



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE Santé Société migration

Le patient migrant hospitalisé : Quels défis pour les soignants ?

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction du Dr Morgan FAHMI

Prost, Bénédicte

Année 2023-2024

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE


ORSPERE SAMDARRA
Observatoire Santé, Maladie, Prévalences et Soins


**UNIVERSITÉ
JEAN MONNET**
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard  Lyon 1

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Introduction.....	5
Présentation de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, définitions, données du DIM . et données nationales.....	7
Description de l'étude.....	13
Méthodologie.....	13
Résultats.....	14
Discussion :.....	21
I-La barrière linguistique.....	21
II- Les problèmes sociaux et l'accès aux soins.....	24
III- Les paradoxes des attentes patients-soignants.....	28
IV- Focus sur quelques spécificités de la prise en charge des patients migrants.....	32
V-La prise en charge des patients migrants au regard des contraintes économiques des hôpitaux.....	40
VI- Préjugés et représentations des soignants. Coût émotionnel des soignants.....	42
VII-Limites et biais de l'étude.....	46
Conclusion	47
Bibliographie.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DA : Demandeur d'Asile

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DIM : Département d'Information médicale

DSUV : Dispositif Soins Urgents et Vitaux

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Puma : Protection Universelle Maladie

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les années 2010, et particulièrement depuis 2015, ont été marquées par une augmentation du nombre de migrants arrivant en Europe via la mer Méditerranée ou les Balkans depuis le Moyen Orient, l'Afrique et l'Asie du Sud. Les migrants nouvellement arrivés vivent le plus souvent dans des conditions précaires et marginalisées, pouvant se répercuter sur leur état de santé et compliquer l'accès aux soins.

Le nombre de patients allophones et précaires a ainsi augmenté ces dernières années dans nos services d'hospitalisations. La prise en charge de ces patients, dans un contexte de crise du système de santé hospitalier, représente un défi supplémentaire pour des équipes soignantes déjà éprouvées. Les soignants se retrouvent confrontés à l'augmentation de la charge de travail induite par les difficultés (barrière de la langue, problèmes sociaux...) liées à la prise en charge de ces nouveaux patients, alors même qu'ils se doivent de prodiguer les mêmes soins à tous.

Si l'accueil du public en situation d'exil dans les PASS, en psychiatrie et dans les services d'urgences a déjà été bien documenté, il y a peu d'études qui s'intéressent à la prise en charge des migrants dans les services hospitaliers, du point de vue de soignants.

Nous avons décidé de conduire notre travail à l'échelle d'un service hospitalier afin de recueillir la parole de soignants, analyser leurs ressentis, leurs difficultés et les confronter aux données de la littérature existante. L'étape de recueil de données auprès des différents professionnels de santé s'est avéré être un préalable indispensable afin de faire un tour d'horizon des problématiques et de pouvoir envisager dans un second temps des interventions pertinentes.

Nous présenterons dans un premier temps notre centre hospitalier, les données du département d'information médicale concernant la prise en charge des patients migrants, que nous comparerons aux données nationales. Nous exposerons ensuite la méthodologie et les résultats de notre recueil de données. Nous détaillerons les différentes problématiques rencontrées que nous mettrons en parallèle avec les données de la littérature : barrière de la langue, problèmes sociaux et accès aux soins, paradoxe des attentes patients-soignants, nous

nous attarderons sur quelques spécificités cliniques de la prise en charge des patients migrants, et réfléchirons sur la prise en charge de ces patients au regard des contraintes économiques de l'hôpital, des préjugés des soignants ainsi qu'au coût émotionnel des professionnels de santé.

Enfin, nous aborderons les limites de notre étude et conclurons sur les différentes actions d'amélioration, pour les patients et pour les soignants, que notre étude a permis de mettre en place dans notre service.

PRESENTATION DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH SAINT-LUC

L'Hôpital Saint Joseph Saint Luc est un Etablissement lyonnais de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), situé au bord du Rhône, facilement accessible en transports en commun. C'est le seul hôpital du centre-ville de Lyon depuis la fermeture de l'Hôtel Dieu. Il est doté du 2ème service d'urgence de la métropole lyonnaise ouvert 24 h/24.

Pourvu de près de 360 lits et places d'ambulatoire, il propose une prise en charge des patients sans reste à charge (médecine, chirurgie, accueil des urgences, oncologie thoracique et digestive, dialyse, réanimation et soins intensifs, maternité).

Courant 2023, on retenait 32 665 passages aux urgences, 33 000 séjours (hors dialyse), 11 578 interventions au bloc opératoire, 148 480 consultations et 2042 naissances. Il emploie plus de 1200 salariés dont environ 120 ETP médecins.

L'hôpital dispose d'une Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS), d'une équipe mobile d'addictologie, de psychiatres détachés de l'hôpital Saint Jean de Dieu et d'une équipe mobile de soins palliatifs (Croix Rouge Française).

La PASS du centre hospitalier

L'Hôpital Saint Joseph Saint Luc (SJSL) a disposé d'une PASS Mobile (équipe mobile du Réseau Social Rue Hôpital RSRH) jusqu'en 2014, date à laquelle il a été décidé d'ouvrir un lieu de consultation fixe tout en maintenant l'activité mobile.

La ville de Lyon bénéficie de plusieurs PASS fixes (hôpital E Herriot HEH, hôpital du Vinatier, hôpital des Portes du Sud, Médipôle), d'une PASS dentaire (HEH) et d'une PASS pédiatrique (Hôpital Femme Mère Enfant).

La PASS SJSL fait partie du « Réseau Social Rue Hôpital » qui comprend 7 partenaires : Foyer Notre Dame des Sans Abri, Samu Social, Armée du Salut, Lit Halte Soins Santé, Médecins du Monde, Interface SDF.

L'équipe de la PASS est présente au service d'accueil des urgences de l'hôpital, dans un lieu de consultation dédié à proximité de l'hôpital et propose une activité mobile au contact du public précaire. L'équipe est constituée de médecins, d'une infirmière, d'assistantes sociales, mais aussi d'une sage-femme, de kinésithérapeutes, d'un psychiatre et d'un optométriste...

La file active est d'environ 1500 patients (5300 consultations/entretiens) par an.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a récemment augmenté les moyens de la PASS qui propose dorénavant des créneaux de consultation sans rendez-vous.

QUELQUES DEFINITIONS

Qu'est-ce qu'un migrant ?

Il n'existe pas au niveau international de définition juridique du concept de « migrant ». Il existe toutefois un relatif consensus sur les définitions suivantes :

- Migrant international : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né.

- Travailleur migrant : personne qui va exercer, exerce ou a exercé une activité rémunérée dans un état dont elle n'est pas ressortissante.

- Réfugié : au sens de la convention de Genève de 1951, personne qui, craignant avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

- Demandeur d'asile : personne qui a quitté son pays et qui souhaite obtenir le statut de réfugié

Accès aux soins

Actuellement, les étrangers en situation régulière bénéficient de la Protection Universelle Maladie (**PUMa**) (anciennement CMU), les demandeurs d'asile (DA) bénéficient de la PUMa (avec un délai de carence de 3 mois, depuis 2019), les étrangers en situation irrégulière bénéficient de l'**Aide Médicale d'Etat** (AME) sous conditions de ressources avec un délai de carence de 3 mois (donc nécessité d'une preuve de présence sur le territoire depuis 3 mois).

Certains patients font une demande de **titre de séjour « vie privée et vie familiale » pour raison médicale** qui, après une procédure plus ou moins longue, peut être accordé pour un étranger qui réside en France depuis 1 an, pour une durée de 1 an, si son état nécessite une prise en charge médicale sans laquelle sa santé deviendrait critique et qu'il ne peut pas avoir accès à un traitement adapté dans son pays d'origine. Ce titre est reconductible uniquement si l'état de santé nécessite la poursuite des soins en France.

Pendant la carence de 3 mois, les DA et les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de soins dans le cadre du **Dispositif Soins Urgents et Vitaux**. Sont pris en charge les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose), les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement, les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

L'assurance maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, ainsi que les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (dispense totale d'avance des frais pour ces soins).

DONNEES DU DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM) ET DONNEES NATIONALES

Données du DIM Saint Joseph Saint Luc

Il est difficile de comptabiliser le nombre de patients considérés comme « migrants » ayant séjourné dans notre centre hospitalier. La définition de « migrant » n'étant pas stricte, il est difficile d'obtenir des données auprès du DIM ou du GAP (Gestion Administrative des Patients).

Il n'est par exemple pas possible de connaître à posteriori le nombre de patients avec un titre de séjour d'étranger malade, ou un statut de réfugié. Les seules données que nous pouvons obtenir sont le nombre de patients ayant séjourné sur l'hôpital bénéficiaires de l'AME ou ayant bénéficié d'une prise en charge « Soins Urgents et Vitaux ».

Le DIM a recensé sur 2023, 670 séjours de patients bénéficiaires de l'AME (sur 33 000 séjours totaux, ce qui représente **2% des séjours** sur notre centre hospitaliers en 2023). 104 patients ont séjourné la même année dans le cadre du dispositif **Soins Urgents Vitaux** soit **0.3% du total des séjours**.

L'âge moyen des patients bénéficiaires de l'AME était de 43 ans, de 45 ans pour les bénéficiaires du dispositif Soins Urgents contre 56 ans pour les autres patients. La durée moyenne de séjour (DMS) était de 4,6 jours pour les patients bénéficiant de l'AME, 6,5 jours pour les patients bénéficiant du dispositif Soins Urgents et 4,8 jours pour les autres patients.

Les patients bénéficiant de l'AME étaient le plus souvent hospitalisés en obstétrique puis dans le service d'hébergement de courte durée (post urgence), en endocrinologie, en orthopédie et en hépato-gastroentérologie. Les patients bénéficiant du dispositif Soins Urgents étaient le plus souvent hospitalisés dans le service « post urgence ». Le sex ratio était identique pour les patients bénéficiant de l'AME et les autres patients (0,47), et de 0,62 pour le dispositif Soins Urgents.

Les données en France :

Les données nationales sont disponibles dans le rapport sur l'aide médicale de l'état, publié en décembre 2023 (1).

En France, le nombre de bénéficiaires de l'AME est en augmentation depuis 2015 (progression de 39% entre fin 2015 et mi 2023) avec une progression plus marquée depuis 2019.

On note par ailleurs une concentration de bénéficiaires de l'AME dans certains départements (Ile de France, départements d'outre-mer) par rapport à d'autres. Plus de 2/3 des bénéficiaires de l'AME résident en Ile-de-France, dans les Bouches-du-Rhône, le Rhône, les Alpes-Maritimes et le Nord. La croissance la plus forte est retrouvée chez les mineurs et les plus de 60 ans. Le sex ratio a tendance à s'équilibrer avec actuellement 44% de femmes.

Le coût global des dépenses liées à l'AME s'accroît en raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires mais reste stable par bénéficiaire et est globalement proche de celui des assurés sociaux. Les données récentes montrent que la part des dépenses hospitalières tend à diminuer dans le total des dépenses d'AME (proche de 70 % autour de 2010 à 61/62 % au début des années 2020).

Ce sont les services d'obstétrique qui accueillent le plus grand nombre de bénéficiaires de l'AME (15% des séjours AME), suivis des spécialités digestives (7%) puis de la pneumologie (4%), des spécialités cardio-vasculaires, de la neurologie et de l'orthopédie-traumatologie.

La durée moyenne de séjour des bénéficiaires de l'AME (5,5 jours) est 17% supérieure à celle des assurés sociaux (4,7j). La DMS est encore plus importante pour les personnes hospitalisées dans le cadre des soins urgents (7,7 j). Enfin, on note une augmentation du nombre de séjours réalisés dans le cadre du dispositif soins urgents (+ 61% entre 2019 et 2023).

Si on compare les données nationales aux données de notre centre hospitalier, on retient la place prépondérante des hospitalisations en obstétrique pour les patients bénéficiaires de l'AME, des DMS plus élevées pour les patients « Soins Urgents » et des DMS globalement un peu plus courtes dans notre centre qu'au niveau national (effet grande ville ? présence d'une PASS dans l'hôpital ?).

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Objectif : Etudier les relations des professionnels de santé avec des patients migrants (migration récente, quelque- soit le statut administratif) dans une unité de soins afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées et essayer d'y apporter des réponses concrètes.

Méthodologie :

Notre étude a été menée auprès du personnel (aides-soignants, infirmiers, cadres de santé et médecins, internes en fin de cursus) d'un service de médecine de l'hôpital. Il s'agit d'un service de 50 lits (¼ des lits sont fermés le week-end) accueillant des patients pris en charge pour des pathologies hépato-gastroentérologiques, oncologiques, rhumatologiques et pneumologiques. Le service a aussi temporairement accueilli une unité de médecine polyvalente accueillant principalement des patients hospitalisés via le service d'accueil des urgences.

Nous avons proposé de travailler sur les ressentis, les difficultés, et les ressources des professionnels de santé face à la prise en charge des patients migrants récemment arrivés, par une étude qualitative.

Nous avons utilisé différentes méthodes pour recueillir au mieux les perceptions, les difficultés et les besoins de l'équipe soignante du service :

- la méthode des Focus group avec l'équipe paramédicale au cours d'une réunion d'équipe.
- l'enquête par questionnaire auprès des médecins du service
- des discussions au cours de rencontres sur la thématique que nous avons mis en place :
 - ◆ rencontre avec l'équipe de la PASS Dr H Loverly et son équipe
 - ◆ rencontre avec le psychiatre de la PASS Dr M Fahmi
 - ◆ réunions de formation médicale continue de la spécialité HGE dédiée aux notions travaillées pendant le DIU (droits des étrangers, accès aux soins, interprétariat...)
 - ◆ relectures à distance de la prise en charge de certains patients

Les données obtenues ont analysées et comparées aux données de la littérature qui ont pu apporter un éclairage complémentaire.

Résultats :

Le focus group

L'animation du focus group a été préparée grâce à des guides de méthodologie (2,3), et après avoir fait une recherche bibliographique sur le sujet. Cette recherche s'est avérée peu fructueuse, il existe relativement peu de données sur la prise en charge des migrants dans les services hospitaliers (hors urgences, PASS, ou psychiatrie).

Une quinzaine de participants étaient présents lors du premier focus group avec une représentation standard de l'équipe du service : aides-soignants, IDE, cadre de santé et interne.

Les données recueillies au cours de ce focus group ont permis de mettre en évidence 4 grandes problématiques, sur lesquels nous reviendrons dans notre 2^{ème} partie :

- en tout premier lieu, les difficultés engendrées par la barrière de la langue
- les difficultés sociales qui entravent la prise en charge
- le décalage entre les attentes du patients et ce qui peut être réalisé en regard
- les réactions des soignants face aux difficultés

Les rencontres :

- Première rencontre avec l'équipe de la PASS (médecins et assistante sociale) en juin 2023 : cette rencontre avait été organisée initialement pour l'équipe médicale mais nous avons proposé aux aides-soignants, infirmiers et cadre de santé potentiellement intéressés de se joindre à nous. Nous avons été surpris du nombre de participants à cette réunion, certains

paramédicaux sont même revenus sur leur jour de congé. L'équipe de la PASS a expliqué son fonctionnement, a parlé du public accueilli et a répondu aux nombreuses questions de l'équipe soignante. C'est suite à cette réunion que s'est dessiné le projet de ce mémoire.

- Nouvelle rencontre avec l'équipe de la PASS (médecins, infirmière et assistante sociale) en mai 2024 : présentation du public de la PASS, présentation de photographies des lieux de vie, ce qui a permis à l'équipe de mieux comprendre les difficultés que rencontraient nos patients porteurs de pathologies lourdes ou chroniques, information sur le travail de l'équipe de la PASS (consultations, « aller vers »...) et formalisation de nos futures interactions : appel précoce de l'équipe de la PASS dès les premiers jours d'hospitalisation des patients, relais pour certains traitements avec l'infirmière de la PASS....

- Rencontre avec le psychiatre de la PASS du Vinatier et SJSL, le Dr Morgan Fahmi (juin 2024) sur les sujets de santé mentale, vulnérabilités psychiques des migrants récemment arrivés et manifestations diverses de la détresse psychique. Information sur l'ORSPERE SAMDARRA, distribution de documents d'information. Retour très positif de l'équipe paramédicale.

- Réunions de formation médicale continue de l'équipe d'hépto-gastroentérologie en janvier et mars 2024 sur les notions apprises au DIU : droit des étrangers, interprétariat, santé mentale, préjugés.

Résultats des questionnaires médicaux :

Nous avons adressé un questionnaire aux médecins travaillant dans l'unité (service de médecine, 50 lits, rhumatologie, pneumologie, hépato- gastroentérologie).

Nous avons reçu 11 réponses (sur 14 questionnaires envoyés à 10 médecins seniors et 4 internes de médecine générale en fin de cursus). Les questionnaires étaient anonymes.

1. Citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit concernant le patient migrant hospitalisé



2. Quelles sont les 3 difficultés principales quand vous prenez en charge un patient migrant en hospitalisation ?

Difficultés principales	
Barrière de la langue	11
Absence de droits SS	8
Suivi incertain, lien ville-hôpital	4
Compréhension projet de soin	4
Conditions de vie, précarité	3
Attentes non adaptées	3

3. Quels sont les facteurs principaux qui mettent en échec le projet de soins ?

Facteurs d'échecs	
Barrière de la langue	6
Précarité, logement, nutrition, hygiène	5
Absence de prise en charge SS	3
Relais avec la médecine de ville	2
Observance, non respect des RV	2
Manque informations prise en charge sociale	1
Agressivité	1

4. Quel procédé de communication utilisez-vous en cas de barrière de la langue ?

Procédé de communication	
Application de traduction	11
Appel téléphonique compatriote ou famille	3
Interprétariat professionnel	2
Anglais	2
Gestuelle	1

5. Avez-vous fait appel dans l'année écoulée à un système d'interprétariat professionnel ?

Téléphonique 2/11	Présentiel 2/11
-------------------	-----------------

6. Connaissez-vous la procédure ou est-elle facilement accessible en cas de besoin rapide ?

OUI 5/11	NON 6/11
----------	----------

7. Quel est à votre avis le pourcentage de patients AME pris en charge en hospitalisation chaque année sur le centre hospitalier ?

Moyenne des réponses 7,5%

Médiane des réponses 5%

Rappel : Taux 2023 sur le CH : 2%

8. Quel est à votre avis le pourcentage de patients en dispositif « Soins Urgents Vitaux » pris en charge en hospitalisation chaque année sur le centre hospitalier ?

Moyenne des réponses 5 %

Médiane des réponses 1 %

Rappel : Taux 2023 sur le CH : 0.3%

9. Diriez-vous que la prise en charge de la douleur est plus compliquée chez les patients migrants ?

Difficultés de prise en charge de la douleur	
Fréquemment	7
Occasionnellement	4

10. Considérez-vous que les patients hospitalisés sont suffisamment pris en charge sur les plans suivants :

	OUI	NON
Santé mentale	0	11
Conduites addictives	1	10
Prise en charge sociale	4	7

11. Avez déjà ressenti face à un patient migrant hospitalisé :

	OUI	NON
Agacement, lassitude, évitement	10	1
Charge émotionnelle intense	7	4
Problématique éthique	7	4

DISCUSSION

I. LA BARRIERE DE LA LANGUE

La barrière de la langue et les difficultés de communication engendrées apparaissent comme la difficulté principale à la prise en charge des patients migrants. Elle est citée systématiquement par l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire comme difficulté principale et c'est la première thématique apparue lors du focus group auprès des paramédicaux.

Même si cela semble évident, de nombreuses études ont montré que la barrière de la langue peut mener à une moins bonne qualité des soins. Les patients allophones ont des DMS plus longues, reçoivent moins d'antalgiques en cas de douleur, subissent plus d'examens inutiles, ont une moins bonne compréhension des soins dont ils font l'objet, ont une observance moins bonne et sont plus à risques d'erreurs médicales (4,5,6,7).

La barrière de la langue entrave la compréhension des besoins initiaux du patient, gêne la prise en charge médicale, rend compliquée l'adhésion au projet de soin. La difficulté de compréhension peut être source de frustration, parfois de colère du patient, pouvant être vécue difficilement par les soignants, comme cela a été rapporté lors du focus group.

Au cours d'un séjour hospitalier, la présence d'un interprète n'est pas possible au long des multiples interactions avec le patient : soins du corps, repas, examens, thérapeutiques... Elle sera privilégiée pour le premier entretien si possible, l'annonce du diagnostic et l'annonce du projet de soins. De plus, on ne peut pas ôter au soin sa dimension d'écoute et d'échange, mise à mal par la barrière linguistique.

Enfin, sur le plan éthique, non seulement une mauvaise ou une absence de communication est délétère à la qualité des soins mais elle met à mal les exigences éthiques du soin, représentées entre autres « par les principes de confidentialité ou de consentement éclairé ». En effet le consentement du patient n'est pas systématiquement recueilli par le professionnel quand il s'agit de migrants, du fait essentiellement de la barrière linguistique, mais aussi parfois par l'absence de culture médicale commune. L'accès aux soins, la qualité des soins et les exigences éthiques s'en trouvent dégradées (8).

Les applications de traductions automatiques, utilisées majoritairement par les médecins interrogés dans leur pratique courante (Google translate ou DeepL) sont toutefois loin d'être idéales. Plus d'une centaine de langues sont disponibles sur Google translate mais la qualité de traduction varie selon la combinaison des langues. L'anglais est le plus performant car les développeurs sont issus d'équipes anglophones. Le passage par une langue intermédiaire, en général l'anglais, majore le risque d'erreur de traduction ou d'interprétation dont les conséquences peuvent être sévères (9).

D'autres applications spécifiques de traduction médicale peuvent être utilisées dans le contexte de l'urgence ou pour débrouiller rapidement une situation comme : www.traducmed.fr ; www.medibabble.com ; <https://withcanopy.com/speak/> .

Certains outils à base de pictogrammes sont très utiles (par exemple sous forme d'autocollants à coller sur les boîtes de médicaments pour le retour au domicile).

Dans notre pratique, au quotidien, ce sont aussi les proches (famille, amis, compatriotes...) qui font bénévolement office d'interprètes (en présentiel ou par téléphone, parfois depuis l'étranger) avec toutes les limites (fiabilité de l'interprète, compréhension et capacité à traduire les termes médicaux, interprétation erronée des véritables souhaits d'un proche, intérêts divergents de ceux du patient, court-circuits, raccourcis, limitation sur certains sujets...) et les problèmes éthiques d'une telle pratique. Le recours aux enfants est à proscrire. Si ce rôle permet aux enfants d'acquérir compétences et maturité, il peut être à l'origine de stress, de pressions, de culpabilité, de souffrance psychologique et parfois de conflits intrafamiliaux (10,11).

Le recours au « brockering » (appel du personnel de l'entreprise parlant une langue étrangère) est mal connu des médecins interrogés et son intérêt repose sur une mise à jour régulière, ce qui n'est pas le cas sur notre établissement.

De nombreuses études ont démontré que le recours à un interprète professionnel améliore la capacité du médecin à poser un diagnostic, améliore l'observance du patient au traitement et au suivi, diminue le nombre de rendez-vous manqués, réduit la DMS, réduit le risque d'erreur médicale et améliore la satisfaction des patients et des soignants (12,13). Il ne faut pas oublier que l'interprète, contrairement au traducteur, prend en compte le contexte et les codes culturels.

Toutefois, les soignants de notre étude font très peu appel à l'interprétariat professionnel. Les médecins interrogés dans notre étude expliquent ce faible recours par le manque de temps, d'anticipation, de souplesse au niveau des horaires, le caractère contraignant et l'accueil peu avenant de la structure d'interprétariat. Faire venir un interprète ou convenir d'un RV téléphonique avec un interprète, nécessite une disponibilité du soignant à un moment précis, pas toujours compatible avec les exigences de la pratique hospitalière. Par ailleurs, les praticiens savent que l'interprétariat a un coût, et n'osent pas toujours y faire appel. Il est donc souhaitable d'en avoir un usage raisonné, justifié pour des recours ponctuels.

Reste la problématique des langues rares (migrants originaires de pays dont les langues sont peu parlées), avec le risque de trouver des interprètes, qui pour des raisons diverses, ne pourraient pas apporter les garanties nécessaires de distance, de neutralité, et d'impartialité attendues.

La Haute Autorité de Santé (HAS), comme les Hôpitaux Universitaires de Genève proposent recommandations de bonnes pratiques et conduite à tenir pratique pour l'usage de l'interprétariat professionnel en milieu hospitalier (14,15).

Le recours aux services d'interprétariat professionnel doit être encouragé dans notre structure, par une meilleure information des soignants (affichage de la procédure dans les bureaux médicaux et des cadres de santé).

II- LES PROBLEMES SOCIAUX ET L'ACCES AUX SOINS

Dès le Moyen Âge, les hôpitaux, administrés par le clergé, portent l'idée d'assistance et d'accueil des plus pauvres. Les hôpitaux (« hospices ») ne sont pas des lieux de soins médicaux mais ont surtout vocation à héberger, accueillir et prendre soin des populations vulnérables : vieillards, infirmes, orphelins, incurables et aliénés. C'est au cours du XIXe siècle, du fait de l'évolution de la médecine, que s'impose progressivement la distinction entre hôpitaux (pour les malades) et hospices (pour les incurables, les infirmes et les vieillards). La distinction entre le sanitaire et le social apparaît alors, de même que la séparation avec la psychiatrie. Au fil du XXe siècle, l'hôpital devient un lieu plus technique, de transmission du savoir et de recherche. Il s'inscrit dans une logique de santé publique et d'économie de santé. Il reste un lieu de soins accessible à tous mais se concentre sur le diagnostic et le traitement. La fameuse « DMS » (Durée Moyenne de Séjour) se doit d'être la plus courte possible. Cette mutation progressive a été probablement renforcée par les récentes réformes hospitalières comme l'émblématique tarification à l'activité (16).

Les exemples pour tout soignant hospitalier sont légion : comment faire avec les patients vulnérables qui ne nécessitent plus d'hospitalisation mais qui ne peuvent pas rentrer à domicile et qui n'ont pas accès pour diverses raisons (place, coût ...) à des structures du médicosocial : patients précaires, dépendants, patients âgés isolés, et depuis 2015 avec l'arrivée massive de demandeurs d'asile en Europe, de patients migrants nouvellement arrivés sur le territoire ? Dans son avis intitulé « Santé des migrants et exigences éthiques », le Comité Consultatif National d'Ethique considère qu'« il relève de la déontologie, mais aussi de l'éthique de chacun de s'interroger sur les conditions d'existence du patient à sa sortie, afin de déterminer s'il ne va pas effectuer sa convalescence dans des conditions telles que son aboutissement s'en trouverait largement compromis » (17).

Ces migrants, dits primo-arrivants, vivent très fréquemment des situations sociales très marginalisées : conditions de vie précaires, isolement, barrière linguistique, méconnaissance d'un système administratif complexe, relations sociales et familiales fragiles, absence de perspectives claires, attente... Ces situations sont autant d'obstacles dans l'accès à des soins de santé satisfaisants. Des expériences antérieures négatives peuvent éloigner le patient du soin.

Dans une grande majorité des cas, la survie passe avant le soin. Prendre soin de soi et de sa santé implique une certaine projection dans l'avenir à moyen ou long terme.

Les conséquences sont multiples (aggravation de l'état de santé, difficultés d'observance, de suivi...) en l'absence d'accompagnement et de médiation.

La prise en charge sociale est donc le corolaire indispensable à toute prise en charge médicale et fait partie des missions des hôpitaux publics et des ESPIC. Les hôpitaux disposent de services sociaux, à disposition des patients et des familles pour les problèmes sociaux générés par la pathologie, l'organisation de la sortie d'hospitalisation, l'ouverture de droits à la sécurité sociale et à une complémentaire... Nous avons la chance de disposer d'une PASS et donc des compétences plus spécifiques d'une équipe rodée à la prise en charge sociale des migrants.

Notre étude met en avant les 2 problématiques principales de cette prise en charge sociale :

- Des textes de loi complexes, changeant régulièrement, pouvant être l'objet d'interprétations variables, méconnus des soignants hospitaliers
- L'exposition à la précarité, avec, en regard, des moyens insuffisants, principalement en termes de mise à l'abri et d'hébergement

Notre étude a montré que les médecins surestiment globalement le nombre de patients bénéficiaires de l'AME et du dispositif Soins Urgents pris en charge sur l'établissement. Cette surestimation peut être interprétée de différentes façons : ressenti négatif dû à la majoration de la charge de travail ? méconnaissance des dispositifs ? illusion de fréquence ?

Le dispositif Soins urgents et vitaux, en particulier, est globalement mal connu des professionnels de santé.

Nous avons été confrontés à plusieurs reprises à des difficultés de prise en charge de nos patients sur d'autres établissements dans le contexte de ce dispositif, certains établissements interprétant le soin urgent comme un soin nécessité par une urgence médicale ou chirurgicale

(au sens de non prévisible, type accident ou infarctus du myocarde...). Cette mésinterprétation est souvent sous-tendue par l'inquiétude de ces établissements d'avancer des frais conséquents qu'ils craignent de ne pas se faire rembourser ensuite par l'Assurance Maladie.

Nous avons pris en charge ainsi plusieurs patients, souvent porteurs d'une pathologie diagnostiquée à l'étranger, à qui il a été conseillé de venir en France pour obtenir des soins, que nous n'avons pas pu faire prendre en charge par d'autres établissements spécialisés, alors même que l'absence de soins conduisait de manière certaine à l'altération grave et durable de leur état de santé.

Ces situations qui témoignent de la complexité du système administratif, de la méconnaissance des soignants et de certains administratifs hospitaliers, qui, outre les terribles conséquences médicales et psychiques pour les patients, affectent aussi les soignants, confrontés à leur impuissance alors même que des traitements existent. Dorénavant, nous savons que nous pourrons avoir l'aide de l'équipe de la PASS dans ces situations, que nous étions trop isolés et ignorants pour gérer de manière efficace.

Les soignants interrogés signalent leur méconnaissance du système d'accès aux soins pour les étrangers et soulignent la difficulté liée aux changements réguliers (loi immigration de janvier 2024, réforme de l'AME à venir à l'automne 2024...). Dans une étude menée auprès de 40 médecins infectiologues du Pas de Calais, M Gilbert concluait sur le manque de connaissances concernant notre système de santé, de compétences et de moyens médico-sociaux rapportés par les médecins interrogés (18).

La deuxième difficulté est liée à la précarité des conditions de vie des patients, revenant à de nombreuses reprises dans notre étude. De nombreux soignants de l'équipe, médecins, cadres et paramédicaux, rapportent les difficultés de prise en charge induites par la précarité (vie à la rue, tentes, squats...). Les conditions d'hébergement se sont nettement dégradées au cours des dernières années (entre 2012 et 2020, la proportion de patients du COMEDE ayant vécu « dans la rue » est passée de 4% à 18%) (19). Le 115 est débordé, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) saturés. Les dispositifs comme le Logement d'abord ont pour but de diminuer de manière significative le sans-abrisme et devraient bénéficier d'une enveloppe budgétaire supplémentaire d'ici 2027 (20).

Cette précarité, est à l'origine de retards de prise en charge, de difficultés d'observance et de suivi. Les relais avec la médecine de ville, chez les patients qui n'ont pas de médecin traitant, est compliquée. Les problématiques liées à l'hygiène, à la nutrition, sont des facteurs qui majorent la gravité de la pathologie, les effets secondaires des traitements et peuvent être à l'origine d'un « sous-traitement » des patients, par pragmatisme contre toute exigence éthique.

Les demandes de mise à l'abri auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), les demandes d'hébergements sont souvent infructueuses en raison de la saturation actuelle des dispositifs existants, et/ou de l'absence de droits sociaux pour une partie de nos patients qui peuvent bénéficier du dispositif soins urgents et vitaux pour le traitement hospitalier mais pas d'une suite d'hospitalisation dans des conditions compatibles avec leur pathologie ou leur traitement.

Le recours aux services sociaux du centre hospitalier, ou de la PASS dans les situations plus complexes, est indispensable dès les premiers jours d'hospitalisation, afin d'anticiper au mieux les suites de soins.

III- PARADOXE DES ATTENTES DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS

Dans notre petite étude, les soignants interrogés ont fréquemment mis le doigt sur le décalage entre les attentes des patients et les possibilités du soignant. Si le soignant est prêt à prendre en charge la santé du patient migrant, l'enjeu peut être d'une tout autre intensité pour le patient. De sa rencontre avec le soignant peut dépendre le succès du processus migratoire et la possibilité de rester en France. Le soignant, « comme représentant institutionnel », peut aussi être considéré comme celui qui a la possibilité de répondre à une demande de conditions de vie sécurisées ou d'un hébergement. Cette demande, primordiale pour le patient, parasite parfois complètement la prise en charge médicale. Le décalage entre les attentes du patient et la réalité hospitalière peut être à l'origine de malentendus, d'une défiance voire de colère du patient et d'une frustration ou d'un agacement du soignant.

Nous sommes parfois aussi confrontés à des situations dramatiques, sur lesquelles les paramédicaux sont revenus à plusieurs reprises dans notre étude, lorsque le patient est venu en France pour guérir sa maladie, alors que la maladie est incurable ou que les soins ne seront pas différents de qui est proposé dans le pays d'origine. Cette situation vécue le plus souvent dans des conditions d'immigration thérapeutique peut avoir des conséquences terribles : mise en jeu de fortes sommes d'argent pour venir se faire soigner en France (vente de la maison par exemple ...), prise de conscience tragique de la gravité de la situation, retour au pays dans des conditions de santé aggravées par l'évolution de la maladie ...

Ces situations peuvent être à l'origine de colère, souvent vécue difficilement par les soignants, surtout si le patient pense que le soignant ne veut pas le prendre en charge. Une des pistes serait d'informer le patient de manière claire et honnête en amont du départ, des possibilités sociales et thérapeutiques en France, afin qu'il puisse prendre une décision éclairée, même si l'on sait qu'en cas de maladie grave, aucun de nous n'est assurément épargné d'une possibilité de déni défensif. Dans le cas de maladie incurable, la migration peut être perçue comme le dernier espoir et permet au patient ou à sa famille de différer une réalité trop douloureuse.

De même, des pratiques culturelles différentes peuvent être à l'origine d'incompréhensions et de malentendus. Ce sont parfois deux modes de pensées déterminant le rapport aux soins bien différents qui se confrontent. Dans certaines cultures, la cause de la maladie n'est pas à rechercher dans le corps de l'individu, mais dans son histoire de vie (par l'intervention active, consciente et intentionnelle d'un agent extérieur : système « personnaliste », empoisonnements, envoutements, sorcellerie par exemple) . A l'opposé, on décrit le système « naturaliste », où la cause du trouble est définie comme une perte d'équilibre ou un écart par rapport à une norme (origine à rechercher dans le monde empirique).

Dans un travail de recherche paru en 2016, V Wolff a interviewé plus de 700 professionnels de la santé, du social et du médico-social travaillant dans le soin et l'accompagnement des migrants vieillissants. Elle a mis en évidence et étudié 3 chocs culturels usuels dans le rapport aux soins, le rapport à la douleur et le rapport à la vieillesse. Dans ce qu'elle appelle le choc du rapport aux soins, elle rapporte les discours de professionnels qui témoignent de leur incompréhension face aux malades qui interprètent les causes de leurs pathologies et leurs traitements thérapeutiques en lien avec leur environnement spirituel. Ces interprétations inspirent régulièrement perplexité et étonnement (21).

Effectivement, la médecine occidentale tend à se concentrer sur le corps voire uniquement sur l'organe malade alors que d'autres systèmes de santé vont prendre l'individu dans son ensemble en tenant compte de son environnement spirituel. L'Evidence Based Medecine (médecine basée sur les faits ou fondée sur les preuves, à base d'essais cliniques et de statistiques) à laquelle nous avons été formés, tend à ignorer les spécificités culturelles voire psychosociales. Ces spécificités n'apparaissent pas dans les recommandations de pratique clinique et le praticien se trouve parfois bien démuni et doit faire preuve d'adaptabilité. Elles sont par ailleurs très peu enseignées dans les études de médecine. La prise en charge des migrants est difficile pour celui qui ne se fonde que sur le modèle occidental. La médiation culturelle dans les hôpitaux doit être encouragée (22).

A notre échelle, il est important de ne pas tout interpréter en fonction de ce que l'on imagine être des codes culturels car nous aurions de grandes chances de nous égarer, mais d'être conscient de la grande variété et de la complexité des modes de pensées, et d'en tenir compte dans notre pratique du soin.

Une des tendances des soignants est de rapidement catégoriser les patients entre « bons et mauvais malades ». Le bon malade est facile à soigner avec notre médecine occidentale, il se

conforme à ce qui est prévu et à ce qui est admis. Il ne se plaint pas ou peu, accepte le diagnostic, est observant aux traitements, aux rendez-vous, est calme, obéissant, respectueux, voire souriant, et mieux encore, il remercie le personnel. A l'opposé, le mauvais malade est geignard, désagréable, perturbe la bonne marche du service, ne suit pas consignes. Le migrant est parfois considéré comme un mauvais malade : il ne comprend pas bien, il est peu observant, la prise en charge et les suites de soins sont difficiles, il a parfois des troubles psychiatriques ou des conduites addictives qui se surajoutent. Mais de nombreux migrants nouvellement arrivés, sont aussi tout à fait habitués à la médecine occidentale et, hormis la barrière de la langue et des conditions de vie précaires, comprennent et adhèrent facilement aux soins qui leur sont proposés.

Nous pouvons faire un petit aparté sur la gestion de la douleur, difficile en cas de barrière de la langue, et dont l'expression peut être multiple. Lors du focus group, les-para médicaux ont parlé, non pas des patients dont l'expression de la douleur était très extériorisée mais plutôt des difficultés avec les patients d'origine asiatique qui n'exprimaient pas leur douleur. Ils ont aussi évoqué la notion de « jugement » très fréquente dans le milieu hospitalier sur la réalité de la douleur des patients. Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, des études ont montré que les patients allophones reçoivent moins d'antalgiques en cas de douleur.

C'est l'occasion de revenir sur les travaux de Marc Zborowski qui a étudié l'influence de la culture dans la perception et la manifestation de la douleur. Ces travaux, qui datent des années 50 (la société et les thérapeutiques ont évolué depuis !), aux Etats-Unis, mettent en évidence 2 modèles culturels face à la douleur : les malades d'origine italienne, et les Juifs venus d'Europe de l'est, se sentent libres d'exprimer librement leur douleur parfois d'une manière jugée excessive par les soignants. La plainte permet la compassion et est une manière de solliciter l'attention et les soins. A l'opposé, les américains dits « de vieille souche » et les patients d'origine irlandaise préfèrent se retirer de la compagnie lorsqu'ils souffrent, ne souhaitent pas infliger leur peine aux autres. Si ces données sont un peu datées, elles ont pour intérêt de nous rappeler la fonction sociale de la plainte et d'avoir la possibilité d'interpréter les comportements de nos patients en fonction (23, 24).

Nous savons dorénavant que l'expression de la détresse est variable selon les individus selon leur âge, le sexe et la culture. Les idiomes de détresse sont définis comme « des moyens ou des canaux culturellement reconnus de communication, par lesquels les membres d'un groupe ethnoculturel expérimentent, interprètent et communiquent leur expérience de la souffrance » (25). Dans certaines cultures, les idiomes de détresse habituels sont de l'ordre du

retrait social, du repli sur soi alors qu'ailleurs, ils peuvent s'exprimer beaucoup plus bruyamment sous formes de bouffées de violences, de délire de persécution ou d'hallucinations. La somatisation peut en être une expression (douleurs chroniques, troubles neurologiques fonctionnels par exemple). C'est parfois l'entourage culturel qui sera le mieux à même de décoder ces manifestations de la souffrance. Connaître la grande variété des idiomes de détresse permet une meilleure prise en charge des patients.

IV- DES PATHOLOGIES ET DES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

Les migrants sont plus à risques de pathologies spécifiques plus ou moins bien connues et prises en charge. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur 3 types de pathologies liées à la prise en charge des migrants dans notre unité : les hépatites virales B et C et leurs complications ainsi que l'accès à la transplantation hépatique, les maladies psychiatriques qui se surajoutent à une pathologie organique et les addictions, en particulier l'alcool pour les patients pris en charge en gastroentérologie.

FOCUS Hépatites virales chroniques B et C

Les complications des hépatites virales chroniques B ou C (cirrhoses décompensées ou carcinome hépato-cellulaire) sont une cause d'hospitalisation fréquente de patients migrants dans notre service.

Selon les dernières estimations de l'OMS, en 2022, 254 millions de personnes dans le monde sont atteintes par l'hépatite B et 50 à 70 millions par l'hépatite C. La moitié des patients a entre 30 et 54 ans et 12% sont des jeunes de moins de 18 ans. On dénombre dans le monde plus de 6000 nouveaux cas par jour (26,27).

Seuls 13% des patients vivant avec une hépatite B ont reçu un diagnostic et seulement 3% le traitement adapté. Pour l'hépatite C, les chiffres sont de 36% et 20%. Il s'agit de pathologies graves puisqu'on estime en 2022 à 1.3 millions le nombre de décès liés à ces hépatites (83% pour l'hépatite B et 17% pour l'hépatite C) alors qu'il existe un vaccin pour l'hépatite B, un traitement suspensif pour l'hépatite B (viro-suppression), et un traitement curatif pour l'hépatite C.

On considère qu'en Afrique subsaharienne, dans le Pacifique occidental et dans une grande partie de l'Asie, les infections chroniques par le VHB touchent plus de 8% de la population adulte et le cancer du foie causé par l'hépatite B figure parmi les 3 premières causes de décès par cancer chez l'homme. L'Amazonie et le sud de l'Europe orientale et centrale sont également très touchés. Dans les zones de forte endémie, la transmission est le plus souvent materno-fœtale ou lié chez l'enfant par contact avec du sang contaminé. Une contamination

chez le jeune enfant entraîne l'apparition d'une forme chronique dans 95% des cas. La couverture vaccinale contre l'hépatite B en Afrique était de 17% en 2021 alors que la même couverture était de 42% à l'échelle mondiale. 29 pays d'Afrique ont élaboré des plans stratégiques nationaux de lutte contre l'hépatite B en 2021

70 % des patients rencontrant le VHC présenteront une forme chronique, avec un risque de cirrhose de 15 % à 30 % dans les 20 ans qui suivent l'infection. Le VHC est présent de manière ubiquitaire mais c'est dans la région de la Méditerranée orientale que la charge de morbidité est la plus élevée.

L'objectif de l'OMS est de parvenir à l'éradication de ces pathologies d'ici 2030. Le traitement est disponible dans de nombreux pays, comme en Europe de l'Est, mais dans certains pays, seuls les patients avec de hauts revenus peuvent en bénéficier.

Les migrants constituent une population particulièrement affectée par le virus de l'hépatite B ou C en France. L'étude STRADA, par la réalisation de TROD (Test rapide d'orientation diagnostique) chez les migrants primo- arrivants en France au moment de la visite médicale à l'OFII a permis d'évaluer la prévalence de ces infections qui est plus élevée qu'en population générale (28).

Différentes études ont montré que les paramètres socio-économiques influencent l'incidence et le pronostic des hépatites chroniques virales (29).

Depuis la réforme qui a transféré la compétence médicale pour les titres de séjour étrangers malades de l'ARS à l'OFII, les avis favorables pour les demandes de titres de séjour pour soins sont en baisse. Il y a souvent des refus pour l'hépatite C. Il s'agit effectivement d'un traitement court, onéreux (cout actuel minimum de 22 318 euros pour une durée de 8 semaines chez un patient sans cirrhose) qui, actuellement, pour les patients sans droits, peut être obtenu grâce aux PASS.

Les patients qui se présentent dans notre service sont souvent déjà atteints de complications graves de leur hépatite virale, au stade de cirrhose décompensée, parfois mixte (virale et alcoolique). La prise en charge médicale est rendue plus difficile par la précarité, et la gravité d'une cirrhose peut relever d'une indication de transplantation hépatique. En l'absence d'alternative thérapeutique existante, l'accès à la transplantation hépatique est pour certains patients une question de survie.

Il n'y a actuellement aucune directive nationale concernant la transplantation hépatique (et rénale, même s'il y a alors dans ce cas-là la solution alternative de la dialyse) chez le patient migrant. C'est le principe de subsidiarité qui prévaut (30). La latitude décisionnelle est laissée aux équipes de transplantation dont le verdict peut être influencé par de nombreux facteurs : peur de l'échec de la transplantation dans un contexte de pénurie de greffons, difficultés antérieures avec des patients migrants, coût, freins liés à la précarité, à l'isolement social, aux difficultés de communication, risque d'inobservance thérapeutique (traitement anti rejet de la greffe), risque de rupture de suivi, préjugés inconscients, voir même positionnement du médecin vis-à-vis de l'immigration... Ces questionnements sont de plus en plus fréquents en raison de l'existence de réseaux organisés qui, moyennant finances, déposent les patients dans les régions de France où les listes d'attente pour la transplantation sont plus faibles. Les équipes de transplantations sont accoutumées aux questionnements éthiques quand il s'agit d'autoriser ou non un patient alcoolique dont le sevrage est récent ou non parfaitement consolidé à accéder à la greffe. Quel que soit l'indication, même si chaque cas est particulier, il semblerait que l'étayage familial et social soit une composante majeure de la réussite d'un projet de transplantation.

FOCUS Psychiatrie

Les migrants néo-arrivants sont un public à risque de cumuler des vulnérabilités sociales mais aussi psychiques. La précarité, le déracinement, l'exclusion sociale, l'inquiétude sur l'avenir ont des effets majeurs sur la santé mentale. A ces facteurs peuvent se surajouter des traumatismes passés, survenus dans le pays d'origine, ou pendant le trajet migratoire, devenu de plus en plus difficile, long et violent au fur et à mesure que les portes de l'Europe se ferment.

Les données épidémiologiques publiées sont assez hétérogènes, les études sont difficiles à réaliser et pas toujours comparables mais on considère globalement la prévalence du trouble de stress post traumatique (TSPT) dans une population de réfugiés de 20 à 65% (31,32) alors qu'il est de 3 à 4% dans la population normale. La dépression touche 30 à 60% des réfugiés. Le risque de suicide est souvent majoré chez les demandeurs d'asile.

La prévalence des pathologies psychiatriques est différente selon le statut du patient : demandeur d'asile, débouté ou réfugié. D'après l'OMS, dans plusieurs pays, l'incidence des psychoses serait plus élevée chez les populations migrantes, expliqué par l'effet cumulé des désavantages sociaux subis avant, pendant et après la migration (33,34).

D'après Santé publique France (données de 2019), la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6% dans cette population, plus importante chez les femmes (23,5% versus 13,8% chez les hommes). Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60%) et de traumatismes complexes (8%), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle, particulièrement pour certaines nationalités. Les tableaux dépressifs (22%) sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile (35).

Alors que les demandes de titres de séjours pour soins pour troubles de la santé mentale étaient au premier rang des demandes auprès de l'OFII jusqu'en 2018, elles sont reléguées actuellement au 5^{ème} rang (14.7% des demandes en 2022) (36). Elles sont devancées par les maladies infectieuses et parasitaires (notamment VIH, hépatites virales, tuberculose) (27,1%), les maladies de l'appareil circulatoire suivies des maladies endocriniennes et des tumeurs. En 2022, 33% des demandes de soins pour troubles mentaux ou du comportement ont reçu un avis favorable (primo demandes et renouvellements). On note une part de dossiers de primo-arrivants qui reste élevée (51,5 %). Les troubles de santé mentale sont représentés par les troubles anxieux, dont état de stress post-traumatique [ESPT] (50 %), les troubles de l'humeur, dont le trouble bipolaire (22 %) et les troubles du développement psychologique comme l'autisme (12 %). Il est rapporté une sur-représentation de certains pays dans les troubles psychiatriques, puisque trois d'entre eux atteignent en cumulé 25 % des dossiers : Algérie, République de Guinée et République Démocratique du Congo (RDC). Deux pays totalisent plus de 20 % des cas d'ESPT : République de Guinée et RDC.

On considère en général 3 grands groupes de facteurs de vulnérabilité ou facteurs de stress qui vont nuire à la santé mentale des migrants :

-un vécu pré migratoire violent, souvent à l'origine du départ : conflits armés, persécutions, violences diverses, tortures, emprisonnements, famine..., pouvant être à l'origine d'un TSPT simple ou complexe.

- un parcours migratoire difficile : camps, violences, incarcérations, prostitution, traite des êtres humains... selon les routes migratoires. Bouleversements familiaux, deuils, risque de naufrages, retours en arrière font partie des multiples obstacles à surmonter.

- le vécu post migratoire : le décalage entre l'idéalisation de l'asile et la réalité, l'incertitude sur l'obtention du statut (plus l'attente est longue et plus la santé se dégrade), l'exclusion sociale, l'absence d'emploi, l'ennui, la barrière linguistique, les ruptures, la culpabilité, une opinion publique parfois hostile et la nécessité de raconter les événements traumatiques avec le risque de ne pas être cru, l'éventuel déclassement social et la précarité.

Le TSPT associe généralement des reviviscences, des conduites d'évitement et un état d'hypervigilance. Quelques spécificités dans les troubles mentaux des migrants sont à connaître : un risque de somatisation de la souffrance psychique plus important, des symptômes psychotiques plus fréquents en cas de dépression ou de TSPT, des troubles liés aux deuils et aux pertes et les difficultés liées à l'acculturation. Il peut être difficile de différencier TSPT et psychose, ce qui pourrait conduire à surestimer la prévalence des troubles psychotiques dans cette population.

Le TSPT complexe induit des symptômes psychotraumatiques classiques (reviviscences, évitement, hypervigilance) associé à des modifications de la personnalité et de la régulation des affects.

De nombreux migrants n'ont pas accès aux services de soins en santé mentale. Les barrières sont multiples : nécessité d'une orientation vers un psychologue ou un psychiatre (centre médicopsychologique (CMP), équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP), PASS psychiatrie, structures libérales, structures sociales, structures spécialisées (médiation interculturelle, centres régionaux psychotrauma par exemple), barrière de la langue nécessitant un interprétariat, manque de coordination entre les différents services, délais d'attente pour le premier RV du fait de la saturation actuelle des dispositifs et parfois refus de soins. (37).

Dans son mémoire de master de Santé publique, N F Garcia a travaillé sur les freins à la continuité des soins psychiatriques chez les demandeurs d'asile (stéréotypes, préjugés, perception de la complexité des soins...). Son travail confirme l'influence des stéréotypes des professionnels de santé dans la continuité des soins en santé mentale, stéréotypes qui peuvent être majorés par la charge de travail (38).

A notre échelle, la bienveillance, l'accueil, le repérage de personnes en souffrance psychique, l'établissement d'un lien de confiance, la démystification du soin psychique et une orientation adaptée via notre équipe de psychiatre doivent être systématisées.

FOCUS Addictologie

La prévalence de la consommation de drogue chez les migrants à leur arrivée est généralement inférieure à celle des populations d'accueil, mais les études montrent que les migrants sont ensuite plus vulnérables aux problèmes d'usage de substances (39,40). Divers facteurs l'expliquent : potentiels traumatismes, précarité, perte du soutien familial et social, et difficultés liées au statut d'immigré. Il y a un lien net entre précarité et consommation : la consommation de produits peut être un soutien pour supporter des conditions de vie difficiles, la vie à la rue, une forme d'automédication pour obtenir un apaisement psychique et physique, notamment en cas de douleur, et parfois un moyen de lutter contre l'isolement, de s'insérer dans des sociabilités (pratiques collectives). A l'inverse, la consommation peut entraîner ou aggraver la précarité et l'exclusion sociale. La consommation de drogue peut aussi avoir été initiée dans le pays de départ et être parfois à l'origine du départ (pour les pays où la consommation est très sévèrement punie : Iran, Philippines, ou à l'origine d'une stigmatisation très forte), ou pendant le trajet migratoire pour supporter des conditions difficiles.

Il existe une grande variété de substances consommées : alcool, opiacés et dérivés, cannabis, drogues de synthèse, cocaïne, médicaments détournés de leur usage (les antalgiques, anxiolytiques...)

Outre les conséquences sociales de l'addiction (de l'isolement à la délinquance), les risques liés aux usages de drogue dépendent du type de substance consommée, du mode de consommation et de l'environnement de vie. À court terme, les risques sont surtout liés aux intoxications aiguës, aux accidents, aux violences et aux risques de rapports sexuels non protégés et non désirés. Les complications somatiques de l'alcool sont globalement les plus connues des médecins : coma éthylique, sevrage et delirium tremens, pathologies hépatiques (cirrhose, carcinome hépatocellulaire), pancréatiques (avec risques de douleurs chroniques imposant des hospitalisations répétées et souvent facteur de désocialisation associé), neurologiques (neuropathies, encéphalopathie de Gayet Wernicke, syndrome de Korsakoff ...), cancers favorisés par l'alcool et le tabac.

Les complications somatiques des autres drogues sont moins connues car très diverses : les dépresseurs sont à l'origine de dépressions respiratoires, les stimulants présentent des risques cardiaques... Chacun des modes de consommation présente des risques spécifiques : risque de surdosage, d'infection (abcès), de transmission virale, de blessures (dégradation des

muqueuses) ou de maladies respiratoires. La mortalité par overdose est principalement le fait de l'héroïne et des autres substances opiacées. Les risques sont majorés par les associations de produits, ou les produits de mauvaise qualité...

Nous sommes régulièrement confrontés depuis quelques années à une augmentation du mésusage et de la dépendance à la prégabaline, molécule indiquée dans le traitement des douleurs neuropathiques, l'épilepsie et le trouble anxieux généralisé. Son usage abusif peut entraîner une dépendance mais des effets indésirables comme l'augmentation du risque suicidaire ou des comportements agressifs. Les facteurs favorisant le risque d'abus sont entre autres le genre masculin, le jeune âge, les comorbidités psychiatriques, les antécédents d'addictions aux opiacés et les faibles revenus (41).

La vulnérabilité est aggravée par la barrière linguistique et par le manque d'information sur les possibilités de prise en charge. Des recommandations européennes parues en décembre 2023 concernant les réponses sanitaires et sociales à apporter pour l'accompagnement des personnes migrantes, sont accessibles en français sur internet (39)

Il y a actuellement peu de structures avec des personnels compétents pour prendre en charge l'addiction des migrants. C'est une prise en charge compliquée par les difficultés d'accès aux soins, la barrière linguistique, la peur de la stigmatisation et ses conséquences négatives (peur de l'expulsion en particulier). Les besoins sont pourtant bien réels et multiples : continuité des soins pour les patients recevant un traitement par agoniste opioïde, réduction des risques et des dommages... On notera toutefois à Lyon à l'hôpital du Vinatier une consultation spécifique pour les jeunes migrants addicts à la prégabaline (42).

V- LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS AU REGARD DES CONTRAINTES ECONOMIQUES DES HOPITAUX

Comme nous l'avons déjà vu, la prise en charge des migrants néo arrivants en milieu hospitalier requiert une approche pluriprofessionnelle, du temps et une formation adaptée, qui ne sont pas toujours compatibles avec les contraintes économiques et humaines de l'hôpital : restrictions budgétaires, réductions de personnels, réductions de la DMS, virage ambulatoire ... Parallèlement, l'augmentation des tâches administratives comme la traçabilité se fait au dépend de l'accompagnement relationnel des patients. La prise en charge des migrants est une prise en charge chronophage (interprétariat, explications pour l'adhésion au projet de soins, prise en compte des difficultés sociales ...), pas toujours conciliable avec l'application de protocoles standardisés. Elle nécessite une adaptabilité permanente et la recherche de solutions particulières.

Les gestionnaires des hôpitaux privilégient la prise en charge d'actes techniques, de pathologies aiguës, bien identifiées (avec un code CIM), au dépend des pathologies lourdes, des pathologies nécessitant une prise en charge relationnelle, de l'écoute, une adaptation aux particularités sociales, psychiques ou culturelles.... La pression du temps est fortement délétère à l'apport de soins de qualité.

La tarification à l'activité est un système dans lequel les établissements sont rémunérés en fonction de leur activité réelle. Chaque acte donne lieu à un paiement précis correspondant à une tarification officielle. Plusieurs missions d'intérêt général (MIG) sont intégrées au budget des établissements de santé : la MIG précarité est un complément de la tarification des séjours visant à compenser financièrement les surcoûts liés à la prise en charge des personnes démunies dans les établissements de santé. La dotation précarité repose sur un ciblage de patients bénéficiant de l'AME, de la CMU-PUMA ou CMUc. Les surcoûts associés à la précarité (durées de séjours supérieures, temps médical et paramédical plus important, difficultés de recouvrement) sont financés par une enveloppe dont le montant est réparti entre les établissements qui dépassent un certain seuil de patients précaires. En 2020, les 270 établissements financés se sont partagés 190,1 millions d'euros. La précarité de la patientèle est approchée via la situation administrative et la couverture sociale. Pour en bénéficier, un établissement doit recevoir plus de 13% de patients en situation de précarité (séjours uniquement) et plus de 7000 « précaires » par an (43). Les critiques concernant cette dotation

reposent principalement sur le fait que les études montrent que les surcoûts pour les établissements augmentent tout le long du gradient social du patient et non uniquement chez les plus défavorisés.

Depuis 2021, le financement des PASS se fait via le Fond d'Intervention Régional des Agences Régionales de Santé. Un suivi régional des PASS est en place depuis 2010, et l'activité des PASS est implémentée quotidiennement par les équipes dans le dispositif PIRAMIG.

VI- PREJUGES INCONSCIENTS ET REPRESENTATIONS DES SOIGNANTS. COUT EMOTIONNEL DES SOIGNANTS

Les données de notre étude montrent que les ressentis négatifs sont fréquents. 10 médecins sur 11 affirmaient avoir déjà ressenti face à un migrant hospitalisé de la lassitude, de l'agacement et des conduites d'évitement. Ils évoquent les prises en charge chronophages, des situations d'épuisement du médecin et de décalage entre les attentes du patient et les possibilités médicales ou administratives.

Les situations d'immigration thérapeutique sont plus souvent mal vécues et le ressenti négatif induit par la surcharge de travail peut inhiber la conscience par le professionnel de la situation de détresse du patient et de ses proches.

Le soignant hospitalier, qui n'a pas fait le choix de travailler spécifiquement auprès de publics précaires, n'est pas imperméable aux préjugés et aux discriminations. Chacun d'entre nous peut être la cible de préjugés inconscients, être sensible à la théorie de « l'appel d'air », parler de « syndrome méditerranéen » ou être particulièrement agacé par les situations de « tourisme médical ». Certains professionnels peuvent aussi se trouver dans une ambivalence entre leur éthique de soignants et leur positionnement personnel par rapport à l'immigration. Il est vrai que différents courants politiques reviennent régulièrement ces dernières années sur la nécessité de réformer la politique d'accueil et les dispositifs d'accès aux soins pour les étrangers : le maintien de l'AME est devenu un thème récurrent du débat public.

Les discriminations sociétales liées à l'origine sont bien documentées. Elles reposent sur une perception qui s'appuie plutôt sur des éléments socialement visibles comme la couleur de peau, l'accent, le patronyme...Elle peuvent être directes, et correspondre à un traitement différencié vis-à-vis d'un individu en particulier, mais aussi indirectes ou dites systémiques, vis-à-vis d'un groupe et souvent sous tendues par des mécanismes structurels ou institutionnels, indépendamment de la personne qui les met en œuvre.

Le travail de doctorat d'E Carde publié en 2007 auprès de 175 professionnels de l'accès aux soins (et non de soignants) permettait de dégager plusieurs procédés susceptibles d'entraîner des comportements discriminatoires : la délégitimation (par exemple le bénéficiaire de l'AME vu comme un assisté, un poids pour les cotisants), la différenciation (vision culturaliste, légitimant une offre de soins différenciée, des traitements alternatifs) et les

discriminations indirectes (refus des professionnels d'accepter des patients avec la CMU ou l'AME en raison des délais de remboursement, de la « paperasserie »)(44).

Les préjugés inconscients (concept de biais implicites) dont peuvent faire preuve les soignants ont été étudiés initialement en Amérique du Nord (travaux de Daniel Kahneman et Amos Tversky). Les tests développés (comme l'IAT Implicit Association Test) mesurent l'exposition à un contexte social empreint de préjugés davantage que les préjugés individuels. Si ces études ont montré l'existence de biais raciaux chez les professionnels de santé, rares sont les travaux qui ont retrouvé une association directe entre un niveau de biais élevé et une intention comportementale ou une attitude discriminatoire (45).

En France, ces biais cognitifs inconscients et leurs conséquences sur les patients, sont encore peu enseignés aux professionnels de santé. Ils peuvent intervenir à toutes les étapes de la prise en charge d'un patient (écoute, attitude générale, examen, diagnostic, choix du traitement, explications...), il peut d'agir de biais d'attribut de groupe (tendance qu'ont les gens à accorder un traitement préférentiel à ceux qui appartiennent au même groupe qu'eux), de biais d'ancrage (tendance à se fixer sur les informations reçues ou perçues en premier, lors de l'évaluation initiale de la situation, et à ne pas ajuster cette évaluation à la lumière d'informations ultérieures), du biais dit de « l'avare cognitif » (tendance à éviter de traiter des informations qui mobilisent beaucoup de ressources : temps, attention, efforts, quitte à ce que le résultat en pâtisse). Ils peuvent être à l'origine, de manière inconsciente, de traitements différenciés, voire de décisions erronées. Ils ne doivent pas être sous-estimés car il est montré qu'ils sont au moins autant en cause dans les erreurs médicales qu'un déficit de connaissance (46,47).

Les situations d'évitement ont été spontanément rapportées par l'équipe paramédicale qui observe les médecins. Il nous a été rapporté lors du Focus Group que les consultations d'annonces de diagnostic grave étaient souvent retardées chez les patients migrants. *« les médecins ne disent pas la vérité, ils traînent pour dire la vérité », « ces attitudes sont délétères pour le patient »*. Les médecins reconnaissent volontiers la difficulté de l'annonce d'une maladie grave ou incurable dans une langue différente. Pour les paramédicaux, *« si l'annonce traîne, ça peut entraîner des retards de rapatriement »*.

7 des 11 praticiens ayant répondu au questionnaire se sont déjà retrouvés confrontés à une problématique éthique. Quelles sont nos limites en tant que soignant ? Que peut faire pour un patient malade qui retourne à la rue ? Faut-il accepter de « sous-traiter » un patient en raison de ces conditions de vie ? parce que la prise en charge serait tellement complexe et chronophage qu'elle n'est pas compatible avec les moyens dont dispose l'équipe ?

Peu d'études proposent une approche éthique de l'accès aux soins de migrants du point de vue de ceux qui les prennent en charge. Dans son travail, A Sampers (48), a mené des entretiens avec 46 professionnels travaillant dans des établissements de santé, des centres d'hébergements et des associations oeuvrant pour la santé des migrants. Elle montre combien soigner les migrants est un défi quotidien, source de souffrances et de tensions éthiques pour les professionnels. Son travail met en lumière les problématiques de consentement, de respect du secret médical dans un contexte d'allophonie, les dilemmes des professionnels face aux patients vulnérables sans domicile, le manque de moyens pour prendre en charge les psychotraumatismes.

Si 7 des 11 praticiens interrogés reconnaissent avoir ressenti occasionnellement une charge émotionnelle plus intense, l'équipe para médicale est revenue à plusieurs reprises lors des entretiens de groupes sur des situations qui ont pu les affecter :

Ils sont revenus sur l'exemple d'une patiente qui avait vendu sa maison en Algérie pour se faire suivre en France. Ils sont touchés par « *les patients (qui) mettent parfois de trop grands espoirs dans leur prise en charge en France* ». Ils rapportent un mauvais vécu quand ils ont l'impression que le patient qui rentre au pays, faute de pouvoir bénéficier d'une prise en charge curative (stade palliatif en oncologie notamment), se sent rejeté.

L'équipe rapporte le souvenir douloureux d'un « *patient qui passait son temps à prendre des douches et qui avait dû vivre quelque chose de difficile* », « *il n'y a pas assez de prise en charge psy* ».

Une situation fréquente est de devoir remettre les patients à la rue après une hospitalisation « *ça fait mal au cœur* », « *on se blinde un peu* », « *on se doit une carapace, on doit mettre des limites* », « *on ne peut pas aider tout le monde, parfois on va offrir un ticket de bus* ».

Les soignants exercent une profession où la relation à l'autre occupe effectivement une place centrale, l'écoute fait partie intégrante du soin. Le risque d'être envahi émotionnellement par la détresse ou la souffrance de l'autre est inhérent à la profession, et peut être amplifié par de nombreux facteurs (isolement, surcharge de travail, relations difficiles avec les collègues ou la hiérarchie, déficit de moyens, de temps, situations de stress, dilemmes éthiques, projection, identification...). Enfin, à l'extrême, l'exposition répétée à des situations ou des récits traumatisants peut conduire certains professionnels jusqu'au traumatisme vicariant.

Les professionnels qui ont choisi de travailler avec les populations précaires peuvent en retirer une satisfaction éthique, le plaisir de travailler dans des équipes soudées par un objectif commun, de la fierté mais paient parfois le prix de leur investissement : sentiment d'impuissance, découragement, usure et frustration (49).

La prise de conscience de la charge émotionnelle, des formations adaptées, des espaces d'échanges, des groupes de paroles, le soutien entre collègues sont autant de pistes pour prévenir les effets de la charge émotionnelle chez les soignants (50).

VII- LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude type enquête de terrain, à l'échelle d'un service hospitalier de 50 lits, auprès d'un nombre restreint de soignants et de médecins. L'échantillon est petit et est donc peu représentatif de la diversité des situations rencontrées à l'hôpital. L'intérêt est d'avoir mis l'accent sur les problématiques qui affectent plus particulièrement l'équipe dans laquelle je travaille afin de proposer une réflexion et des propositions de réponses adaptées à la réalité quotidienne de notre unité.

Le biais principal du recueil de données (au cours du focus group, mais aussi par questionnaire « anonyme ») est ma proximité avec l'équipe. Mes collègues connaissent mon implication dans la thématique et ont peut-être orienté leurs réponses en fonction de mon intérêt. Trois praticiens sur 11 n'ont pas répondu au questionnaire malgré une relance (manque de temps, d'intérêt, rejet du sujet ?), on ne peut donc pas exclure un biais de volontariat dans l'analyse des réponses. Lors du focus group, ma présence a pu entraîner un biais de subjectivité : il n'est pas impossible que, malgré des précautions standards, les participants aient orienté leur réponse en fonction de ma personnalité ou mon statut professionnel. Le focus group a été organisé au cours d'une réunion d'équipe, le nombre de participants étaient un peu élevé pour permettre à chacun de s'exprimer. Il a été décidé au dernier moment pour faciliter l'expression de chacun de prendre des notes et de ne pas enregistrer la discussion. Les échanges ont probablement été moins riches qu'attendus car les équipes étaient plutôt en attente d'informations. Elles ont été très réceptives à la venue d'intervenants extérieurs (PASS, psychiatre...).

Ce travail a permis d'échanger sur la thématique de la prise en charge des patients migrants dans notre unité au cours de discussions d'équipe, a permis des échanges pluridisciplinaires et riches, ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances pour tous.

CONCLUSION

L'augmentation du nombre de patients migrants dans les services d'hospitalisation ces dernières années peut être source de difficultés pour les équipes soignantes, notamment pour la prise en charge des populations allophones et précaires. A l'échelle d'une unité d'hospitalisation, nous avons recueillis les ressentis et difficultés des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. Les problématiques rapportées sont la barrière de la langue, la précarité des conditions de vie des patients, le décalage entre les attentes des patients et les possibilités des soignants, la méconnaissance de notre système social, et le rôle d'éventuels préjugés inconscients envers les migrants.

L'identification de ces difficultés, l'analyse de la littérature, les échanges entre professionnels et la venue d'intervenants extérieurs ont permis de proposer des actions d'améliorations : la formation des équipes sur le droit à la santé des étrangers et les modalités d'accès aux soins, la facilitation des interactions avec l'équipe de la PASS et l'intervention précoce des services sociaux. La meilleure connaissance des idiomes de détresses, le recours plus régulier à l'interprétariat professionnel et à l'équipe mobile de psychiatrie, la création d'espaces de paroles entre collègues et la formation des internes permettront une prise en charge plus qualitative de nos patients migrants et réduiront au moins partiellement la charge ressentie par les professionnels de santé.

L'approche pluriprofessionnelle, une formation spécifique, la capacité d'adaptation et l'empathie attendue de tout soignant semblent être indispensables à la création d'un cercle vertueux, bénéfique pour les patients et les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Evin C. Stefanini P. Rapport sur l'aide médicale de l'état.; décembre 2023 (Accessible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ame-decembre-2023.pdf)
- 2- https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
- 3- <https://www.eval.fr/focus-group/>
- 4- Divi C. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(2):60-7.
- 5- Johnstone MJ. Culture, language and patient safety: making the link. *Intl J Qual Healthcare* 2006. 18(5) :383-8.
- 6- Van Rosse F. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Feb ;54 :45-53.
- 7- Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov ;22 Suppl 2 :360-1.
- 8- Géry Y. Accès aux soins pour les migrants : Comment consentir si l'on ne comprend pas? *La Santé en action*, 2023, n°. 464, p. 29-30
- 9- Randhawa G. Using machine translation in clinical practice. *Can Fam Physician*. 2013 Apr;59(4):382-3.
- 10- Bossuroy M. Les enfants qui jouent le rôle d'interprète pour leurs parents : de la parentification à la parentalisation. 2021. *Dialogue* (n°233), p175-93.
- 11- <https://cps.ca/fr/documents/position/laces-a-des-services-dinterpretation-appropries-essentiel-pour-la-sante-des-enfants>
- 12- Karliner LS. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv*. 2007;42(2):727-54.
- 13- Flores G (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005. 62: 255–299.

- 14- Hudelson P. Communiquer avec les patients allophones. Hôpitaux Universitaires de Genève. Accessible sur https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/aides_linguistiques_2019.pdf
- 15- HAS Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Octobre 2017.
- 16- Mattéi, Jean-François. « L'hôpital entre le médical et le social », Études, vol. 407, no. 7-8, 2007, pp. 29-39.
- 17- Avis n° 127 du CCNE. Santé des migrants et exigence éthique. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Octobre 2017.
- 18- Gilbert M. Difficultés rencontrées pour la prise en charge des patients migrants dans les Services de Maladies Infectieuses du Nord-Pas-de-Calais. États des lieux des connaissances et des ressources des soignants. Journée SPILF - SFLS : santé des personnes migrantes. Novembre 2019 .
- 19- <https://guide.comede.org/exil-vulnerabilite-et-sante/>
- 20- <https://www.info.gouv.fr/organisation/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement/logement-d-abord-presentation>
- 21- Wolff V. La rencontre entre le soignant et le patient âgé immigré. Un éclairage sur trois chocs culturels usuels. Vie sociale, vol. 16, n° 4, 2016, pp. 161-176.
- 22- Es-Safi L. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. Pensée plurielle, 2001/1. N°3. P27-34.
- 23- Zborowski M. People in Pain, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
- 24- Le Breton D. La construction sociale de la douleur, Anthropologie de la douleur. Éditions Métailié, 2012, pp. 107-160.
- 25- Massé R. Souffrance psychique et détresse existentielle : la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques. Revue médicale suisse, no 4, 2008, 26-29.
- 26- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- 27- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- 28- Duracinsky M. Étude de la prévalence de l'infection à VIH et des hépatites B et C, et chez les migrants réguliers en France: données de l'étude STRADA (2017-2020). Médecine et Maladies Infectieuses Formation. Vol 1, Iss 2, Supp, 2022, p S27

- 29- Nguyen N. Influence des inégalités socio-économiques sur les maladies du foie. *Hepatogastro et Oncologie digestive* 2022; 29 : 1165-71.
- 30- Antoine T. Café éthique ou éthique en discussion : Greffes d'organes pour les migrants: droit ou libéralité ? *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 2022, 9, pp.43-60.
- 31- Firenze A. The occurrence of diseases and related factors in a center for asylum seekers in Italy. *Zdr Varst.* 2016. 55 (1), 21-28.
- 32- Mazur V.M. Psychopathologies des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. *L'Encéphale*. 2014. 41, (3), 221-228.
- 33- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>
- 34- Selten JP. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med.* 2020 Jan; 50(2): 303–313.
- 35- <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/violence-vulnerabilite-sociale-et-troubles-psychiques-chez-les-migrants-exiles>
- 36- Procédure d'admission au séjour pour soins. Service médical de l'office français de l'immigration et de l'intégration. Rapport au parlement. Année 2022. Sixième rapport établi en application de l'article L.425-9 du code de et du séjour des étrangers et du droit d'asile recodifié au 1er mai 2021.
- 37- Soutenir la santé mentale des personnes migrantes. Guide ressource à destination des intervenants sociaux. Orpère-Samdarra
- 38- Garcia NF. La santé mentale des migrants : influence des stéréotypes des professionnels de la santé sur la continuité de soins de cette population. 2017-2018. Mémoire de Master en sciences de la santé publique. Université catholique de Louvain.
- 39- Migrants and drugs: health and social responses. Miniguide. European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. 2023
(https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/migrants-and-drugs-health-and-social-responses_en)
- 40- Michel, L. Migration et addictions : aspects cliniques , *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 1, 2015, pp. 21-28.
- 41- Roche S. Prégabaline et risque d'addiction : une nouvelle demande de soin ? *L'Encéphale*. Vol 46, Iss 5, Oct 2020. P 372-81.
- 42- <https://www.politis.fr/articles/2023/12/lyon-la-guillotine-les-drogues-un-calvaire-de-plus-pour-les-migrants/>

- 43- https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mesure_fir_depenses_specifiques_prise_en_charge_patient_situation_precaire.pdf
- 44- Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé publique 2007/2 (Vol. 19), p 99-109.
- 45- Azria E. Biais implicites et soins différenciés dans l'études des inégalités sociales de santé entre migrants et non-migrants. Entre piège épistémologique et hypothèse fertile. Revue française d'éthique appliquée 2019 (N° 08) p 8-11.
- 46- Norman GR. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. Acad Med. 2017 Jan;92(1):23-30
- 47- https://www.liberation.fr/debats/2018/07/20/naomi-musenga-les-algorithmes-et-les-biais-cognitifs-dans-le-systeme-de-sante_1667810/
- 48- Sampers A. Soigner et accompagner les migrants : quelles questions éthiques pour les professionnels ? Ethique et santé, 2022. Vol 19 N°4 p 202-209.
- 49- Schweyer, FX. Les migrants sont-ils une charge pour les professionnels de santé ? , Jean-Marie André éd., La santé des migrants en question(s). Presses de l'EHESP, 2019, pp. 87-99.
- 50- <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/la-souffrance-des-soignants-sources-et-pistes-de-s/la-charge-emotionnelle-des-soignants>. Par Jauvin N et Feillou I

Le patient migrant hospitalisé : Quels défis pour les soignants ?

Mots clés : migrants, exil, soignants, hôpital

L'arrivée de migrants en Europe ces dernières années a occasionné une augmentation du nombre de patients allophones et précaires dans les services hospitaliers, pouvant être source de difficultés pour les professionnels de santé. A l'échelle d'une unité d'hospitalisation, nous avons recueillis les ressentis et difficultés des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

Les problématiques rapportées sont la barrière de la langue, la précarité des conditions de vie des patients, le décalage entre les attentes des patients et les possibilités des soignants, la méconnaissance de notre système social, et le rôle d'éventuels préjugés inconscients envers les migrants.

L'identification de ces difficultés, l'analyse de la littérature et les échanges entre professionnels ont pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients et le quotidien des soignants.

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction du Dr Morgan FAHMI

Année 2023-2024