

MEMOIRE

Les barrières dans l'accès aux soins et les stratégies mises en
œuvre par les professionnels pour les atténuer

Etude comparative : les personnes migrantes hébergées en Centre d'Hébergement
d'Urgence ou accueillies dans une consultation prénatale ville/hôpital de prévention
dédiée aux pères

Pascaline BREUIL SANE
Avril 2024

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p4
PARTIE I. METHODOLOGIE	
1. Pourquoi ce sujet	p6
2. Le choix des professionnels interrogés et de leurs structures.....	p6
3. Comment ?.....	p9
4. Limites de l'études.....	p9
PARTIE II. RESULTATS & ANALYSE	
1. Les barrières dans l'accès au soin (dans la littérature et sur le terrain).....	p11
2. Les stratégies mises en œuvre par les professionnels pour favoriser l'accès au soin.....	p15
CONCLUSION.....	p21
ANNEXES.....	p22

ABREVIATIONS ET SIGLES

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centres d'hébergement et de réinsertion social

CHU : Centre d'hébergement d'urgence

CMS : Centre municipal de santé

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : infections sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

INTRODUCTION

La migration recouvre des réalités très diverses pour celles et ceux qui la vive ou qui l'on vécu. S'intéresser aux publics migrants, par le prisme de l'accès au soin, c'est tenter de « saisir » quelques dimensions de ces réalités multiples, à travers des exemples de prise en charge, sans prétendre être exhaustif. C'est aussi faire des choix méthodologiques, sur lesquels nous reviendrons, afin de cerner notre problématique. Dans ce travail, nous étudierons **quels sont les barrières dans l'accès au soin repérées par les professionnels et surtout, quelles stratégies ils mettent en place dans leur accompagnement, socio-éducatif/ médical afin de les atténuer et de permettre un meilleur suivi médical.**

Pour tenter d'y répondre, nous nous concentrerons sur **les personnes migrantes hébergées en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) ou accueillies dans une consultation prénatale ville/hôpital de prévention dédiée aux pères.**

Pour préciser les contours de cette problématique, il nous paraît important de passer par quelques définitions puis de préciser les hypothèses de recherche qui sont les notre.

Quelques définitions

« **Accès au soin** » : L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit (OMS). Source : HAS.

« **Non recours au soin** » : des personnes n'usent pas d'une offre sociale ou de santé auxquelles elles sont pourtant éligibles. Cette notion est plus large que celle du renoncement. La notion de renoncement induit l'idée qu'il y a une perception du besoin par la personne alors que, dans le cas du non-recours, l'intéressé n'a pas même conscience de l'existence d'un besoin qui pourrait être satisfait. Source : H. REVIL, 2019.¹

Pour compléter cette définition, citons également P. WARIN (2019) qui « distingue plusieurs formes de non recours : la non connaissance, la non proposition, la non réception, la non demande - l'offre de soin est connue mais pas demandée »².

« **Renoncement au soin** » : Le renoncement aux soins est une notion utilisée en France depuis les années 1990. Elle va nous permettre de questionner les personnes sur les soins non réalisés alors

¹ Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ? Actes de la Journée Nationale Assurance Maladie du 25 novembre 2019.

² « Merci d'avoir pensé aux pères, enquête qualitative Projet Partage », M. SAUSSEY, J. RANNOUX, 2022.

qu'elles en ressentent le besoin. Certains besoins sont partiellement pris en charge, tandis que d'autres restent totalement insatisfaits.

Cette notion a été utilisée dans de grandes enquêtes, mais aussi pour appréhender les inégalités d'accès aux soins. Source : H. REVIL, 2019.

Notre postulat de départ nous situait plutôt dans le champ du « renoncement aux soins », partant du principe qu'il s'agissait de nous intéresser à un besoin de soins identifié auquel les personnes auraient renoncé. Toutefois, il nous a fallu constater, durant les entretiens avec les professionnels, que ce besoin et ce souhait de soins n'étaient pas forcément évident et parfois mis en évidence par ces mêmes professionnels. Nous situerons donc ce travail dans le non recours au soin (et éventuellement la non demande) et les barrières dans l'accès au soin, le renoncement aux soins apparaissant à la marge chez les publics des professionnels interrogés.

Migrants ou immigrés : de qui parle-t'on ?

L'emploi du mot « **migrant** » est choisi et utilisé ici au sens défini par M. ICHOU :

La notion de migrant implique le mouvement, alors que l'immigré connote l'installation durable (2021³). Alors qu'il précise que la définition « **d'immigré** » comme « une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France » inclut les personnes naturalisées et « connote l'installation durable ». Nous verrons que les publics accompagnés par les professionnels que nous avons interrogés recouvre ces deux réalités.

Nous prenons donc le parti d'utiliser de façon générique le terme « migrant » pour qualifier un public au statut assez hétérogène dans les deux cas que nous avons étudiés sans le définir précisément de manière juridique (le terme « migrant » n'ayant aucun fondement juridique). En effet, les publics dont il est question ici, qu'ils soient patients ou usagers, ne sont pas circonscrits dans un statut particulier et ce n'est pas l'angle sous lequel nous regarderons la problématique.

Nos hypothèses sont les suivantes :

- L'accès au soin est favorisé par le niveau de précarité (ou non) des patients, leur accès ou non à une couverture médicale et donc implicitement leur statut de séjour en France (s'ils sont demandeurs d'asile, réfugiés, immigrés ou sans papiers, ils n'auront pas les mêmes droits).
- La question de la connaissance du système de soin, sa lisibilité et la compréhension de la langue française entrent également en compte
- Les professionnels mettent en place des stratégies pour lever les barrières à l'accès au soin comme le recours à l'interprétariat, à la médiation en santé ou au travail concerté avec les travailleurs sociaux

³ « Qui sont les migrants en France ? Journée de Formation en Région Prévention du risque infectieux chez les migrants 18 novembre 2021, INED

PARTIE I. METHODOLOGIE

1. Pourquoi ce sujet ?

J'ai travaillé durant toute l'année dernière au CH Delafontaine à Saint-Denis, auprès de femmes enceintes en situation d'obésité, dont une grande partie étaient étrangères et en situation de précarité, mais toutes avec des droits ouverts (condition d'accès à l'HDJ Ronde).

Le parcours de soin grossesse et obésité que j'animais comprenais : un HDJ RONDE, des ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP), un suivi diététique en ville et un suivi psychologique au CHSD, de l'activité physique adaptée en ville.

En tant qu'animatrice, j'ai mené des actions de médiation en santé qui m'ont amenée à me poser différentes questions : pourquoi les patientes ne se saisissent pas du suivi qui leur est proposé ? Pourquoi certaines ne viennent pas à leurs rendez-vous ? Quels sont les facteurs de non adhésion au parcours de soin ? Les raisons d'annulation des participantes ? Ces questions ont été nourries par un travail d'enquête⁴ durant les ateliers d'ETP et en post partum en préparation du démarrage du projet Article 51 « Mam'en forme ».

J'ai souhaité aller au-delà de cette expérience et élargir mon questionnement à des familles migrantes en dehors du parcours de grossesse des femmes où le suivi médical est prégnant, pour étudier les barrières dans l'accès au soin. J'ai surtout souhaité savoir comment les professionnels faisaient face à ces difficultés, et comment, dans leurs pratiques, ils mettaient en œuvre des stratégies pour les atténuer.

2. Le choix des professionnels interrogés et de leurs structures

Tout d'abord, pour circonscrire notre travail et avoir accès au public qui nous intéresse ici, à savoir les personnes migrantes, notamment les familles, nous avons posé des critères de sélection des structures à cibler :

- Avoir une entrée « soin/ santé » auprès des publics accueillis afin d'avoir des données probantes de la part de professionnels
- Avoir une part importante de population immigrée dans les publics accueillis, si possible non primo-arrivant afin d'aller au-delà des problématiques d'accès aux droits rencontrées par cette population et de voir ce qui, à plus long terme, peut continuer d'entraver l'accès aux soins

⁴ Bilan et analyse de l'expérimentation, octobre 2020 à juin 2023, Pascaline BREUIL SANE pour ROMDES

Le troisième critère, présenté ci-dessous, avait pour objectif de circonscrire notre étude en un lieu donné :

- Hébergement et suivi social au sein d'un seul établissement pour faciliter le travail d'enquête

Si nous nous sommes d'abord tournée vers des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Social (CHRS), nous avons été orientée vers des centres d'hébergement d'urgence où *de facto*, depuis le Covid et l'engorgement des structures d'hébergement (renforcé par la dynamique des Jeux Olympique ou les hôtels sociaux sont en rénovation en vue d'accueillir les touristes des jeux) les publics restent parfois plusieurs années bien que ces structures ne soient pas adaptées pour (chambres partagées, promiscuité), tout en travaillant et en payant une participation financière.

Par ailleurs, il s'est avéré que pour enrichir nos résultats et aller au-delà de pratiques de soin qui « viennent » jusqu'aux usagers mais aussi diversifier les résultats (en diversifiant les personnes interrogées), il nous a semblé intéressant de dépasser ce critère d'hébergement. Nous nous sommes tournés en ce sens vers une dynamique villes/ hôpital qui fait écho à notre expérience sur le Parcours de soin ville/hôpital à Saint-Denis.

Les professionnels interrogés :

Deux types de structures ont été retenues dans le cadre de nos enquêtes (cf. Grille d'entretien annexe I p20) afin d'avoir une complémentarité dans les réponses aux questions posées :

- Des professionnels travaillant dans des structures d'hébergement d'urgence du même réseau associatif (Paris ou petite Couronne), mais avec des publics qui séjournent parfois durablement (2 ans) faute de solution de sortie autonome.

- H. V. , éducateur spécialisé dans un centre d'hébergement d'urgence Parisien.

- S. M. , infirmière, travaillant au sein du Pôle santé d'un centre d'hébergement d'urgence de la petite couronne de la même structure associative que H.V mais intervenant aussi sur d'autres types de structure (centres pour hommes isolés en procédure de demande d'asile, accueils de jour)

- N.B, psychologue, en charge des entretiens de supervision des équipes au sein des centres d'hébergement d'urgences où H.V et S.M travaillent

- Des professionnels travaillant au sein d'un projet de consultation prénatale de prévention à destination des partenaires des femmes enceintes dans la ville de Montreuil (Projet Partage 2) :

- I.M: médecin généraliste qui réalise les consultations prénatales avec les pères

- J.C: sage-femme coordinatrice du projet

- S.K : coordinatrice du projet

- L.P : interne en charge de l'étude sur le projet Partage 2

- un médiateur intervenant sur le projet Partage 1 (projet précédent Partage 2 mais mis en œuvre à l'hôpital)

Les publics concernés par notre étude :

Dans le premier cas : il s'agit de publics accompagnés dans le cadre de l'hébergement d'urgence, il n'y a donc pas d'installation durable à part entière même si la durée de séjour peut être longue. Leurs statuts de séjour sont très divers et les motifs de départ sont également très hétérogènes, ils sont d'ailleurs soulignés par les professionnels interrogés qui insistent beaucoup sur le travail au « cas par cas » (Cf. partie II p11).

Il s'agit pour 2/3 de familles, dans le CHU de l'éducateurs spécialisé interrogé mais beaucoup d'hommes seuls également suivis par l'infirmière qui intervient dans plusieurs structures.

Leurs pays d'origines sont plutôt l'Afghanistan, le Soudan et les pays d'Afrique Subsaharienne, notamment la Côte d'Ivoire.

Dans le second cas : il s'agit d'une consultation ville/hôpital avec des pères plutôt installés, pas uniquement migrants même si une part du public est migrante et très précaire : des pères vivants « à la rue » orienté par l'Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP) pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité du CH de Montreuil. On note 43 % de pères de nationalité étrangère et 54 % de pères d'origine étrangère parmi les pères accueillis au cours de la dernière année du projet (depuis le démarrage du projet Partage 2 en février 2023).

L'entrée de cette consultation étant la maternité de leur conjointe, les patients accueillis dans le cadre de cette consultation sont principalement des hommes (ouverte toutefois à tous les co-parents) qui « font famille ». Leurs pays d'origine sont principalement le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Mali (Afrique de l'Ouest), mais aussi l'Algérie, le Maroc (Maghreb) ou encore le Bangladesh.

Les structures :

Les centres d'hébergement d'urgence

« Le centre d'hébergement d'urgence est un établissement social dont les missions principales sont l'accueil, l'hébergement et la réinsertion sociale et professionnelle de personnes sans abri et sans domicile fixe. Le dispositif d'accueil et d'hébergement de ces centres sociaux d'urgence est inconditionnel (...) le public accueilli n'est jamais sélectionné et aucun critère social, de ressources ou administratif n'est pris en compte » *Source : Samu social.*

L'objectif est l'amélioration de la situation de la personne accueillie et la proposition d'une solution durable.

Dans les CHU des professionnels que nous avons interrogés, le travailleur social est référent des situations, y compris en matière de santé, il peut intervenir de la prise de rendez-vous avec un médecin (qui se déplace dans le centre du fait de partenariats mis en place) jusqu'au rappel de rendez-vous par SMS ou des accompagnements en passant, lorsque c'est nécessaire par l'ouverture

de droits. Il travaille, de même que l'infirmière du Pôle santé, à l'autonomie des personnes dans la prise en charge de leur santé pour qu'elles puissent être à même de s'orienter dans le système de soin via notamment l'orientation vers les médecins traitants (en particulier les centres de soin pluri professionnels).

La consultation prénatale des pères à Montreuil

Il s'agit d'une consultation de prévention assurée par un médecin généraliste, d'environ trente minutes et prise en charge à 100 %, quel que soit la couverture sociale (ou non). Elle est ouverte à tous les pères/ co-parents dont les femmes enceintes sont suivies ou accouchent à Montreuil, dès la déclaration de grossesse et jusqu'à 8 semaines du postpartum. Cette consultation se déroule en deux temps : un entretien et un examen clinique.

L'entretien aborde un certain nombre de thématiques sous la forme de questions adaptées aux pères : dépistage des vulnérabilités (logement, droits sociaux, travail), santé mentale, santé sexuelle, prévention des écrans, activité physique, dépistage des violences, addictologie. Chaque thématique est abordée d'un point de vue de la santé individuelle du père, qui est ensuite mise en lien à celle de l'enfant à naître, afin d'ouvrir la réflexion sur des modifications dans les habitudes de vie devant potentiellement être mises en œuvre.

Le volet clinique prévoit un examen clinique, un rattrapage vaccinal si nécessaire, des dépistages de la drépanocytose, des ISTs/ VIH/ hépatites virales et au besoin, une orientation vers un professionnel spécifique.

3. Comment ?

Pour réaliser ce travail, nous avons réalisé des entretiens semi directif auprès des professionnels (travailleurs sociaux ou soignants) en visioconférence, en présentiel (entretien de groupe) et également par écrit (par mail) en ce qui concerne l'infirmière du Pôle santé du CHU.

Ces entretiens ont été menées en février et mars 2024.

La méthode d'analyse retenus pour étudier ces entretiens est la méthode qualitative.

4. Limites de l'étude

Nous avons conscience que le choix de nous pencher uniquement sur le recueil de la parole des professionnels et non de leurs patients/ usagers est en biais dans notre travail car nous ne donnons pas la parole aux principaux concernés. Cela s'explique tout d'abord par une question d'accessibilité : n'étant nous-même actuellement pas dans une structure, il peut être délicat d'interroger des usagers/ patients souvent en situation de précarité (nous y reviendrons dans nos résultats) pour leur poser des questions, d'autant plus lorsqu'elles entrent dans le cadre d'un travail très court. Par ailleurs, cette limite et ce choix méthodologique trouvent également une explication dans les raisons

qui nous ont poussés à étudier cette question (cf. Partie I, 1 p6). En tant que professionnelle, nous avons rencontrées des difficultés pour favoriser l'adhésion des patientes à un parcours de soin et nous nous sommes heurtées à tous les freins qui pouvaient l'expliquer (problématiques de logement, de garde d'enfant, problématiques sociales...). Nous pencher sur d'autres structures et projets dans d'autres contextes nous pousse à élargir les questionnements qui nous ont traversées durant cette expérience pour venir les nourrir et y donner du sens.

Par ailleurs, la parole des professionnels interrogés doit être appréhendée dans toute sa subjectivité, au regard de leurs parcours, de leurs expériences et de leurs opinions. Elle demeure toutefois éclairante lorsque l'on se penche sur les pratiques et stratégies qu'ils mettent en œuvre, suite à leurs constats pour lever les barrières dans l'accès et le recours aux soins.

PARTIE II. RESULTATS & ANALYSE

Les entretiens menés avec différents professionnels ont permis de dégager de leurs propos des thèmes et sous thèmes et de structurer ainsi l'analyse présentée dans cette partie. Dans chacun des résultats présentés ci-dessous, nous ferons apparaître ces thèmes et sous thèmes et les mettrons en perspective avec les pratiques de terrain des deux structures étudiées.

1. Les barrières dans l'accès au soin (dans la littérature et sur le terrain)

1.1. Le droit au séjour et droit à une couverture médicale favorisant l'accès au soin

Thème/ sous thèmes	Structures
Accès au droit	CHU Educateurs spécialisés formés pour ouvrir les droits : pas de difficultés particulières
Perspectives de régularisation	Santé mentale et physique impactée par le droit ou non au séjour
Rôle des professionnels dans l'accès au droit	
Santé mentale et physique impactée par le droit ou non au séjour	Consultation prénatale Montreuil Une opportunité pour permettre l'ouverture des droits Santé mentale liée au statut : pas évoquée (pas de suivis long)

Pour l'accompagnement vers le soin des personnes migrantes, la question des droits à bénéficier d'une couverture médicale est fondamentale. Ainsi L. PONCET et A. ANDRO (2022)⁵ montrent que « Les femmes migrantes font face en France à différentes barrières à l'accès aux soins. **La première barrière est celle de l'accès aux droits** : droit au séjour et droit à bénéficier d'une couverture médicale. En France les personnes migrantes peuvent avoir accès à une couverture médicale par différents dispositifs, déterminés par leur situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour et de leur niveau de ressources ».

Cette question de l'ouverture des droits est travaillée dans les structures auxquelles nous nous sommes intéressées avec les travailleurs sociaux, qu'ils soient internes au projet/ à la structures (comme H.V, éducateur spécialisé au sein du CHU ou l'assistante sociale au CH André Grégoire de Montreuil) ou mis à disposition par une structure tiers comme c'est le cas du médiateur en santé qui

⁵ « Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement à l'hôtel en Ile-de-France », PONCET, ANDRO, Populations vulnérables, 2022

travaillais sur le Projet Partage 1 et qui pouvait s'appuyer sur la juriste de son association sur les questions de droit au séjour. En ce qui concerne le projet Partage 2, un-e médiateur-trice en santé sera également mis à disposition du projet dans les mois à venir, notamment pour travailler la question de « l'aller-vers » auprès des pères éloignés du soin. Du fait des **compétences de ces professionnels** pour « démêler » les situations individuelles au regard des droits (au séjour et droits sociaux), nous comprenons **qu'ils viennent lever relativement rapidement cette première barrière**. Dans le cas de la consultation prénatale des pères à Montreuil, c'est parfois une opportunité pour permettre l'ouverture des droits et des facilités d'accès à un rendez-vous avec une assistante sociale hospitalière.

Il existe un autre lien entre la question des droits (ouverts ou non) et la santé, celui de **l'impact particulièrement fort psychologiquement que peut avoir ces situations d'attente** (de réponse de la Préfecture) **ou de refus sur la santé mentale et physique** des personnes accueillies. C'est ce que nous a expliqué H.V, au sujet des personnes qu'il a pu accompagner au CHU et qui peuvent à la fois être perçus comme « *persona non grata* sur le territoire » au regard de leur statut administratif mais en même temps « accueillis dans des CHU et on *leur* donne accès à la question de la santé ». Il ajoute que :

« Si vous accueillez des gens que vous permettez de rester sur le territoire dans des conditions qui ne sont pas formidables, vous créez une distorsion dans leur tête : parce qu'eux ils n'ont pas cette habitude d'être considérés aussi mal parce qu'ils ont de grandes attentes quand ils arrivent en France. Donc il y a pleins de réalités qui entrent en ligne de compte et qui s'entrechoquent et qui remettent en question les questions de santé physique et de santé mentale. »

En revanche, cette question n'est pas ressortie des entretiens avec l'équipe du projet Partage à Montreuil, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il n'y ait pas de suivis longs sur les publics accueillis.

1.2. Une méconnaissance du système de soin et des représentations des soins différentes

Thème	Structures
Dimension culturelle et linguistique Représentation de la maladie, des soins Soins traditionnels Rôle des interprètes et médiateurs	<u>CHU</u> Manque d'information sur les droits et l'offre de soins « recettes transmises de génération en génération avec parfois des explications magiques et religieuses » « Questions de marabouts voir même de pratiques magiques, où on vous demande de vous promener à tel endroit à telle heure pour faire telle cérémonie pour aller mieux, des amulettes, des trucs, des bagues, qui viennent protéger. » Difficultés de compréhension : langue maternelle différente du français
	<u>Consultation prénatale Montreuil</u> Manque de compréhension du système de santé Difficultés de compréhension : langue maternelle différente du français ☛ Rôle du médiateur : parler la langue contribue à instaurer la confiance

L'article de L. PONCET et A. ANDRO met en exergue, « en plus des dispositions légales, une deuxième barrière à l'accès aux soins concerne la connaissance du système de soin et sa lisibilité par les personnes migrantes. » mais aussi « la barrière de la langue, la difficulté à échanger avec le personnel soignant, sont également des freins à l'accès aux soins. »

Ce constat est également fait par L.P, interne au sein de la consultation périnatale à Montreuil :

« Ce qui pourrait être un frein pour ces pères précarisé (primo arrivant mais pas seulement) est le manque de compréhension du système de santé. »

Du côté des CHU (Centres d'Hébergement d'Urgence), l'infirmière interrogée note le « manque d'information sur les droits et l'offre de soins » parmi les difficultés pour que ses patients soient suivis médicalement. Un exemple très pratique est le fait qu'elle donne très régulièrement des plans pour permettre aux usagers de s'orienter à partir du site de consultation jusqu'au lieu de rendez-vous médical ou rentre l'adresse dans *Google map* si la personne l'a. N.B, psychologue, précise également que « chaque culture maîtrise de manière différente la façon de faire les soins. Par exemple, prendre un rendez-vous sur Doctolib, avec des horaires à respecter... Ce sont des détails que la personne ne maîtrise pas en amont ». Ces deux exemples dénotent des **rapports au temps qui peuvent être différents mais aussi à l'espace où à la façon de « faire soin »** sur notre territoire.

La psychologue ajoute :

« Il peut aussi y avoir des systèmes de croyances différents du notre : des recettes transmises de génération en génération avec parfois des explications magiques et religieuses. La personne va utiliser la recette qui s'utilise dans son pays pour soigner cette douleur. Par exemple, ma patiente mexicaine qui soignait les maux de dents de son bébé avec de l'alcool frotté sur les gencives. »

« Il faut aussi intégrer dans l'accueil, la dimension des soins psychologiques et dans certaines cultures, c'est très compliqué. »

H.V, éducateur spécialisé en CHU évoque également la question des tradipraticiens que consultent certaines personnes qu'il accompagne, qui illustre un rapport aux soins qui n'est pas forcément prise en compte ; on demande aux publics s'ils ont un médecin traitant mais on ne considère pas toujours ces autres approches du soin :

« Au sein du centre j'ai eu une dame qui s'est soignée avec du citron gingembre et thé et qui s'est guéri et ce n'est pas une question d'argent, c'est parce que : je sais que ça, ça marche chez moi [...] Des trucs qui sont macérés... et je ne vous parle pas des questions de marabouts voir même de pratiques magiques, où on vous demande de vous promener à tel endroit à telle heure pour faire telle cérémonie pour aller mieux, des amulettes, des trucs, des bagues, qui viennent protéger. Voilà ils emmènent ça avec eux. »

On voit ici le lien avec l'approche transculturelle du soin qui consiste pour le professionnel à « introduire le décentrage » et « accepter la représentation de la maladie dans le monde de l'invisible » (O. BOUCHAUD). Ce témoignage fait aussi écho aux représentations en santé (S. TESSIER) puisqu'il met en exergue les systèmes de santé traditionnels et religieux mobilisés par les publics.

La question de **la langue maternelle** (différente du français) des patients/ publics est également abordée par les professionnels de que nous avons rencontrés, que ce soit au niveau de la consultation périnatale des pères ou en CHU, **participant aux difficultés de compréhension** des explications que leur fournissent les soignants. On saisit ici toute l'importance des interprètes et médiateurs en santé, comme celui que nous avons interrogé dans le cadre de notre travail qui parle Bambara, l'une des principales langues de la communauté malienne, très présente à Montreuil. Ainsi, il nous explique qu'il y a des mots que les patients « n'arrivent pas à dire en français ». Il conclut en disant que le fait de parler la langue « donne le sourire au gens » et contribue, en complément de son rôle de médiateur, à instaurer une forme de confiance avec les patients.

Nous verrons dans cette deuxième partie que la confiance est un levier essentiel pour favoriser l'accès au soin des personnes.

2. Les stratégies mises en œuvre par les professionnels pour favoriser l'accès au soin

2.1. Travailler le rapport à soi et instaurer la confiance

Thème	Structures
Confiance des patients Confiance en soi Lien de confiance avec les professionnels Rapport à soi/ rapport aux soins	CHU Rapport à soi à travailler en amont du soin : « valeurs que l'on se donne ». « le bon terme » ou « la bonne présence [...] qui fait que les gens se sentent reconnus et qu'ils s'autorisent des choses, pour eux. » ☛ image de l'homme /la femme fort-e : à déconstruire « Pas le temps pour négocier, prendre plus de temps avec la personne pour lui expliquer [...] la prise en charge de ces migrants a besoin de beaucoup de temps »
	Consultation prénatale Montreuil Manque de légitimité : « moi je vais pas me plaindre, c'est vraiment pas grand-chose : je vais pas aller demander des soins alors que c'est ma femme qui a besoin ». ☛ image de l'homme fort : à déconstruire « La difficulté est de les faire parler d'eux. Le fait que ce soit long, les défenses tombent un peu. »

Les personnes migrantes présentent différentes vulnérabilités. Elles peuvent être sociales (isolement), culturelles (langues et représentations), psychologiques (« les pieds sont ici mais la tête pas encore »), économiques, administrative (dématérialisation), juridiques (interprétation du droit). (Cf. cours DU Santé des migrants « prise en compte des différentes vulnérabilités », S. TESSIER, F. AYOUIL, M. SAFWATE, A. PLANEIX).

N.B, la psychologue que nous avons interrogée, nous explique que si les personnes migrantes font toutes face à ce qu'elle appelle le deuil migratoire, certaines doivent par ailleurs faire face à des psycho trauma du fait de leur parcours migratoire ou de leur histoire.

Elle définit le deuil migratoire comme suit :

Le deuil migratoire amène la personne à un état d'isolement car elle ne trouve pas sa place dans le pays, vit tous les jours un espèce de choc culturel et entraîne un sentiment négatif et peut amener la personne à un état de tristesse, de mélancolie et renforce l'idée qu'elle « ne va pas y arriver ». Il recouvre plusieurs domaines : deuil de la langue maternelle, de la famille et des amis, de la géographie (couleurs, paysages), du climat et enfin de la cuisine et des coutumes/rituels (religieux par exemple).

Dans les moments de deuil migratoire, la personne est plus susceptible, se sent faible, menacée et les professionnels qui l'accompagnent devront être suffisamment rassurants pour éviter qu'elle ne déclenche ces sentiments négatifs.

Si l'on a évoqué dans la partie précédente des rapports au soin chez les personnes migrantes qui peuvent recouvrir différentes réalités, les professionnels que nous avons rencontrés ont mis en avant la notion de **rapport à soi à travailler en amont du soin**, que définit H.V comme la « valeurs que l'on se donne ». Il explique qu'en CHU, cette dimension se travaille dans un rapport humain par « le bon terme » ou « la bonne présence [...] qui fait que les gens se sentent reconnus et qu'ils s'autorisent des choses, pour eux. » Pour illustrer ce propos, il évoque des personnes qui ont de grosses pathologies mais qui s'habituent à la douleur voir la nient car elle n'est pas prioritaire pour eux (tant que ça ne concerne pas les enfants) ou parce qu'elles n'ont pas l'habitude d'avoir de l'attention.

On retrouve ce manque de légitimité chez les pères accueillis en consultation prénatale comme nous l'explique L.P, interne qui reprends leurs propos : « moi je vais pas me plaindre, c'est vraiment pas grand-chose : je vais pas aller demander des soins alors que c'est ma femme qui a besoin ».

Paradoxalement, cette notion est à mettre en perspective avec **l'image de l'homme (ou la femme) fort-e qui peut tout gérer** que l'on retrouve à la fois chez les pères de Montreuil que chez les publics accueillis en CHU. Les professionnels s'accordent à dire qu'**elle doit être déconstruire** pour pouvoir aller vers le changement de comportement et la prévention.

Dans les réponses apportées par chacun, on perçoit l'idée de **prendre le temps**, durant une consultation ou dans un suivi pour **que la confiance s'installe avec le professionnel**, parfois comme nous l'avons dit plus haut, grâce aussi à l'aide d'un tiers (médiateurs) qui facilite cette confiance. Or, comme le précise la psychologue N.B, ce temps manque parfois pour les professionnels de l'accompagnement du fait des contraintes organisationnelles mais aussi inhérentes au fonctionnement de la société d'accueil qui est la nôtre :

« Dans la culture française/occidentale, il n'y a pas le temps pour négocier, prendre plus de temps avec la personne pour lui expliquer ; le temps devient un ennemi ; il reste relatif et culturel et les migrants ont besoin de temps, la prise en charge de ces migrants a besoin de beaucoup de temps ; c'est un gros obstacle qui va limiter la qualité de notre travail. »

Ce manque de temps, selon elle, joue dans la négociation nécessaire dans le travail avec des publics aux cultures différentes de la nôtre :

« Il est important pour les professionnels de santé de ne pas rentrer dans le jugement sur comment la personne fait pour se soigner. Il faut se décentrer, sortir des croyances que notre système de santé est mieux que dans d'autres pays. Il faut éviter les

préjugés, être sincèrement intéressé par la culture de l'autre, le montrer pour se rapprocher de la personne et entrer dans son système de référence. »

2.2. Favoriser l'autonomisation des publics dans une logique d'universalisme proportionné

Thème	Structures
<p>Intégration dans le droit commun</p> <p>Levier du médecin traitant</p> <p>Suivi médical des publics</p> <p>Autonomisation des publics</p> <p>Faire avec</p> <p>Capacités/ capabilités</p> <p>Accompagnement plus poussé pour les plus vulnérables</p>	<p>CHU</p> <p>« Pas la culture du médecin traitant. C'est nous qui leur mettons la pression pour en avoir un »</p> <p>Accompagnement : « trouver un équilibre entre responsabiliser les gens et veiller à une forme de dignité ».</p> <p>« faire-avec » pour permettre à la personne de faire les choses par elle-même à l'avenir</p> <p>☛ Universalisme proportionné</p> <hr/> <p>Consultation prénatale Montreuil</p> <p>« La plupart des pères accueillis en consultation sont suivis par un médecin traitant »</p> <p>Orientations vers les consultations de médecine générale au CMS de Montreuil : permet un suivi des dossiers</p> <p>Accompagnement : « en fonction des capacités et capabilités des gens à avoir recours au soin »</p> <p>☛ Universalisme proportionné</p>

Dans l'accompagnement vers le soin que peuvent apporter les professionnels que nous avons rencontrés, tous s'accordent à dire qu'il y a une adaptation au cas par cas, « en fonction des capacités et capabilités des gens à avoir recours au soin » comme l'explique I.M, médecin généraliste sur le projet Partage 2. Selon l'observance du patient, mais aussi, comme nous l'avons abordé plus haut, sa capacité à s'orienter tant physiquement dans la ville que dans le système de soin, elle aura un niveau d'accompagnement différent.

Pour faire une orientation vers un professionnel par exemple, elle pourra, selon les cas, donner simplement un courrier d'adressage au patient, écrire le numéro de téléphone sur un post-it voir même prendre directement rendez-vous avec le patient sur Doctolib. Pour les patients dont elle n'est pas sûre de l'observance, elle pourra leur proposer de les revoir dans un mois.

Pour H.V, en CHU il s'agit de « trouver un équilibre entre responsabiliser les gens et veiller à une forme de dignité. ». Pour S.M, infirmière du Pôle santé intervenant aussi en CHU, qui peut aller jusqu'à l'accompagnement physique pour les personnes particulièrement vulnérables, il s'agit toujours de « faire-avec » pour permettre à la personne de faire les choses par elle-même à l'avenir, dans la mesure du possible. Là aussi, une orientation pourra être faite grâce à une lettre de liaison ou par téléphone.

Ces exemples nous donnent des illustrations du concept **d'universalisme proportionné** qui semble être appliqué dans chacune des structures que nous avons étudiées :

« Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème ».

M. MARMOT («Fair society, healthy lives»). Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review, February 2010)

Toujours dans cette idée d'autonomisation des publics, la comparaison de deux types de structures nous a permis de mettre en avant le rôle pivot du médecin traitant et de la médecine de ville pour des suivis au long court, dans la mesure du possible, favorisant d'avantage les actions de prévention.

Ainsi, le rôle du médecin traitant est mis en exergue par nos interlocuteurs pour accompagner leurs publics vers le droit commun et se familiariser avec le système de soin, y compris dans la perspective d'un changement de ville de résidence pour les plus précaires qui sont hébergés. H.V nous confirme que dans sa pratique en CHU, il « essaie de fidéliser [*les usagers*] sur un centre de soin comme ça ils ont plusieurs praticiens ».

L'équipe du projet Partage 2 à Montreuil, reconnaît que « la plupart des pères accueillis en consultation sont suivis par un médecin traitant. Ils sont assez bien orientés par les associations, même avant d'avoir des papiers ». Dans ce sens, I.M, médecin généraliste qui réalise la plupart des consultations prénatales des pères « peut les orienter vers les consultations de médecine générale au CMS de Montreuil, où elle travaille également, ce qui lui permet d'avoir un suivi des dossiers.

2.3. Adapter les messages aux publics pour être inclusifs

Thème	Sous thème
<p>Prévention</p> <p>Santé sexuelle et reproductive</p> <p>Dépistages</p> <p>Soins dentaires</p> <p>Vaccination</p> <p>Proximité d'échanges</p> <p>Information et communication</p>	<p><u>CHU</u></p> <p>Pôle santé : construit des partenariats, forme les travailleurs sociaux et consolide des réseaux de soignants</p> <p>Travailleurs sociaux : sensibilisent les publics et adaptent les messages</p> <p>Exemple : campagne sur les soins dentaires, la santé des yeux</p>
<p>Communication grand public</p> <p>Informations soignants</p> <p>Groupes de patients pour adapter l'information</p> <p>Freins à la diffusion</p>	<p><u>Consultation prénatale Montreuil</u></p> <p>Information auprès du grand public (flyers adaptés à tout type de population, en plusieurs langues)</p> <p>☛ Groupes de pères construit pour adapter les messages</p> <p>Information auprès des soignants qui orientent le public vers la consultation</p> <p>Dépistages inclus dans la consultation : IST/ VIH/ Hépatites virales + rattrapage vaccinal</p>

Dans les propos des professionnels interrogés, se dessine l'idée de la contribution de chacun, à différent niveau, pour favoriser l'accès au soin et la mise en place d'actions de prévention. Ainsi, c'est à la fois la répétition des messages et leur adaptation aux publics qui amène à l'action et au changement de comportement.

Ainsi, dans les CHU de l'association sur laquelle nous nous sommes penchés, le Pôle santé construit des partenariats, forme les travailleurs sociaux et consolide des réseaux de soignants pour intervenir dans les centres. C'est ensuite les travailleurs sociaux qui sensibiliseront les publics qu'ils accompagnent et feront passer le message. Ils l'adapteront en fonction des problématiques de santé et des profils des usagers.

Pour le projet Partage 2, l'information se fait auprès du grand public (flyers adaptés à tout type de population, en plusieurs langues), des soignants qui orientent le public vers la consultation (*pitch* directement au cabinet des médecins libéraux, entre deux consultations) et c'est la répétition des messages qui fera que les pères prendront finalement rendez-vous.

Par exemple, ils auront vu une affiche et leur médecin ou le soignant de leur femme à l'hôpital leur en auront parlé. Des groupes de pères ont été mis en place, durant l'année écoulée, pour justement adapter cette communication (un groupe en PMI, un au CHU, un à l'hôpital en devenir) ; mais L.P, qui a travaillé sur cette question, note qu'aucun ne souhaite s'investir davantage pour devenir ambassadeurs et parler du projet. Prochainement, un travail d'« aller-vers » est prévu avec un médiateur en santé pour trouver les pères qui seront éloignés du soin.

Discussion

Les retours des professionnels que nous avons interrogés mis en perspective avec notre propre expérience de travail entre la ville et le Centre Hospitalier de Saint-Denis nous laissent entrevoir qu'en matière de santé, en particulier dans le domaine de la prévention, plus les publics sont dans une situation de précarité, plus ils sont difficiles à « capter » par les professionnels qui travaillent dans le champ de la santé. Nous l'avons vu, ces barrières peuvent être administratives mais aussi liées à des manques de repères géographiques, dans le système de santé ou encore des barrières liées à la langue.

Les professionnels doivent trouver un équilibre pour accompagner sans infantiliser leurs publics/patients, favoriser leur autonomie et l'adaptation des projets et des pratiques. A cela s'ajoute une importance pour les professionnels et de sortir de l'ethnocentrisme et de se mettre réellement dans une posture d'ouverture vis à vis des publics qu'ils accompagnent.

Souvent pourtant, les stratégies des professionnelles tiennent davantage à leurs initiatives individuelles qu'à des pratiques instituées et formalisées par leurs organisations. Nous l'avons compris dans nos entretiens, ce qui favorise l'accès au soin des personnes migrantes se joue sur le plan humain et l'énergie déployée par les professionnelles ; cela tient souvent d'avantage au fait qu'ils croient en ce qu'ils font. Toutefois, cela nous amène à nous questionner : est-ce tenable sur du long terme ? Ne sont-ils pas mis en tension par ce sur investissement dans un contexte où l'hôpital public et les services publics sont en tension et manquent de moyens matériels et humains ? C'est en tout cas une des pistes que nous aimerions soulever en conclusion de ce court travail.

CONCLUSION

Les professionnels interrogés mettent en place de stratégies inhérentes à l'organisation de leur service et de l'accompagnement qu'ils proposent, très différent entre un centre d'hébergement d'urgence et une consultation de prévention en ville.

Pourtant, on retrouve cette adaptabilité qui relève presque du cas par cas avec la diversité des réalités que recouvrent les situations vécues par leurs patients/ publics. Il y a ainsi une grande place à l'humain, en dehors de la fonction du médecin, de l'interne ou du travailleurs social qui semble être la clé de l'accompagnement et favoriser l'accès au soin des patients. La capacité de ces professionnels à se décentrer est également primordiale, très liée à leur histoire, leur parcours et leur connaissance des différentes cultures, ainsi que l'adaptation de leurs pratiques aux vulnérabilités de leurs publics. Les messages qu'ils portent auprès de ces publics sont également adaptés au maximum pour favoriser les changements de comportement en termes de santé. Enfin, il leur faut trouver un juste équilibre, dans leur accompagnement, pour favoriser l'autonomisation des publics.

Tout cela est difficilement palpable et dépendra de l'énergie que chacun peut déployer dans cet exercice difficile. C'est ici que l'on voit le lien avec l'engagement et le sens que le professionnel met derrière sa pratique. Pour l'y accompagner et éviter l'épuisement, il sera indispensable de l'inclure dans un collectif qui lui permettra de relire cette pratique (supervision, échanges informels entre collègues). Toutefois, il faudra aussi que son institution soit également soutenance dans cette démarche.

QUESTIONNAIRE ENTRETIENS

Pourriez-vous présenter rapidement votre structure et vos fonctions ?

Pourriez-vous me présenter les publics avec lesquels vous travaillez, notamment :

- la proportion d'hommes et de femmes et de familles
- les pays d'origines
- leur statut de séjour en France (s'ils sont demandeurs d'asile, réfugiés, immigrés ou sans papiers, ils n'auront pas les mêmes droits) ?
- leur connaissance du système de soin ?
- leur maîtrise de la langue ?

Quelles difficultés rencontrez-vous auprès de vos publics afin qu'ils soient suivis médicalement/ suivent leurs traitements ?

Sont-ils en mesure de :

-se soumettre au dépistage/ se rendre aux rendez-vous de consultation/ prendre les médicaments prescrits (durée, mode d'administration) ? (oui/ non)

Ont-ils un médecin traitant qui les suit ?

Les publics que vous suivez sont-ils en mesure d'adopter des comportements de prévention vis à vis de leur santé ? / changement de comportement qui nuisent à leur santé ?

→ *l'observance thérapeutique regroupe tous ces aspects*

Quels facteurs interviennent qui peuvent éloigner les publics du soin/ empêcher les publics de se faire soigner ?

Quelles actions mettez-vous en place pour accompagner les personnes qui ont des difficultés d'accès au soin ? (Orientation PASS, demande AME, ouverture de droit...)

Par quelles actions favorisez-vous le suivi médical de vos publics ?

A quel niveau se situent vos actions ?

- prévention/ changement de comportements
- suivis / dépistage
- respect et suivi des traitements

BIBLIOGRAPHIE

Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ? Actes de la Journée Nationale Assurance Maladie du 25 novembre 2019

« Merci d'avoir pensé aux pères, enquête qualitative Projet Partage », M. SAUSSEY, J. RANNOUX, 2022

« Qui sont les migrants en France ? Journée de Formation en Région Prévention du risque infectieux chez les migrants 18 novembre 2021, INED

Bilan et analyse de l'expérimentation, octobre 2020 à juin 2023, Pascaline BREUIL SANE pour ROMDES

« Actes du chantier du DAPSA du vendredi 20 octobre 2023 : paternité en périnatalité : quelles propositions ? Echanges autour d'une expérience de terrain à Montreuil »