rencontré une infirmière en psychiatrie :

*"Bon, il a dit il est sûr que je ne suis pas malade, mais j'ai besoin d'aide et... j'ai besoin de conseils, donc je dois voir un psychologue. Si j'accepte, et j'ai dit oui pourquoi pas. Oui. Donc on m'a donné rendez-vous pour euh... le quatre, le quatre mars." E18*

Une seule participante avait directement pris rendez-vous avec un cardiologue pour ses douleurs thoracique :

*"J'ai pris rendez-vous chez le médecin cardiologue comme ça je vais aller." E11*

#### 4.4. La place des examens complémentaires

La plupart des personnes interrogées avaient bénéficié d'examens complémentaires depuis leur arrivée en France. Il s'agissait en général d'une radiographie thoracique ou d'une biologie sanguine, ou encore d'analyses de selles ou d'urines :

*"A l'hôpital elle a vu un médecin qui lui a fait une prise de sang, une radio et une analyse d'urine." E20*

Aux yeux de certaines femmes interrogées, le diagnostic médical nécessitait la réalisation d'une biologie sanguine :

*"Le sang qu'elle a pris pour voir qu'est-ce qui ne va pas, quelle maladie." E11*

Plusieurs participantes exprimaient un besoin d'examen complémentaire afin d'être rassurées concernant leur santé :

*"L'examen m'a permis de savoir euh... de me rassurer que je n'ai pas une maladie, que moi je pensais d'avoir. Suite à cette analyse, je me suis libérée. Ouais." E18*

## 4.5. La relation aux traitements

### 4.5.1. L'automédication

Comme dans leur pays d'origine, certains participants faisaient appel à l'automédication par des traitements antalgiques, principalement le paracétamol :

*"Y a une journée comme ça, j'ai mal au tête, je viens ici là [ndlr : dans cette pièce] ils ont donné doliprane avec moi là, je bois là. Ma tête là, ça va. C'est comme ça. [...] C'est le gardien ici." E17*

Peu de participants faisaient référence à la médecine traditionnelle:

*"J'ai pris l'eau et j'ai mis l'eau un peu au feu avec le [ndlr : mot inaudible] et je pense. Et je masse ma peau avec du betavou." E13*

Une participante envisageait la prise d'un traitement pour l'aider à perdre du poids :

*"Si y a le médicament là, je peux boire pour maigrir un peu, là je fais, non ? (Rit) [...] Je ne sais pas. On a vu ça télé ici là. (Rit) On regarde seulement télé. Mais on sait pas..." E17*

### 4.5.2. Les traitements non médicamenteux

Il avait été recommandé à certaines participantes de faire du sport ou un régime alimentaire :

*"Mon problème je pars à l'hôpital là c'est ça, mais j'ai expliqué ça, mon genou là ou quoi, parfois la docteur elle a dit qu'il je faire sport ou comme ça comme ça. Il a dit faut je faire régime un peu. Comme ça, c'est tout." E17*

Une personne interrogée décrivait sa psychothérapie comme une prise en charge thérapeutique de qualité :

*"Ce que je dis seulement, et elle [ndlr : l'infirmière psychiatrique] a tout écrit, elle m'a beaucoup soulagée, en me donnant des conseils et... c'était bien passé. Très bien même oui." E18*

Elle précisait préférer cette prise en charge à une éventuelle prise médicamenteuse :

*"Bon, moi, j'aimerais suivre des conseils. J'aime trop de conseils. J'ai pas de médicaments, ni quoi. Uniquement mes conseils... En parlant, en discutant, ça ira mieux." E18*

### 4.5.3. L'observance thérapeutique

La plupart des personnes interrogées disaient prendre les traitements prescrits par leur médecin :

*"On m'a prescrit des médicaments et j'ai pris ça." E2*

Certains participants insistaient d'ailleurs sur l'importance de se fournir ces médicaments quel qu'en soit le coût :

*"Elle a dit qu'elle va payer les médicaments parce que c'est important. [...] Elle a dit que si elle est malade et que le médecin prescrit le médicament c'est important de le prendre. Si j'ai l'argent je vais l'acheter sinon je ne sais pas." E20*

Certaines femmes interrogées disaient appliquer les conseils donnés par les soignants qu'elles avaient rencontrés :

*"Donc elle [ndlr : sa fille] voulait téter là, c'est comme ça je fais (montre le geste de la tétée). C'est comme ça elle [ndlr : la médecin] m'a expliqué elle a dit que comme ça là, je bloque place de lait là. Donc si je donne comme ça avec elle là, il faut que je fasse comme ça en bas (montre comment elle appuie sur son sein), je soulève un peu, ça va sortir. C'est comme ça je fais." E17*

A l'inverse, l'une d'entre elles expliquait qu'elle refusait de prendre un traitement médicamenteux en l'absence de diagnostic précis, car cela lui paraissait dangereux (il s'agissait d'une expérience vécue dans son pays d'origine) :

*"On sait pas de quelle maladie je souffre et on me donne ordonnance sans, sans examen et là, je prends pas les médicaments là, qu'on me donne, j'utilise pas. [...] Mais sans faire l'examen, ils ne savent pas de quelle maladie je souffre. Et par hasard, comme ça, on écrit. [...] Peut-être ça peut être dangereuse pour moi. Je prends pas. Non." E18*

### 4.5.4. L'efficacité de la prise en charge

Plusieurs participants rapportaient que les traitements qui leur avaient été prescrits étaient efficaces, au moins partiellement :

*"A l'hôpital ils m'ont donné des médicaments pour l'estomac. C'est bon ça s'est calmé." E3*

Les conseils médicaux étaient aussi décrits comme efficaces sur le problème de santé initial, qu'il s'agisse d'une mauvaise prise de poids chez un nouveau-né ou d'une dépression :

*"Mais maintenant là, ils ont montré ce que je fais là. Elle a augmenté son poids." E17*

Pour un participant, le traitement prescrit par son médecin n'avait pas été efficace sur son problème de prurit :

*"Il dit qu'il a déjà vu un médecin il lui a donné des comprimés. Il lui reste deux comprimés mais ça ne va pas mieux." E10*

Ce participant avait repris rendez-vous avec son médecin pour poursuivre sa prise en charge.

# DISCUSSION

## 1. Résultats principaux

La circulaire du gouvernement du 8 juin 2018 (3) présente le rendez-vous santé comme la première étape du parcours de soins des migrants primo-arrivants, et elle accorde une place importante aux sujets de prévention. Pourtant, aucun des participants interrogés ne connaissait ce rendez-vous, alors que la plupart d'entre eux avaient déjà eu une consultation médicale en France avant la réalisation de l'entretien, en général pour un problème aigu. L'appellation même de "rendez-vous santé" prête à confusion avec une consultation médicale classique.

Même s'ils ont en général été dépistés pour la tuberculose ou les infections sexuellement transmissibles, très peu d'entre eux ont été mis à jour de leurs vaccinations ou ont reçu une information sur la contraception. Les participants étaient demandeurs d'informations sur ces sujets de prévention et ils ont manifesté leur besoin d'être rassurés sur leur état de santé. Ils expriment souvent une demande d'examen complémentaires. Ces examens leur apparaissent, avant plus d'explications, comme nécessaires à une bonne prise en charge médicale. Nous pouvons donc penser qu'ils se présenteraient volontiers à ces consultations si elles leur étaient proposées et s'ils en connaissaient le contenu.

Ils ne prendront cependant pas spontanément rendez-vous pour les sujets de prévention ou pour la prise en charge de maladies chroniques asymptomatiques car ils se considèrent en bonne santé dès lors qu'ils ne présentent pas de symptômes fonctionnels.

L'ensemble des besoins exprimés par les participants de l'étude converge vers un accompagnement rapproché, qui est principalement décrit par les participants comme venant des intervenantes sociales. D'abord sur le plan administratif, car le financement des soins constitue une source d'inquiétude pour eux. Ensuite sur l'organisation des soins :

- pour la prise de rendez-vous, car ils ignorent souvent comment faire, n'ont pas toujours de téléphone, ou sont confrontés à la barrière de la langue ;
- pour les déplacements jusqu'aux lieux de soins, pouvant être difficiles en l'absence de repères, et pouvant nécessiter un apprentissage des trajets en transport en commun ;
- et pour la hiérarchisation des rendez-vous, car ils ont beaucoup de démarches à réaliser, et ont parfois d'autres priorités, telles que les cours d'AGAFI, par rapport à une consultation.

Ils attendent aussi beaucoup d'explications et donc de temps de la part des soignants qu'ils rencontrent. Dans ce contexte de perte de repères et de barrière de la langue, l'importance des explications devient majeure : l'incompréhension de leur état de santé et des soins qu'ils reçoivent

constitue une source d'anxiété. Il apparaît aussi nécessaire d'expliquer à ces patients que les examens complémentaires ne sont pas toujours nécessaires au diagnostic.

Même s'ils ne connaissent que la médecine hospitalière, ils manifestent de l'intérêt pour un suivi par un même médecin, voire dans l'idéal par un médecin de famille. En effet, la santé de leurs proches est aussi un sujet de préoccupation pour eux.

## **2. Forces et faiblesses de l'étude**

### **2.1. Les forces**

La principale force de notre travail est son originalité concernant le sujet étudié, puisqu'il s'agit du premier travail réalisé sur le rendez-vous santé en France, et concernant la population étudiée qui est peu interrogée dans la littérature.

Du fait de la difficulté de réaliser une thèse qualitative avec un interprète, peu d'études ont été menées auprès de patients allophones. Ces personnes représentent pourtant une proportion importante des migrants (15, 70).

La moitié des participants de notre étude ne parlaient pas français. Nous avons donc réalisé les entretiens avec des interprètes professionnels. Quelques études ont été réalisées avec des interprètes ou en anglais (16, 17), cependant à notre connaissance aucune n'a été réalisée avec des interprètes professionnels, peut-être à cause du coût que cela entraîne. Les études menées sur l'évaluation de l'interprétariat professionnel (18) décrivent pourtant une amélioration importante de la qualité de la traduction et de l'expression des participants allophones.

Non seulement il est rare que des études questionnent les migrants concernant leurs soins (17,19) mais cela l'est encore plus pour les primo-arrivants présents depuis moins d'un an en France. Il s'agit pourtant du public visé par le rendez-vous santé. En les rencontrant avant qu'ils ne bénéficient d'un suivi médical régulier, nous avons pu questionner leurs besoins et leurs représentations.

De plus, les réfugiés que nous avons interrogés bénéficient d'une stabilité sociale et seront progressivement réinstallés dans le département. Cela en fait le public de migrants le plus à même de consulter en médecine générale.

La réalisation de notre étude en binôme a permis la triangulation des résultats ainsi qu'un double-codage des entretiens. Ce qui nous a amenées à débattre de certains résultats et à approfondir notre travail. Nous avons ainsi limité le biais d'interprétation et consolidé notre analyse.

Nous avons renforcé la validité interne et la qualité de notre travail qualitatif en nous appuyant sur la grille COREQ (annexe n°6).

## 2.2. Les faiblesses

Les participants que nous avons interrogés sont tous originaires de la même région géographique, la République Centrafricaine et le Soudan, et ont tous vécu au Tchad. D'après un recensement fait par L'INSEE en 2016, les migrants en Sarthe sont peu nombreux à être originaires de Centrafrique ou du Soudan, et sont principalement originaires d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Il aurait été intéressant d'interroger des personnes d'autres origines géographiques. Nous pouvons supposer qu'en fonction du pays ou de la région d'origine, les représentations et les besoins des migrants changent.

Il pourrait aussi être intéressant d'interroger des migrants primo-arrivants qui seraient arrivés en France dans un cadre différent du programme de réinstallation de l'UNHCR et avec un parcours de migration différent. Les personnes que nous avons rencontrées sont particulièrement bien accompagnées par les intervenantes sociales de la structure ADOMA. Il est très probable qu'une grande partie des migrants primo-arrivants ne soit pas aussi bien encadrés, notamment ceux qui ne sont pas demandeurs d'asile ou qui sont en France de façon irrégulière (19).

Les participants que nous avons interrogés étaient jeunes et avaient donc peu de maladies chroniques, ce qui pourrait aussi influencer leur rapport à la santé (70).

Nous n'avions pas d'expérience dans les entretiens semi-dirigés, ce qui nous a menées à poser des questions trop directives lors des premiers entretiens. Nous avons corrigé ce biais en faisant évoluer notre questionnaire vers des questions ouvertes et plus compréhensibles pour le public étudié. La deuxième moitié des entretiens est ainsi de meilleure qualité.

De plus, il est probable que certains participants aient répondu à nos questions en cherchant à nous faire plaisir, ainsi qu'à l'interprète. Ce biais est majoré par le fait que nous sommes médecins, ce qui peut empêcher certaines personnes de critiquer librement les soins en France. Il en va de même concernant l'interprétariat, qu'il est difficile de critiquer quand un interprète traduit les réponses.

Comme anticipé, la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des interprètes a été complexe (20). Malgré notre demande systématique, en début d'entretien, de rester fidèles aux formulations et aux hésitations du participant, nous n'avons pas de moyen d'évaluer la qualité de la traduction qui nous a semblé parfois approximative. L'exercice nous a paru complexe et chronophage pour les interprètes.

La retranscription des entretiens nous a semblé difficile car certains participants et interprètes avaient un accent marqué. La création d'étiquettes pour des phrases grammaticalement incorrectes nous a aussi posé problème. Il est ainsi possible que notre travail présente des biais dans l'interprétation malgré des enregistrements de bonne qualité et la triangulation des données.

### **3. Comparaison avec la littérature**

Depuis sa création en 2018, aucun travail n'a été mené à notre connaissance sur le rendez-vous santé. Or, il est important de connaître les besoins du public visé par ce rendez-vous sur les points suivants.

#### **3.1. Les points importants à aborder lors du rendez-vous santé**

##### **3.1.1. La place du médecin généraliste**

Le médecin généraliste de ville n'existait pas dans le système de soin antérieur des réfugiés que nous avons interrogés. En cas de problème de santé ils consultaient à l'hôpital. Aucun participant n'a cité le cabinet de médecine générale comme endroit de consultation. En reproduisant ce qu'ils ont connu dans leur pays d'origine, les migrants risquent de recourir à l'hôpital par excès en France (21).

Depuis la loi du 13 août 2004 sur le parcours de soin coordonné, le médecin généraliste en représente l'élément central. Notre système de soins est donc organisé différemment de ce que les migrants connaissent.

Plusieurs participants voudraient être pris en charge par un même médecin pour l'ensemble de leur famille ou par un médecin référent. Cela nous paraît pertinent, d'autant plus que la littérature rapporte une satisfaction globale des migrants concernant la prise en charge chez le médecin généraliste (17,22). Mais les migrants que nous avons interrogés ne savent pas comment trouver un médecin de famille. Il est possible qu'ils aient peur d'être confrontés à un refus de soin de la part des médecins, qui survient parfois pour des personnes bénéficiant de l'AME ou de la CMU-c (17,23).

En Sarthe ils sont confrontés à une difficulté supplémentaire : la démographie médicale et le manque de médecins généralistes dans le département. Selon l'INSEE, en 2018, il y avait 11.8 médecins généralistes pour 10000 habitants en Sarthe. La situation continue de se dégrader : selon l'ARS des Pays de la Loire, on dénombrait en 2019 124 départs contre 65 installations au cours des cinq dernières années. Cela entraîne une augmentation du nombre de patients n'ayant pas de médecin traitant dans le département.

### 3.1.2. L'évaluation de l'état de santé

Le rendez-vous santé est l'occasion d'évaluer l'état de santé du patient migrant primo-arrivant. Les participants que nous avons interrogés se sentaient en bonne santé en général, bien que des pathologies aient été découvertes de façon fortuite chez certains d'entre eux. Les migrants présentent pourtant un moins bon état de santé que le reste de la population française (24,25). Nous expliquons cette différence par le phénomène de "healthy migrant effect". Ce phénomène, étudié par plusieurs études (26,27,28), explique que les migrants primo-arrivants sont en général en meilleure santé que la population générale, pour deux raisons principales : la nécessité d'un bon état de santé pour faire face aux parcours de migration difficiles et l'absence de dépistages antérieurs. Cette différence diminue au cours du temps après l'arrivée en France, jusqu'à s'inverser. Après plusieurs années en France, la prévalence des maladies chroniques ainsi que la mauvaise perception de leur état de santé sont plus importantes chez les migrants (24,25).

L'évaluation globale de la santé des migrants, telle que recommandée dans le rendez-vous santé, paraît donc nécessaire. Cela passe par une mise à jour des vaccinations, ce qui avait rarement été fait pour les personnes que nous avons interrogées, ainsi que par un dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose. Il est en effet souvent retrouvé un retard diagnostique chez cette population migrante, notamment pour l'infection par le VIH (29,30).

Les autres examens complémentaires doivent être orientés en fonction de l'origine géographique et du parcours de migration, comme c'est le cas pour les autres maladies infectieuses (31, 29). Ils sont aussi orientés, comme dans la population générale, en fonction de l'âge et du sexe des patients. Par exemple, il est important de proposer un dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes migrantes concernées. Il a en effet été montré que les femmes migrantes sont moins souvent dépistées pour le cancer du col de l'utérus que la population générale (32).

Pour les femmes en âge de procréer, une information doit être donnée sur les différentes méthodes de contraception (33,34). Les femmes que nous avons interrogées avaient souvent reçu des informations dans leur pays d'origine, mais très peu d'entre elles utilisaient une méthode de contraception médicamenteuse. Plusieurs femmes ont exprimé vivre dans une situation financière et sociale difficile, raisons pour lesquelles elles ne souhaitent pas avoir d'enfant. La littérature rapporte en effet que le besoin de contraception des femmes migrantes augmente au cours du temps après l'arrivée en France (33). Cette évolution pourrait s'expliquer par différents facteurs. Le fait d'avoir déjà plusieurs enfants diminuerait le désir de grossesse (35). Ou le fait de se mettre en couple, pour les femmes arrivées célibataires en France et qui n'avaient à l'époque pas de demande de

contraception (33). Le fait d'informer les femmes migrantes sur la contraception dès leur arrivée en France leur permet de choisir la méthode qu'elles veulent utiliser le jour où elles en ont besoin.

### **3.1.3. L'évaluation du stress post-traumatique**

L'état de stress post-traumatique est défini dans le DSM-V comme un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développe suite à un ou des événements traumatiques, tels que l'exposition à la mort, à des violences ou à des blessures graves.

C'est un motif fréquent de consultation chez les migrants (36). Cependant, dans notre étude, peu de participants ont rapporté des symptômes pouvant être en lien avec un état de stress post-traumatique.

Une première explication de cette différence est liée au parcours de migration des participants (37). Depuis qu'ils sont arrivés en France, ils bénéficient d'un suivi régulier par les intervenantes sociales. Ils ont un logement, un statut de réfugié, et reçoivent des aides financières de l'état, ce qui diminue leur vulnérabilité par rapport à d'autres migrants tels que ceux en situation irrégulière. Le Comede conseille de repérer de façon systématique les critères de vulnérabilités chez les patients migrants car ils peuvent avoir des répercussions sur leur santé mentale. Ces critères sont le recours aux aides alimentaires, la non-maîtrise de la langue française, la précarité de l'hébergement, l'isolement relationnel et social, les problèmes de titre de séjour, de protection sociale, ou de ressources financières (38). A Paris Bicêtre, dans le centre Comede, les patients présentant plus de cinq critères sur les huit mentionnés bénéficient d'un suivi psychologique plus rapproché.

Une autre explication est liée à l'absence de dépistage de ce trouble. Les participants disent ne pas avoir parlé de leur histoire de vie car les soignants ne les ont pas interrogés sur ce sujet (70). C'est ce qui est retrouvé dans la littérature: les médecins généralistes connaissent peu l'histoire de vie de leurs patients migrants (39). Cela s'explique notamment par l'impression d'une certaine pudeur de la part des patients.

Les répercussions de leur parcours de migration sur leur santé nous ont paru peu connues des participants, qui semblent minimiser leurs symptômes. Une seule participante était suivie pour un état de stress post traumatique. Mais certains participants présentaient des troubles du sommeil ou des douleurs inexplicables qui peuvent faire suspecter des troubles de symptômes somatiques et des troubles connexes. Ces troubles sont définis par le DSM-V comme des pensées, émotions ou comportements « excessifs ou inappropriés », à l'origine d'un retentissement fonctionnel ou d'une

souffrance subjective et accompagnant des symptômes somatiques ayant, ou non, une cause somatique identifiée.

Il existe un risque important de sous-diagnostic de l'état de stress post-traumatique (39,70). Il nous paraît ainsi nécessaire de questionner systématiquement les patients migrants sur leur parcours de vie et les violences vécues, afin de dépister ces troubles.

Enfin, chez les patients allophones il est important de collaborer avec un interprète pour explorer ces traumatismes en consultations. Le traumatisme est parfois tellement important que les patients n'arrivent plus à en parler. Utiliser la langue maternelle permet d'exprimer plus facilement leurs sentiments (40).

## **3.2. Comment adapter l'accompagnement des migrants à leurs besoins ?**

Les freins à l'accès aux soins des migrants ont été identifiés par plusieurs études (41,42). Les obstacles fréquemment avancés sont la barrière de la langue, la complexité des démarches administratives, ou encore la méconnaissance de leurs droits et des acteurs à contacter.

En effet, pour les personnes en situation de précarité, il est difficile de se repérer dans le système de soins français (19). Les participants de notre étude disent avoir été informés à ce sujet par des intervenantes sociales, des soignants, d'autres réfugiés, des structures de formations... Le rendez-vous santé pourrait être l'occasion de donner une information centralisée sur ce système de soins, qui servirait de référentiel aux différents acteurs cités plus haut. Cela nous apparaît primordial, car l'accumulation des freins à l'accès aux soins peut aboutir à un non recours aux soins (43). Pour lutter contre ces facteurs, des idées sont avancées.

### **3.2.1. L'interprétariat**

L'intérêt de l'interprétariat professionnel n'est plus à prouver (18, 44). Si l'interprétariat téléphonique se prête bien aux contraintes de la médecine libérale (45), le type d'interprétariat professionnel qui permet la meilleure relation avec le patient reste celui en présentiel (46,47). Cependant, en Sarthe, force est de constater la pénurie en interprètes professionnels. Dans les Pays de la Loire, l'URML et l'ARS permettent aux professionnels de santé libéraux d'accéder gratuitement à un service d'interprétariat professionnel téléphonique (48). Bien qu'il soit satisfaisant (13), nous constatons que ce dispositif d'interprétariat téléphonique tend malheureusement à être trop peu utilisé en Sarthe. D'une part, par les patients qui, comme dans notre étude, se montrent réticents, même s'ils sont satisfaits de la présence d'un interprète après la consultation (49). D'autre part, par les professionnels de santé, qui rencontrent plusieurs difficultés : l'organisation de l'entretien peut

s'avérer complexe, avec une prise de rendez-vous parfois plusieurs jours à l'avance, de même que l'organisation d'une consultation en présence d'une tierce personne (13). Bien que débutante, la formation des professionnels de santé à l'interprétariat communautaire se développe (50,51).

Ces difficultés amènent régulièrement des soignants à faire appel à des interprètes non professionnels, tels que des proches du patient. Nombreux sont les migrants qui font ainsi la traduction entre l'une de leurs connaissances et un médecin, sans garantie aucune sur leur niveau de français, et sans rémunération pour ce travail. Les limites de cet interprétariat non professionnel sont majeures, allant de la rupture du secret professionnel à des traductions de mauvaise qualité pouvant mener à de mauvais diagnostics (52,53). En réponse à ces observations, les recommandations concernant la formation professionnelle des interprètes se sont multipliées ces dernières années (51,54,55).

### **3.2.2. Un rendez-vous santé organisé**

Au delà de la barrière de la langue, d'autres difficultés persistent pour les médecins dans la prise en charge des migrants. L'une des principales est l'aspect chronophage de ces consultations (11). Il faut intégrer la culture du patient à sa prise en charge, ce qui peut nécessiter une adaptation de l'organisation du médecin (56). Le temps et la patience nécessaires à la prise en charge peuvent parfois manquer, notamment en cas de retard (57). L'écoute du médecin peut en être altérée, ce qui mène à des questions sans réponse pour les patients migrants, comme nous avons pu l'observer chez certains participants de notre étude.

Une autre difficulté évoquée par les médecins est le retard ou le manquement de rendez-vous, qu'ils observent plus souvent chez ce public (9,58). C'est pourquoi nous avons été surprises par l'importance apportée par les participants de notre étude à la ponctualité. Ils ont exprimé des difficultés pour se déplacer aux rendez-vous médicaux : malgré leurs efforts pour anticiper et s'organiser, ils sont dépendants des transports en commun, et ont parfois du mal à se repérer en ville. Ils rapportent aussi de nombreuses autres obligations faisant suite à leur arrivée en France : les cours à AGAFI qui ne leur laissent qu'une à deux demi-journée de libre par semaine, les procédures administratives, ou encore le fait de se présenter à des associations pour recevoir de l'alimentation ou des vêtements. La santé n'est ainsi pas toujours la priorité, en l'absence de symptôme fonctionnel majeur. Ces impératifs expliquent la discordance entre les retards observés par les médecins et l'importance de la ponctualité rapportée par les participants.

### 3.2.3. Des structures adaptées aux besoins du patient migrant

Se pose alors la question des structures spécialisées dans la prise en charge des migrants. C'est ce qui tend à être mis en place dans plusieurs villes, avec des réseaux faisant converger PASS, centres de vaccinations, ONG... (59,60). Les ONG et associations de médecins bénévoles occupent en effet une place complémentaire dans les soins aux migrants en France (61,62). En Sarthe, l'Ordre de Malte leur propose ainsi des consultations gratuites.

Plusieurs écueils sont rapportés concernant ces structures spécialisées. Tout d'abord, elles reposent en général sur des initiatives et des financements locaux. De ce fait, la question de leur pérennité se pose, par exemple en cas de changement de ligne politique municipale. L'égalité des soins sur l'ensemble du territoire français est lui aussi mis à mal, dès lors que c'est à l'échelle de la municipalité que s'organisent les soins aux migrants (61). Cela va pourtant à l'encontre des recommandations gouvernementales, qui visent à organiser ces soins de façon égalitaire et systématisée mais laissent par ailleurs le soin aux ARS de s'en charger (3,61).

L'autre inquiétude majeure concernant les structures spécialisées pour les migrants concerne le risque d'un nivellement par le bas. Car cette structure va à l'encontre du principe de soin universel. En faisant de la différence culturelle le point central de la prise en charge de migrants, le risque est non seulement de les y réduire et de mal prendre en charge les autres problèmes de santé classiques qu'ils pourraient présenter. Mais aussi de faire du manque de moyen et du non accès à l'ensemble des soins remboursés par de meilleures mutuelles la norme. En fonction de leur passé, de leur propre culture, et de leurs opinions politiques et philosophiques, les avis des soignants divergent sur ce point (63).

Face aux problèmes d'accueil et de prise en charge des migrants, il semble néanmoins que les acteurs de santé les plus en contact avec ce public soient en faveur une organisation adaptée, par exemple dans une structure spécialisée telle que la PASS. Cette vision, plus pragmatique, prend en compte les inégalités de soins auxquelles font déjà face les migrants : y opposer le souhait de soins universels semble peu réaliste (63).

### **3.2.4. La médiation en santé**

De ces difficultés et du souhait d'intégration des migrants dans le système de soin français est né un nouveau concept : la médiation en santé. Un avis de la HAS, paru en octobre 2017, décrit le métier de médiateur en santé comme le fait de " créer du lien et participer à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder." (10) Les mises en application de médiation en santé se multiplient depuis, et semblent répondre de façon adaptée aux freins à l'accès aux soins des personnes précaires, dans le respect du secret professionnel (64,65). Un essai est à ce jour en cours en Sarthe, dans le cabinet d'une médecin généraliste spécialisée dans la prise en charge des migrants, qui collabore avec un médiateur en santé.

## **4. Pistes de réflexion et suggestions pour améliorer la prise en charge des migrants**

Les pistes de réflexion amenées par notre travail convergent autour de deux axes principaux, qui correspondent aussi à nos résultats principaux : La communication autour du rendez-vous santé et son contenu d'une part, et son organisation avec un accompagnement adapté des patients d'autre part.

### **4.1. Communiquer autour du rendez-vous santé**

Il nous paraît important de souligner à nouveau l'ambivalence même du terme "rendez-vous santé", qui pourrait s'apparenter à une consultation médicale classique. Cette dénomination commençant à se faire connaître parmi les acteurs sociaux et médicaux prenant en charge les migrants, la pertinence de le renommer maintenant est discutable. Si cela était envisagé, nous suggérons une appellation plus claire, telle que "le bilan de santé du migrant primo-arrivant".

Quel qu'en soit le nom, il est primordial de communiquer autour du rendez-vous santé. Non seulement aucun des participants de notre étude n'en avait entendu parler, mais certains soignants ou membres d'associations prenant en charge les migrants ne connaissaient pas ce terme non plus. Il nous paraît aussi peu probable que les médecins généralistes qui ne sont pas habitués à prendre en charge des migrants connaissent le rendez-vous santé, ainsi que les différentes structures accueillant ces patients.

La circulaire du gouvernement décrivant le rendez-vous santé s'adresse aux ARS. Les ARS doivent donc plus communiquer autour de ce rendez-vous santé. Nous proposons dans un premier temps la

diffusion, par mail par exemple, de la circulaire en question aux soignants des PASS, aux intervenants sociaux et aux médecins généralistes. Mais surtout, pour communiquer au mieux sur ce rendez-vous santé, son contenu et son organisation doivent être clairement établis, avec une liste des étapes à réaliser. La création d'une synthèse de cette organisation, tel qu'un outil comme Passeport Santé, mis en place à Angers pour les mineurs non accompagnés (66), pourrait être un outil de communication majeur : pour les patients, mais aussi pour tous les acteurs du système de soins, qui sauraient ainsi où et comment adresser un migrant dans le département de la Sarthe.

Il serait aussi pertinent, en parallèle de l'organisation de ce rendez-vous santé, que l'ARS ou le personnel de la CPAM puisse apporter aux patients migrants des explications sur le système de soin. Le livret de santé bilingue du Comede (67), répond aussi à de nombreuses questions de prise en charge sociale et médicale du migrant, en français et dans quinze langues. Les acteurs du système de soin gagneraient à ce que ce livret leur soit plus largement diffusé.

## **4.2. Organiser le rendez-vous santé : un travail en lien avec la médecine générale et la médiation en santé ?**

Notre société a le devoir moral de proposer des soins de qualité à tous les individus, et en particulier aux plus précaires, dont font partie les migrants. Il s'agit aussi d'une démarche de santé publique, pour limiter des épidémies ou des troubles à l'ordre public en lien avec des maladies psychiatriques.

Les migrants représentent des patients qui ont perdu de nombreux repères et rencontrent une société qu'ils connaissent peu. Actuellement, l'accompagnement des participants de cette étude est en partie réalisé par les intervenantes sociales, qui encadrent particulièrement bien les personnes hébergées dans ce foyer d'Adoma. En effet, l'entreprise d'Adoma fait de cet accompagnement médical l'une de ses missions (68). Mais il est important de relever que les intervenantes sociales pallient là à un manque, puisqu'en leur absence cet accompagnement n'existe pas pour le moment. Elles ne sont pas formées à ce travail de déplacement aux soins, de prise et de rappel de rendez-vous médicaux, d'explications des soins et des ordonnances... Et il serait approprié que des acteurs du circuit de soins publics réalisent ce travail.

L'organisation du rendez-vous santé devrait, selon nous inclure, un médiateur en santé, qui réaliserait ces missions d'accompagnement dans le cadre de son métier. Les intervenants sociaux pourraient aussi se référer à ce médiateur en cas de question concernant le rendez-vous santé.

Le cadre de ce rendez-vous est aussi à établir. Actuellement, le patient migrant a accès à différentes instances (la PASS, le centre de vaccination, le CLAT, le médecin généraliste) lors de consultations différentes. La communication entre ces différentes structures est pourtant au service d'une meilleure prise en charge des migrants (69) Une centralisation de ce rendez-vous santé nous apparaîtrait plus cohérente. Il faudrait que le patient migrant, dès qu'il est repéré par un acteur social ou soignant, soit adressé pour la réalisation des dépistages et la mise à jour des vaccinations en un seul et même lieu. Cela pourrait représenter la première étape du rendez-vous santé.

La deuxième partie du rendez-vous santé comprendrait un examen clinique, le dépistage d'un état de stress post-traumatique, et l'initiation d'un suivi médical à long terme. L'ensemble de ce travail devrait selon nous être réalisé par un médecin généraliste, afin d'intégrer le patient migrant au système de soin classique. La Sarthe est cependant confrontée à la désertification médicale. Aux freins à la prise en charge des migrants par les médecins généralistes, évoqués précédemment, s'ajoute donc la difficulté de trouver un médecin traitant.

Peut-être serait-il possible de valoriser ce travail en incluant la deuxième partie du rendez-vous santé dans les "consultations complexes", ce qui permettrait un temps de consultation plus long et donc plus adapté.

Une autre option pourrait être que des médecins généralistes, par ailleurs installés, réalisent la deuxième partie du rendez-vous santé sur des créneaux de consultation hospitaliers, sur le même lieu que la première partie du rendez-vous santé : cela pourrait rassurer les médecins généralistes, qui auraient accès aux intervenants sociaux et interprètes hospitaliers. Les patients migrants pourraient ainsi bénéficier de l'ensemble du rendez-vous santé le même jour, dans un même lieu. Et un suivi médical au cabinet du médecin généraliste rencontré à l'hôpital pourrait être initié.

Pour permettre une bonne compréhension mutuelle, la présence d'un interprète pour les patients allophones paraît indispensable lors du rendez-vous santé.

Il serait peut être possible, avec l'aide d'un secrétariat attitré, d'organiser les rendez-vous santé de personnes parlant la même langue le même jour. Une première étape serait de regrouper les rendez-vous des migrants d'une même famille. Cela simplifierait les démarches des intervenants sociaux et des soignants concernant l'interprétariat, puisqu'ils n'auraient pas à y faire appel à la dernière minute. Et cela permettrait une traduction par un interprète en présentiel, ce qui représente le meilleur moyen de communication avec le patient migrant allophone.

Dans le contexte sarthois de pénurie d'interprètes, l'accent doit être mis sur la formation de nouveaux interprètes professionnels. Certains migrants proposent actuellement d'effectuer la traduction entre leurs proches allophones et le médecin. Les risques de cet interprétariat non

professionnel sont majeurs. Cependant, la formation de ces migrants au travail d'interprète représente une piste de réflexion. Cela leur permettrait de s'intégrer sur le marché de l'emploi, tout en réalisant ce travail de façon professionnelle, et non officieuse comme c'est souvent le cas, avec des patients dont ils ne seraient pas eux même des proches.

Nous avons, dans ce travail, fait le choix d'interroger pour partie des personnes allophones. La littérature est très pauvre en études qualitatives interrogeant cette population. Nous en avons pourtant beaucoup appris, au cours de nos entretiens, sur leurs besoins, difficultés et représentations du système de soin français. Nous espérons que d'autres travaux pourront compléter le nôtre, en leur donnant à nouveau la parole.

## **CONCLUSION :**

La circulaire gouvernementale du 8 juin 2018 a créé la notion de rendez-vous santé, qui encadre la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

Notre étude qualitative auprès de vingt réfugiés dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR relève qu'aucun d'entre eux ne connaît la notion de rendez-vous santé. De plus, aucun de ces réfugiés n'était à jours de la prise en charge recommandée par la circulaire du 8 juin 2018.

Les besoins exprimés par ces réfugiés concernant leur santé rejoignent pour la plupart ceux de la population générale. Il existe des spécificités concernant l'importance de plusieurs points : un accompagnement à chaque étape de leur prise en charge, des explications médicales adaptées à leur niveau de français avec la collaboration d'un interprète si besoin, et l'éducation aux soins de prévention. Il apparaît primordial que ce rendez-vous santé soit organisé d'une façon systématisée et centralisée sur le territoire sarthois. Cette organisation pourrait faire appel aux services d'un médiateur en santé pour accompagner au mieux les patients migrants. La communication autour du rendez-vous santé est aussi à renforcer, auprès des acteurs du système de soin et du public visé.

D'autres travaux visant à questionner les migrants, en particuliers les allophones, concernant leurs besoins en santé seraient les bienvenus à l'avenir, car il s'agit d'un public auquel la parole est peu donnée.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Pegliasco S, Dupuy M, Fouassier A, Plassart M, Valleraud F. Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides : Rapport d'activité 2018. 2019. Available from : [https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra\\_ra\\_2018\\_web\\_pages\\_hd.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra_ra_2018_web_pages_hd.pdf)
2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (Page consultée le 7 juillet 2020). Population par âge, sexe et situation quant à l'immigration en 2016. Département de la Sarthe. [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177160?sommaire=4177618&geo=DEP-72>
3. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. 2018. Available from : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir\\_43755.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf)
4. Laporte A, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-De-France. 2010.
5. Veïsse A, Alix I, Chémali AM, Crochet K, Demagny B, Fleury F, Flitti Y, Gaudillière B, Lefebvre O, Maille D, Maraval B, Nguyen A, Pellegrin C, Petrucci M, Puéchavy S, Revault P, Sallé J, Vallois E, Vescovacci K, Wolmark L. Guide Comede 2015 : Soins et accompagnements des migrants/étrangers en situation précaire. Comede ; 2015.
6. Loi 98-657 du 29 Juillet 1998, Article L.711-7-7 Code de la santé publique.
7. Comède. Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de précarité sociale ; Accès aux soins après la réforme PUMa. 2018 May. Available from : <http://www.comede.org/outils/>
8. Tessier S. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. Sante action. 2017 Dec ; 442:8-40
9. Coulange E. Vécu de la relation des médecins traitants de «mineur non accompagnés » en 2016 [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé]. Angers : Faculté de Médecine ; 2017.
10. Mathieu A, Deleplanque D. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. Exercer. 2013 ; 24:27-8.
11. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Sante Publique (Paris). 2015 ; 27(5):679. Available from : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>
12. Gallon A-C ; Le Quere F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales : entretiens semi- dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français [Thèse de Doctorat d'université, Biologie et Santé]. Nantes : Faculté de Médecine ; 2017.
13. Soumana Ali M ; Ducros M ; Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018 [Thèse de Doctorat d'université, Biologie et Santé]. Angers, Nantes : Faculté de Médecine ; 2018.
14. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.
15. Bouvier G. L'aisance en français des migrants primo-arrivants. Infos Migrations n°28, Nov 2011. Commandité par le Ministère de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration.
16. Pareau Z., Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale: Étude qualitative des représentations et apport de l'interprétariat en contexte interculturel. [ Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé] Nancy; Faculté de Médecine. 2010.
17. Virginie Savry, Lara Contessotto. Vécu du parcours de soins des migrants à Grenoble : quelle est la place de Médecins du Monde ? Une étude qualitative . Médecine humaine et pathologie. 2018.
18. Munoz M, Kholli A. Les barrières de langue : Comment les surmonter en clinique. Le Médecin du Québec. 2007;42(2). Available from : <https://lemedecinduquebec.org/Media/94452/045-052Munoz-Kapoor0207.pdf>
19. Stephan Touati, Sébastien Vergan. PASSAGE: Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017.

20. Kapborg I, Berterö C. Using an interpreter in qualitative interviews : does it threaten validity ? *Nursing Inquiry* 2002; 9(1): 52-56
21. Comiti Vincent-Pierre, Patureau Jacqueline. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1, 2005. Immigration et intégration. pp. 129-137.
22. Guillou A. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes. Novembre 2005. Commandité par le Réseau Ville-Hôpital 35 financée par le FASILD. En ligne : [http://www.odris.fr/documents/etudes/Pratiques\\_Therapeutiques\\_2005.pdf](http://www.odris.fr/documents/etudes/Pratiques_Therapeutiques_2005.pdf)
23. Dreyfus Bernard, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits », *Regards*, 2014/2 (N° 46), p. 41-49. DOI : 10.3917/regar.046.0041. URL : <https://www.cairn.info/revue-regards-2014-2-page-41.htm>
24. Jusot Florence, Silva Jérôme, Dourgnon Paul et al., « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection de la migration ? », *Revue économique*, 2009/2 (Vol. 60), p. 385-411. DOI : 10.3917/reco.602.0385. URL : <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-385.htm>
25. Berchet C. Jussot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France: une revue de la littérature. *BEH* 2012 Jan (2-3-4) 17-20.
26. Gimeno-Feliu L.A. Calderon-Larranaga A. Diaz E. et al, Healthy migrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria*. 2015 Jan-Feb (29)15-20.
27. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59(8):1613-27.
28. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Acompari-son of the health status and health care utilization pat-terns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):370-8.
29. Mechali D. Bouchaud O. Should there be a specific management for HIV infected-immigrants in France? *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2008. Aug (38)438-442
30. Bouchaud O., Chérabi K. Particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France. *Rev Prat*, 56 (9) (2006), pp. 1005-1010
31. Pathologies infectieuses chez les migrants adultes et enfants, CMIT, *Maladies infectieuses et tropicales*, Préparation ECN, 6ème édition. 2020. p.241-246
32. Grillo F., Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 17 janvier 2012. N° 2-3-4
33. Maraun Barbara, Lert France, « La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes », dans : Annabel Desgrées du Loû éd., *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2017, p. 299-313. URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-299.htm>
34. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer. Fiche mémo. HAS. Janvier 2015, mis à jour Juillet 2019
35. Bulegon Pilecco Flávia, Guillaume Agnès, « Recours à l'avortement : changements autour de la migration », dans : Annabel Desgrées du Loû éd., *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2017, p. 314-326. URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-314.htm>
36. Gerbes A., Leroy H., Leferrand P. et al., « Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques », *L'information psychiatrique*, 2015/3 (Volume 91), p. 243-254. DOI : 10.3917/inpsy.9103.0243. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-3-page-243.htm>
37. Bas-Sarmiento, P., et al., Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature, *Archives of Psychiatric Nursing*(2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.014>

38. Veisse A., Wolmark L., Revault P. et al., "Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés." Comité pour la santé des exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, France
39. Guillou A. Y., 2007, Patients immigrés dans la région rennais. Le regard des médecins généralistes, Rapport, Rennes, ODRIS/ Réseau Ville-Hôpital 35 [http://odris.fr/documents/etudes/RVH\\_SM2\\_RapportFINAL.pdf](http://odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf):
40. Tarazi-Sahab L, Husseini ME, Moro MR. L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ? Cliniques. 2016;11(1):72-88.
41. Cagnet M, Doutriaux A. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017, n° ISBN : 978-2-11-151510-9. [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)
42. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):382-8. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19-20\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_2.html)
43. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. Thèse d'exercice de Doctorat en Médecine. Paris : Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie ; 2013. <http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/federici-these.pdf>
44. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone EL. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. Am J Public Health 2004 ; 94 (5) : 866-9.
45. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultation de médecine générale : Place de l'interprétariat professionnel. Thèse d'exercice de Doctorat de Médecine. Rennes : Université Bretagne Loire Faculté de médecine ; 2016.
46. Stevens LA, Mitchell PM, Vasquez J, Lopez GM, Gutierrez A, McGrath ME. 384 Spanish-Speaking Patient Satisfaction With Interpreter Services in the Emergency Department: Comparison of InPerson versus Live-Feed Video Interpretation. Annals of Emergency Medicine. 1 oct 2011;58(4):S308.
47. Anne-Elise Morice. Évaluation d'un service d'interprétariat par visio conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non recours. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02394617f
48. Interprétariat professionnel [Internet]. URPS. 2017 <http://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat/>
49. Bigot, Raphaëlle, Néhémie Dallet, et Rosalie Rousseau. « Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire », Santé Publique, vol. 31, no. 5, 2019, pp. 663-682.
50. Weber O, Sulstarova B, Reeves D, Faucherre F. Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique : une recherche action. L'autre, cliniques, cultures et sociétés. 2014 ; vol 15 - N°2, 207-218. <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2014-2-page-207.htm>
51. Fierro-Mühlemann, Isabel, Eíriz Martín, Isabel, François, Katy, Quelle formation pour les interprètes communautaires ? Le dispositif mis en oeuvre en Suisse romande. Çedille. Revista de Estudios Franceses [Internet]. 2014; (4):49-61. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80833380006>
52. Arend L., Cadart A., et al. L'interprétariat médical et social, élément de la démocratie sanitaire. Module interprofessionnel de santé publique. Ecole des Hautes Etudes En Santé Publique. 2017. Available from : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/mip/groupe%2012.pdf>
53. Anaïk Pian, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », Revue européenne des migrations internationales [En ligne], vol. 28 - n°2 | 2012, mis en ligne le 10 octobre 2012, consulté le 04 juillet 2020. URL : <http://journals.openedition.org.buadistant.univ-angers.fr/remi/5915> ; DOI : <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.4000/remi.5915>
54. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France du 14 novembre 2012.
55. Cagnet M, Doutriaux A. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017, n° ISBN : 978-2-11-151509-3. Available from : [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf)

56. Moro M-R. Comprendre et soigner. La consultation transculturelle : un dispositif métissé et cosmopolite [Internet]. Transculturel.eu. Disponible sur : [http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-undispositif-metisse-et-cosmopolite\\_a85.html](http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-undispositif-metisse-et-cosmopolite_a85.html)
57. Fabier SD. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse d'exercice de Doctorat de Médecine. Bordeaux : UFR des Sciences Médicales Bordeaux 2; 2011. Available from : [http://www.apima.org/img\\_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite\\_ecoute.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite_ecoute.pdf)
58. Matz Flye Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. étude quantitative par questionnaire. Thèse d'exercice de Doctorat de médecine. Nancy : Université de Lorraine Faculté de médecine ; 2011.
59. Douillet D. Parcours médical des migrants primo arrivants à Angers. Thèse d'exercice de Doctorat de Médecine. Angers. 2016. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061644/2016MDEMG5225/fichier/5225F.pdf>
60. Ginot L, Laconde C, Rousseau A. Éditorial. Santé des personnes migrantes, parcours d'exils, violences subies : un enjeu pour l'ensemble du système de santé. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(17-18):310-1. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019\\_17-18\\_0.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_0.html)
61. Anne-Cécile Hoyez, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », Cybergeo : European Journal of Geography [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 03 juillet 2020. URL : <http://journals.openedition.org/buadistant.univ-angers.fr/cybergeo/24796> ; DOI : <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.4000/cybergeo.24796>
62. Réseau Louis Guillou. Rapport d'activité 2018. <http://rlg35.org/wp-content/uploads/2019/05/rapport-dactivite%C3%A9s-2018.pdf>
63. Sicot F, Touhami S. Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère? Empan. 22 juin 2015;(98):101-8.
64. Revault P. Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ? La santé en action. Décembre 2017; N°442; 10-12.
65. Büchler, Andrea; Beutler, Hélène; et al. Migrants allophones et système de soins : Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire. Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE. Prise de position n° 27/2017 ; Berne, 26 Janv 2017. Available from : [https://www.interpret.ch/admin/data/files/infolib\\_asset/file/55/def\\_nek\\_stellungnahme\\_migranten\\_a4\\_fr\\_web-\(002\).pdf](https://www.interpret.ch/admin/data/files/infolib_asset/file/55/def_nek_stellungnahme_migranten_a4_fr_web-(002).pdf)
66. Renier A, Capitaine A. Passeport santé : Une prise en charge dédiée aux mineurs non accompagnés. Communiqué de Presse CHU Angers. 8 mars 2019.
67. Comede. Livret de santé bilingue. Réédité en 2018. Disponible sur : <https://www.comede.org/livret-de-sante/>
68. Adoma. Accueillir et accompagner les demandeurs d'asile. Internet. Publié le 6 Août 2015, mis à jour le 30 Juillet 2019. <https://www.adoma.cdc-habitat.fr/adoma/L-entreprise/p-534-Accueillir-et-accompagner-les-demandeurs-d-asile.htm>
69. C. Jauffret, M. Lefebvre, A. Scavion, P. Bernard, M. Coste-Burel, N. Marty, V. Briend, J. Coutherut, C. Biron. Optimisation du dépistage des maladies infectieuses chez les migrants primo-arrivants : mise en place d'outils d'amélioration du parcours de soins entre une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et un centre fédératif de prévention et de dépistage (CFPD). Médecin et Maladies Infectieuses. Juin 2017, Vol 47, Issue 4, Supplement, 11-12.
70. Tapié De Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé en France en 2016. 2017 Sep 5 ; 19-20:396-404. Available from : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017\\_19-20\\_4.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20_4.pdf)

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>XIII</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>IX</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Description de la population .....</b>	<b>11</b>
1.1. Caractéristiques de la population .....	11
1.2. Le vécu de la migration et les modèles de soin antérieurs.....	12
<b>2. Vécu des soins en France .....</b>	<b>13</b>
2.1. Le circuit habituel du rendez-vous médical.....	13
2.1.1. La prise du rendez-vous médical	
2.1.2. La programmation des soins	
2.1.3. Les moyens de rappel du rendez-vous médical	
2.1.4. L'importance de la ponctualité concernant les rendez-vous médicaux	
2.1.5. Le déplacement au rendez-vous médical	
2.1.6. Le lieu du rendez-vous médical	
2.1.7. La durée du rendez-vous médical	
2.2. Les notions concernant le rendez-vous santé .....	16
<b>3. Représentations concernant les soins .....</b>	<b>17</b>
3.1. Les motifs de consultation .....	17
3.1.1. Les problèmes de santé	
3.1.2. Les conditions nécessitant de voir le médecin	
3.1.3. Les besoins exprimés concernant la consultation	
3.1.4. Le besoin exprimé de soins pour les proches	
3.2. Les représentations de la santé .....	21
3.2.1. L'état de santé ressenti	
3.2.2. L'importance de l'activité dans la santé	
3.2.3. La responsabilité du patient migrant dans sa santé	
3.2.4. La représentation des soins français	
3.3. Les freins à l'accès aux soins.....	26
3.3.1. Le manque de matériel	
3.3.2. La passivité dans la demande de rendez-vous médical	
3.3.3. Des rendez-vous parfois difficiles à planifier	
3.3.4. La méconnaissance du système de soins français	
3.4. Les représentations des soins de prévention .....	29
3.4.1. La contraception	
3.4.2. Les vaccinations	
3.4.3. Les dépistages	
<b>4. Besoins exprimés concernant les soins .....</b>	<b>36</b>
4.1. L'apprentissage du système de soins français .....	36
4.1.1. Les sources d'informations sur le système de soins français	
4.1.2. L'apprentissage de la prise en charge financière des soins en France	
4.1.3. L'observation et l'adaptation à l'environnement français	
4.2. Les qualités nécessaires aux soignants .....	38

4.2.1.	Les qualités humaines du soignant	
4.2.2.	Les qualifications du soignant	
4.2.3.	Les explications du soignant	
4.3.	La relation avec les soignants.....	40
4.3.1.	La communication avec le soignant	
4.3.2.	La barrière de la langue	
4.3.3.	La place du médecin de famille	
4.3.4.	Les soins spécialisés	
4.4.	La place des examens complémentaires .....	47
4.5.	La relation aux traitements .....	47
4.5.1.	L'automédication	
4.5.2.	Les traitements non médicamenteux	
4.5.3.	L'observance thérapeutique	
4.5.4.	L'efficacité de la prise en charge	
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>		<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>I</b>

## **ANNEXES**

Annexe n°1 : Affiche informative sur notre travail

Annexe n°2 : Lettre d'information au participant

Annexe n°3 : Guide d'entretien final

Annexe n°4 : Consentement signé par les participants

Annexe n°5 : Accord du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier du Mans

Annexe n°6 : Grille COREQ

Annexe n°7 : Vécu de la migration et modèle de soin antérieur

# PARLER POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Nous sommes 2 medecins  
qui souhaitons parler avec vous individuellement  
pendant environ 1 heure.

**L'objectif est de mieux vous  
connaître pour mieux soigner les  
personnes dans votre situation.**

Merci beaucoup pour votre  
temps,  
A bientôt !

**Claire et Eve**



Made with PosterMyWall.com

## **Annexe n°2 : Lettre d'information au participant**

### **Lettre d'information aux participants**

Bonjour,

Nous sommes deux médecins généralistes et nous effectuons actuellement notre thèse sur le rendez-vous santé. C'est dans ce cadre que nous proposons de vous rencontrer pour un entretien pour vous poser quelques questions. Pour ne pas influencer vos réponses, nous ne pouvons pas encore vous communiquer le sujet exact de l'étude. Nous allons enregistrer l'entretien, pour nous permettre d'être plus attentives à ce que vous nous dites et de le réécouter. Mais toutes les données seront complètement anonymes. A tout moment, vous pouvez décider d'arrêter l'entretien, et refuser que vos réponses soient utilisées dans notre recherche.

Si vous le souhaitez, nous pourrions vous communiquer les résultats de notre thèse quand elle sera terminée.

Merci beaucoup d'avoir accepté de nous répondre.

Eve GOLDBERG

Claire LE LIEVRE DE LA MORINIÈRE

## **Guide d'entretien final**

Thèse médecine générale

### **Présentation :**

Bonjour. Comme nous vous l'avons expliqué, nous réalisons, Claire/Eve et moi, notre thèse sur les premiers soins de santé que vous recevez en arrivant en France.

Je suis là pour vous poser des questions en tant que chercheuse, ceci n'est pas une consultation médicale.

Je vais être très silencieuse, en dehors de mes questions, pour vous laisser le temps de réfléchir aux choses que vous voudriez ajouter. Mon objectif est d'entendre ce que vous avez à dire, c'est normal que vous parliez beaucoup.

Tout ce que vous allez me dire sera anonyme. Si vous le souhaitez, je pourrai vous donner la retranscription de notre entretien, pour que vous puissiez supprimer certains passages.

A tout moment, vous pouvez retirer votre consentement de notre étude.

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.

### **Si interprète :**

Merci de me traduire ce que dit monsieur/madame, phrase par phrase, et de ne pas synthétiser sa réponse.

Si monsieur/madame n'a pas compris ma question, ne la reformulez pas : traduisez moi sa réaction, et je reformulerai en fonction.

Merci de me préciser si le patient hésite, parle très simplement ou avec des phrases élaborées.

- 1. Comment faisiez-vous quand vous étiez malade avant d'arriver en France ?**  
Voulez-vous me raconter pourquoi vous êtes parti ?
  
- 2. Comment trouvez-vous votre santé en ce moment ?**
  
- 3. Racontez moi comment s'est passé le premier rendez-vous avec le médecin en France ?**  
**Comment voudriez-vous que ça se passe ?** (pour voir le médecin)  
Comment pensiez-vous que ça se passerait pour vous faire soigner en France ?
  
- 4. Comment faites-vous pour aller à un rendez-vous médical ?**  
Comment faites-vous pour vous en rappeler ?
  
- 5. De quoi voulez vous parler avec le docteur ?**  
Qu'est-ce que vous voudriez partager avec le médecin de votre histoire ?  
Que pensez-vous de la contraception ? Et des vaccins ?  
Quels seraient les sujets difficiles à évoquer pour vous en présence d'un interprète ?
  
- 6. Est ce que vous avez des remarques ou des questions supplémentaires ?**

## **Annexe n°4 : Consentement signé par les participants**

# **CONSENTEMENT**

Thèse médecine générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien, organisé dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Cet entretien est enregistré, puis sera retranscrit. Toutes vos réponses restent anonymes.

Vous pouvez retirer votre consentement de notre étude à tout moment.

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

## Annexe n°5 : Accord du Comité d’Ethique du Centre Hospitalier du Mans



### AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

**Remarque générale :** Le Comité d'éthique n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Le Comité ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique.

Nom du protocole	Les besoins exprimés et les représentations des migrants en Sarthe concernant le rendez-vous santé
Investigateur principal	Dr Michel NGUYEN (directeur de thèse de Claire LE LIEVRE DE LA MORINIÈRE et Eve GOLDBERG)
Lieu de l'étude	CH Le Mans
Type d'étude	Non interventionnelle
Type patients/participants	Patients migrants primo-arrivants
Nombre de patients/participants prévus	Echantillon de 20 patients, ou jusqu'à saturation des données vus en médecine de ville
Objectif principal	Déterminer les points importants à aborder lors du rendez-vous santé pour les migrants primo-arrivants en Sarthe.
Objectif secondaire	- Questionner la manière d'aborder le parcours de migration et le psychotraumatisme pour les médecins.  - Adapter aux attentes des patients migrants le niveau de guidance dans leur prise en charge sanitaire.
Documents communiqués	<input checked="" type="checkbox"/> Protocole / résumé de l'étude <input checked="" type="checkbox"/> Lettre d'information <input type="checkbox"/> Autres :

#### Confidentialité

Confidentialité des données	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anonymat	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis du CEERES	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avis de la CNIL	<input type="checkbox"/> Oui / Méthodologie de référence <input type="checkbox"/> Non

Commentaires :

**Information et recueil de non opposition**

Lettre d'information précisant

Titre de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
But de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déroulement de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge courante inchangée	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de refus	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de recevoir les résultats de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Recueil de non opposition

Recueil nécessaire	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de consentement	<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Ecrit
Traçabilité dans le dossier	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

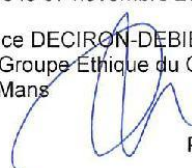
Commentaires : \_\_\_\_\_

**Conclusion**

Avis favorable	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Révision nécessaire selon commentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis défavorable	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Tenu en séance le 07 novembre 2019

Docteur Florence DECIRON-DEBIEUVRE  
Présidente du Groupe Ethique du Centre  
Hospitalier du Mans



Page 2 sur 2

## Annexe n°6 : Grille COREQ

### COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Claire, Eve
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Medecine res
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Medecine res
Gender	4	Was the researcher male or female?	Females
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	None
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	None
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Medics
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Medics
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Qualitative stu
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Convenience
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Face-to-face
Sample size	12	How many participants were in the study?	20
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	None
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Foyer Adoma
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	UNHCR Refug
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Yes, yes
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Yes
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Yes
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	38min
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Yes
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	No

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	3
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	No
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Derived from t
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Word, Excel
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Yes
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

## Annexe n°7 : Vécu de la migration et modèle de soin antérieur

### 1. Vécu de la migration

Les premiers motifs de migration évoqués étaient la guerre ainsi que les discriminations religieuses :

*"C'est le problème de guerre, de politicien, ça devient pour les religions. C'est ça qui a fait venir au Tchad." E9*

Venaient ensuite l'accès aux soins ainsi qu'à l'éducation, que ce soit personnel ou familial :

*"Le but de mon voyage même c'était de venir ici pour me soigner." E18*

*"J'ai aussi deux petits, une fille et un garçon, ils n'avaient pas l'école... Et je viens comme ça avenir bien" E1*

Un autre participant rapportait la pauvreté comme motif de migration :

*"Je suis parti du Sud Soudan parce que j'étais pauvre." E5*

Pour les femmes, la décision de migration était parfois liée à une autorité masculine, que ce soit celle du mari :

*"Je suis mariée. Tu continues avec ton mari. Tu n'as pas le droit de rester avec ton père... Si ton mari besoin là, tu acceptes." E1*

Ou la disparition de l'autorité paternelle :

*"Depuis 2003, notre père est mort. Et on nous a déplacé dans des camps." E16*

#### 1.1. Les démarches administratives

Une participante nous décrivait les démarches administratives nécessaires à sa migration en France comme laborieuses :

*"Trois fois nous allons à [ndlr : nom d'une capitale] pour faire les papiers de l'étranger là. [ndlr : nom d'une capitale]. [...] C'est loin. Depuis 6h c'est nous lever à 6h du matin là jusqu'à 19h moi arriver à [capitale]." E1*

#### 1.2. Soulagement lié à la migration en France

Une participante rapportait qu'elle anticipait des difficultés en cas de refus de son dossier de migration :

*"Oui... C'est le HR [ndlr : Programme HCR] là... C'est... Vous allez à l'étranger. Si tu signes le papier. S'ils ne t'acceptent pas c'est difficile." E1*

Plusieurs autres étaient soulagés d'avoir pu migrer en France :

*"Grâce à Dieu maintenant on est en France. Les formalités ont réussi et grâce à Dieu on est en France." E16*

## 2. Les modèles de soin antérieurs à l'arrivée en France

### 2.1. Le lieu des soins

Chez plus de la moitié des personnes interrogées, l'accès principal aux soins était hospitalier dans leur pays d'origine :

*"Chez nous quand tu as besoin d'être soigné, tu pars à l'hôpital." E2*

Un participant évoquait une réalisation des soins dans un dispensaire :

*"Donc il y a le dispensaire là bas. Si quelqu'un malade là, tu pars, tu fais les choses." E17*

D'autres participants rapportaient plutôt des circuits alternatifs, tels que l'accès direct à la pharmacie ou des boutiques de médicaments similaires :

*"Non si mon cœur me fait mal à l'Afrique, je prends argent et je pars au pharmacie. J'achète un médicament." E11*

ou encore l'accès à un médecin en dehors d'une structure de soins, que ce soit un collègue dans un autre métier, ou un pharmacien se présentant aussi comme médecin :

*"il y a un gars qui travaille ensemble avec nous, lui-même il est docteur aussi. [...] si je suis mal à l'aise, je lui parle et il va chercher des médicaments." E12*

*"Bah, par contre en pharmacie, ils nous donnent les médicaments, et même carrément parfois je trouve c'est vraiment une dame elle aussi peut être elle est médecin, elle travaille dans la pharmacie, c'est sa pharmacie." E11*

Aucune des personnes interrogées ne parlait de consultation en cabinet de médecine générale.

La seule participante qui évoquait les médecins généralistes les décrivait comme peu nombreux en Afrique, et accessibles uniquement en structure privée. Sachant qu'en France, les médecins généralistes sont le premier recours de soin, et qu'ils sont accessibles en cabinet de ville, cela révèle que ce terme ne reflétait probablement pas la même chose pour elle qu'ici.

*"Mais y a pas de médecin généraliste en Afrique. Y a pas beaucoup. [...] Non. Il y en a [ndlr : des médecins généralistes] dans des cliniques privées, ouais. Cliniques privées." E18*

### 2.2. L'organisation antérieure des soins

Les soins antérieurs semblaient être non programmés pour la plupart des participants :

*"Chez nous quand tu as besoin d'être soigné, tu pars à l'hôpital." E2*

Seul un participant évoquait une prise de rendez-vous médical, et une deuxième parlait de consultation hospitalière, pouvant faire supposer une programmation de celle-ci :

*"Ils m'ont donné un rendez-vous [ndlr : à l'hôpital]." E3*

Concernant les soins préventifs, en revanche, une participante rapportait une programmation des soins, dans le cadre d'un suivi de grossesse.

*"Quand je suis enceinte je pars en visite chaque mois. Chaque mois je pars en visite. On m'a donné examen pour que je fais examen pour typhoïde, pour palu, pour sida et je ne me rappelle pas." E13*

L'utilisation d'un carnet de santé était souvent rapportée comme support des informations médicales et moyen de payer les soins. Ce carnet était payant.

*"Chez nous quand tu as besoin d'être soigné, tu pars à l'hôpital. Tu prends un carnet que tu peux acheter si tu ne l'as pas. [...] [Ca permettait de payer les soins ?] Oui. [...] [A quoi servait le carnet ?] Ils mettaient le nom, l'adresse, ce que tu as expliqué à l'infirmière ou au docteur, les ordonnances qu'on va te prescrire. On met tout dedans." E2*

### **2.3. Le coût des soins dans le système antérieur**

Les consultations étaient décrites comme payantes dans le circuit de soin antérieur de certaines personnes interrogées, ce qui provoquait une limitation de l'accès aux soins :

*"Si tu es malade là tu dois expliquer avec docteur médecin [...] il fait ordonnance, tu payes 200 à la caisse." E17*

Ce qui était présenté comme le plus coûteux était l'accès aux médicaments :

*"Par contre si je vais acheter médicament ça coûte tellement cher ! Des fois quinze milles, des fois vingt milles, dix-sept milles..." E11*

Certains participants nous décrivaient cependant des soins gratuits pour certains d'entre eux, considérés comme fragiles, comme par exemple les réfugiés ou les femmes célibataires :

*"Elle avait un statut de réfugié donc elle ne payait pas les médicaments." E6*

*"Parfois là nous là, comme on n'a même pas les hommes là, ils ont écrit dans les femmes à risque, donc on est comme vénérables. Donc nous là on paye pas. [...] C'est comme ça on part même aux pharmacies, ils ont fait les gratuits là." E17*

Mais ces soins gratuits semblaient se faire par le biais des soins publics. Certains participants nous décrivaient une pénurie de médicament dans ce circuit :

*"Si docteur ou médecin ils ont écrit, tu pars là bas, tu prends antibiotique, tel, tel, tel comme ça là, et tu amènes là bas, ils ont dit : "tout là, il n'y a pas. Va chercher ailleurs. Achète". C'est comme ça ils ont dit." E17*

De ce fait, certains participants passaient par des circuits alternatifs pour obtenir leurs médicaments, même en cas de gratuité théorique des soins. Ils pouvaient acheter des médicaments au marché :

*"Il achète des médicaments qu'on vend dans les marchés." E10*

ou faire du troc en cas d'impossibilité de payer autrement :

*"On veut quelque chose là, si on a des habits ou petites choses là, on vend ça, on a trouvé un peu d'argent là. On achète avec." E17*

#### **2.4. Les thérapeutiques utilisées dans le système de soins antérieur**

Certains participants rapportaient l'utilisation de traitements habituels dans leur pays d'origine, tels que des injections régulières ou des antalgiques :

*"Pour le cœur on lui faisait des injections mais elle ne connaît pas le nom." E6*

*"si les douleurs revenaient on me donnait une ordonnance pour prendre des comprimés en complément pour les douleurs." E8*

Plusieurs d'entre eux s'automédiquaient par des traitements antalgiques tels que le paracétamol ou l'ibuprofène :

*"Elle part là bas, elle cherche des Doliprane et paracétamol c'est tout." E14*

*"On sait pas. Parce que chez nous là bas là (rit), si tu as mal là, on doit trouver "brufène". [...] Le ibu...profène. [...] Pour boire. Ca va calmer un peu." E17*

ou par une supplémentation alimentaire pour son nouveau né, pour l'une des participantes :

*"Ma grande sœur l'a acheté "Phosphatine", je fais avec elle. [...] "Phosphatine" cérélaç, de là bas. C'est comme ça je donne avec elle." E17*

Certains participants faisaient appel à la médecine traditionnelle, que ce soit pour les rhumatismes :

*"J'ai pris l'eau et j'ai mis l'eau un peu au feu avec le [mot inaudible] et je pense. Et je masse ma peau avec du betavou." E13*

par l'utilisation de racines :

*"[Est-ce que vous utilisiez la médecine traditionnelle ?] Oui souvent, avec les racines." E2*

ou l'utilisation du lait à visée antalgique contre les gastralgies :

*"Ce que ça me sauve la nuit, c'est que je prends le lait [...] C'est à cause de ça que je me guéris [ndlr : des gastralgies]." E11*

L'apprentissage de cette médecine traditionnelle était décrit comme intrafamilial par une participante :

*"Là bas au Tchad on habitude de prendre ça seulement. (silence) Si exemple je pars chez [ndlr : prénom féminin, sa sœur] il fait ça ou elle fait (mime le fait de se frotter la peau) ça je vois. Ou bien moi aussi je viens à la maison et je fais." E13*

## 2.5. Une mauvaise qualité des soins perçue dans le système antérieur

Les participants interrogés n'étaient pas satisfaits du travail des médecins rencontrés dans leur système de soin antérieur. La première explication apportée à ce jugement était le sentiment que les médecins ne s'intéressaient qu'à la rétribution financière, ce qui amenait les consultations gratuites à être de mauvaise qualité :

*"Il y a certaines maladies il n'y a pas l'argent là alors le docteur il ne voit pas. Il ne soigne pas ça."*  
E11

De plus, les médecins étaient décrits comme trop peu nombreux comparé à une demande de soins importantes :

*"Mais ils ne savent pas comment traiter les gens. Puisque y a pas beaucoup d'hôpital et les gens sont nombreux."* E18

La qualité des soins reçus était aussi considérée comme mauvaise. Le personnel soignant manquait de matériel :

*"Il explique qu'il était dans un camp, il n'y avait pas de matériel de consultation. Donc il ne sait pas comment les consultations peuvent être sérieuses. Il n'y a pas de consultations, c'est ce que j'ai dit quoi parce qu'il n'y a pas de matériel."* E15

L'accès au spécialiste était décrit comme très complexe, car se reposant exclusivement sur les médecins humanitaires :

*"En Afrique on a des difficultés de docteur, y a pas de docteur cardiologue. Même s'il y en a là ils sont pour ici [ndlr : l'Europe]. Des médecins pour cardiologue là, c'est ils viennent d'ici et ils rentrent en Afrique pour soigner les gens. Sinon ils ne sont pas là, c'est tout."* E11

Il existait des examens complémentaires, dans le cadre des dépistages ou des suivi de grossesse :

*"Et par exemple on fait le test SIDA comme ça, on fait ça à l'hôpital."* E19

L'absence d'examens complémentaires pour des symptômes et la prescription de médicaments sans ces explorations étaient responsables d'un mauvais vécu de ces soins :

*"Catastrophique. Oui. Je pars à l'hôpital, j'explique ce qui ne va pas pour moi. On passe la consultation, mais... on ne fait jamais d'examen. On passe directement dans des ordonnances. [...] Et je pars à l'hôpital, on me donne ordonnance, sans faire des analyses. Et je vois c'est pas logique."*  
E18

Une participante nous disait avoir espéré une meilleure prise en charge de la part des ONG, et en être finalement déçue :

*"On voulait même si... depuis là on a écouté : médecins sans frontière doit venir là bas, croix rouge. C'est bien même comme ça, on attend jusqu'à ça vient même pas c'est même ! Ca change pas !"* E17

La prise en charge thérapeutique était également critiquée par plusieurs participants, que ce soit en lien avec la pénurie de médicaments déjà évoquée plus haut ou avec la qualité des médicaments, considérés comme inefficaces :

*"Quand ils m'ont là bas là, y a pas vrai... médicament pour soigner quelqu'un. [...] Même ça ne soigne pas ton maladie là, tu dois boire seulement. C'est ça." E17*

Les médicaments considérés comme efficaces étaient d'ailleurs souvent payants, et supposés destinés à des pays plus riches :

*"Ouais ça [ndlr : les médicaments] marchait bien. Ouais ça marche bien par contre ça allait... Les médicaments qu'elle vend dans son pharmacie, c'est pas pour l'Afrique, elle amène ça ailleurs." E11*



# **GOLDBERG Eve, LE LIEVRE DE LA MORINIERE Claire**

## **Besoins exprimés des migrants primo-arrivant en Sarthe**

### **concernant le rendez-vous santé**

#### **RÉSUMÉ**

Introduction : La circulaire gouvernementale du 8 juin 2018 a créé le rendez-vous santé, qui permet un bilan de santé complet et l'éducation au système de soins français aux migrants primo-arrivants, dans les quatre mois suivant leur arrivée sur le territoire. L'objectif de cette étude qualitative était d'interroger les besoins exprimés et les représentations des migrants primo-arrivants concernant ce rendez-vous santé.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt réfugiés primo-arrivants depuis moins de quatre mois dans le cadre du programme de réinstallation de l'UNHCR. La moitié des participants étaient allophones, et ces entretiens ont été réalisés avec la collaboration d'interprètes.

Résultats : Aucun des participants n'avait connaissance du rendez-vous santé. La méconnaissance du système de soin et la barrière de la langue représentaient les principaux freins rencontrés dans leur prise en charge. Les participants exprimaient un besoin d'accompagnement dans leurs soins, ainsi qu'une éducation aux soins de prévention. Ils souhaitaient un médecin référent pour centraliser leur prise en charge et celle de leur famille. Ils insistaient sur l'importance d'explications médicales adaptées à leur niveau de français et à leurs différences culturelles.

Discussion : Le rendez-vous santé pourrait faciliter l'intégration des migrants dans le système de soins. Dans le contexte de perte de repère entraîné par la migration, il apparaît primordial que le rendez-vous santé soit organisé d'une façon systématisée et centralisée sur le territoire sarthois. Cette organisation devrait faire appel aux services d'un médiateur en santé pour accompagner au mieux les patients migrants. La communication autour du rendez-vous santé est aussi à renforcer, auprès des acteurs du système de soin et du public visé.

**Mots-clés : Migrant, Rendez-vous santé, Santé, Précarité, Inégalités sociales de santé**

## **New arrival migrants' expressed needs about «Health Appointment » in Sarthe**

#### **ABSTRACT**

The government circular from June 8, 2018 created the "Health Appointment", which allows newly arrived migrants to get a complete health check up and informations about the french healthcare system, up to 4 months after their arrival on the territory. This qualitative study's objective was to question those migrants' expressed needs and representations about this "Health Appointment".

It is a qualitative study using semi-directive interviews, with twenty newly arrived refugees in the UNHCR reinstallation program, less than 4 months after their arrival. Half of the participants didn't speak french. We collaborated with interpreters for those interviews.

None of the participants knew anything about the "Health appointment". The lack of knowledge of the healthcare system and the language barrier accounted for the main difficulties concerning their medical care. Participants expressed the need of support in their medical care, and the need of an education about preventive care. They wanted that one doctor centralized their healthcare and their families. They insisted on the importance of medical explanations that would be adapted to their level of French and their cultural differences.

The "Health Appointment" could help the integration of migrants into the healthcare system. The migration causes a loss of cultural bearing. It's indeed essential that this "Health Appointment" is systematically organized in the territory of Sarthe, and in a centralized way. This organization should collaborate with a health mediator, to accompany migrants properly. Communication about the health appointment should also be reinforced, to the healthcare system actors and the migrants.

**Keywords :** Migrants, Health appointment, Health, Precarity, Health inequalities