

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

La santé mentale des migrants : influence des stéréotypes des professionnels de la santé sur la continuité de soins de cette population.

Mémoire réalisé par
Noëlla Fungula Garcia

Promoteur(s)
Brice Lepièce

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

La santé mentale des migrants : influence des stéréotypes des professionnels de la santé sur la continuité de soins de cette population.

Mémoire réalisé par
Noëlla Fungula Garcia

Promoteur(s)
Brice Lepièce

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement mon promoteur Brice Lepièce pour sa disponibilité, son soutien, ses encouragements et surtout ses judicieux conseils pour la réalisation de ce mémoire. Mes remerciements s'adressent également aux institutions et aux personnes qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également mon Dieu de m'avoir donné la force, le courage et surtout la santé pour mener à bien ces trois années d'étude.

Un tout grand merci à mon cher époux pour ses encouragements tout au long de ce parcours. Merci pour ton soutien inconditionnel durant cette aventure enrichissante et à la fois périlleuse. Un tout grand merci également à mon premier petit rayon de soleil Timothée pour ton amour et ta patience pendant mes longues journées d'études....et Christopher qui illumine nos journées depuis un mois....

Je remercie également ma famille, ma belle-famille ainsi que mes amis pour leur aide, leur soutien tout au long de ces études.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table de matière

Définitions et abréviations.....	8
Liste des Annexes.....	10
Introduction	11
I. Partie théorique	14
Chapitre 1 : État de santé mentale de migrants	14
1.1. Prévalence du SSPT	14
1.2. Les symptômes	15
1.3. Les causes du SSPT.....	15
1.4. Le traitement et les interventions	15
Chapitre 2 : Les barrières liées à l'accès aux soins de santé mentale.....	17
2.1. Barrières liées aux individus (migrants) :.....	17
2.2. Barrières liées au niveau de l'organisation de soins.....	18
2.3. Barrières liées aux professionnels de la santé	18
2.4. Recommandations de bonnes pratiques pour éviter les barrières.....	19
Chapitre 3 : Stéréotypes, Préjugés et Discrimination : comment les professionnels de la santé peuvent participer aux inégalités de traitements dans les soins de santé ?	21
3.1. La catégorisation sociale	21
3.2. Les stéréotypes	21
3.2.1. Comment les stéréotypes sont-ils activés ?	22
3.3. Les préjugés.....	22
3.4. La discrimination.....	23
3.5. Le modèle du contenu des stéréotypes	23
3.6. Les conséquences des stéréotypes dans les soins de santé	26
Chapitre 4 : La continuité de soins	28
4.1. Concept de la continuité de soins	29
4.2. Les dimensions de la continuité selon Bachrach	29
5. Conclusion de la partie théorique	31
II. Partie pratique.....	32
1. Questions de recherche et hypothèses	32
2. Schématisation de notre modèle de recherche.....	34
2.1. Choix de la méthode.....	35
2.2. Échantillonnage	35

2.2.1. Sélection des soignants.....	35
2.2.2. Échantillon.....	36
2.3. Collecte de données et choix de l’outil : questionnaire et vignette clinique	36
2.3.1. Le questionnaire	36
2.3.2. Conditions expérimentales	37
2.3.2.1. Condition de prise en charge simplifiée	38
2.3.2.2. Condition de prise en charge non simplifiée	38
2.3.2.3. Mesure de stéréotypes	39
2.3.2.4. Mesure de la continuité	39
2.3.2.5. Mesure de la disposition à soigner les patients migrants.....	40
2.4. Pré-test du questionnaire	40
2.5. Avis du comité d’éthique	40
Chapitre 3 : Résultats	41
3.1. Analyse de données.....	41
3.2. Statistique descriptive.....	41
3.2.1. Caractéristique de l’échantillon.....	41
3.2.2. Diagnostic.....	43
3.3. Fiabilité des échelles	43
3.4. Vérification des hypothèses.....	44
Chapitre 4 : Discussion.....	51
4.1.1. La relation entre la facilitation de prise en charge et le stéréotype.	51
4.1.2. La Relation entre la condition de l’étude et la continuité de soins.....	52
4.1.3. La relation entre le stéréotype et la continuité de soins globale	52
4.1.4. La relation entre la disposition à soigner les patients migrants et le niveau du stéréotype	53
4.2. Limite de l’étude	54
4.2.1. Validité interne :.....	54
4.2.1.1. Opérationnalisation des conditions d’études (prise en charge facilitée versus prise en charge non facilitée	54
4.2.1.2. L’outil et les échelles.....	55
a. Échelle de continuité de soins	55
b. Mesure des stéréotypes.....	55
c. Échelle de disposition à soigner	55
4.2.2. La validité externe :.....	55
4.3. Force de l’étude	56
4.3.1. Poids des stéréotypes dans les soins.....	56
4.4. Comment mieux organiser les soins pour réduire les stéréotypes.....	56

5. Conclusion générale	57
Bibliographie	58
Annexe 1	66
Annexe 2	70
Annexe 3	71
Annexe 4	77

Définitions et abréviations

- **AMU** : Aide Médicale Urgente
- **Apatride** : « Individu sans nationalité, soit qu'il n'en ait jamais eu, soit qu'en ayant eu une, il l'ait perdue sans en acquérir une autre. L'état d'apatridie prive l'individu des droits et supprime les devoirs attachés à la nationalité à savoir, notamment, le droit à la protection diplomatique et le droit de revenir dans son pays d'origine. ». [1]
- **CAAMI** : Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
- **CGRA** : Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides
- **CIRE** : Coordination et Initiative pour Réfugiés et Étrangers.
- **CPAS** : Centre Public d'Aide sociale
- **CRESAM** : Centre de Référence en Santé Mentale
- **DCI** : Dénomination Commune Internationale
- **Demandeur d'asile** : « Tout ressortissant de pays tiers ou tout apatride ayant présenté une demande de protection internationale sur laquelle il n'a pas encore été statué définitivement ». [2]
- **DMG** : Dossier Médical global
- **Étranger en situation irrégulière** : « Étranger qui pénètre ou séjourne sur le territoire irrégulière d'un État sans respecter les conditions fixées par la législation applicable. » [1]
- **FEDASIL**: Agence Fédérale pour l'accueil de demandeurs d'asile. Elle s'occupe de l'accueil de demandeurs d'asiles et d'autres groupes mais également du retour volontaire des étrangers vers leurs pays d'origine. En outre, elle prépare, conçoit et exécute les décisions politiques liées à la migration. Enfin, elle gère de nombreux centres d'accueils en Belgique en collaboration avec des nombreux partenaires [3].
- **ILA** : Initiative Locales d'Accueil
- **INAMI** : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
- **KCE** : Centre Fédéral d'expertise de soins de santé
- **Migrant** : « Personne se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille »[1].
- **Migration** : « Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire ». [1]

- **NET** : Thérapie d'Exposition Narrative
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **Réfugié** : « *Personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et qui se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner* ». [4]
- **SeTIS** : Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social. Service de traduction et d'interprétariat dans le secteur non marchand
- **SPP-IS** : Service Public d'Intégration Sociale
- **SSMG** : Société Scientifique de Médecine Générale
- **SSPT** : Syndrome du Stress Post Traumatique
- **UNHCR** : Agence des Nations Unies pour les Réfugiés

Liste des Annexes

- Annexe 1 : le statut de séjour du migrant comme principal déterminant de l'accès aux soins
- Annexe2 : information aux participants
- Annexe 3 : questionnaire
- Annexe 4 : avis du comité d'éthique

Introduction

2015 s'est avérée être une année marquante en termes de déplacements forcés dans le monde. En effet, selon les chiffres de l'UNHCR, « 65,3 millions de personnes » ont été contraintes de fuir leur pays suite à des conflits, des problèmes de violence ou encore des violations de droits humains. Seuls « 3,2 millions » ont fini par introduire une demande d'asile [5].

Durant le même laps de temps, l'Europe a également connu une augmentation sans précédent de son flux migratoire. Ainsi, plus d'un millions de migrants sont arrivés par la mer [5]. Ce qui se traduit selon le réseau européen des migrations par l'enregistrement de « 1 321 600 demandes » [6] dont « 44 760 demandes d'asile » recensée par la CGRA en Belgique [7].

Cet accroissement spectaculaire peut notamment s'expliquer par le durcissement du conflit syrien [5-6] qui a généré de mouvement de population en provenance d'Irak, d'Afghanistan, et bien évidemment de la Syrie elle-même [5-6][8].

On se rend peu compte de ce que signifie réellement une migration pour la personne qui doit s'y résoudre : plus qu'un changement de lieu de vie, c'est avant tout une question de survie parfois pour les raisons conflictuelles comme celles citées plus haut mais parfois aussi pour des causes socio-économiques (la pauvreté restant encore à l'heure actuelle un facteur non négligeable de déplacement)[8-9]. Cette volonté de changer de façon presque radicale un quotidien devenu impossible à supporter débouche malheureusement sur une multiplication des voies risquées pour atteindre l'eldorado. On pense notamment à ces traversées en mer dans un bateau de fortune surpeuplé qui se transforment plus souvent en tragédie [5][9].

Devant ces terribles conditions de voyage, les migrants arrivant en Europe pensent être arrivés au bout de leur difficulté. C'est sans compter sur les problèmes générés par leur présence sur leur nouveau territoire : les procédures d'asile anxiogènes, l'attente, les difficultés de la langue, l'insertion socio-économiques et ou encore l'accès aux soins sont d'autant d'épreuves qui jalonnent la quête de ces personnes vers un avenir meilleur [9][10]. Ces obstacles liés au parcours pré et post-migratoire fragilisent donc la santé physique et mentale de ce type de population. C'est pourquoi elle est considérée comme « vulnérables » [2]. De surcroît, la plupart des migrants primo-arrivant présentent déjà un état de santé précaire lors de leur arrivée dans les pays hôtes [8][11-12-13]. Selon le rapport de Médecins du Monde en 2016, « 62% des patients migrants » rencontrés en Belgique dans l'un de leurs centres de santé ou ceux de leurs partenaires, présentaient au moins une ou plusieurs maladies chroniques non-déjà dépistées ou non-traitées [8].

De pathologies qui sont bien souvent ignorées de migrant eux-mêmes, ce qui prouve que la raison première de la migration n'est pas liée aux raisons de santé [8].

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, ils sont souvent tus ou sous « *déclarés ou sous-diagnostiqués* » car ils sont rarement le motif de la consultation [8]. Ces derniers ne manifestant pas souvent le besoin d'un suivi psychologique et qu'en fonction de la culture, les symptômes liés à la souffrance mentale se traduisent par de troubles somatiques (douleurs, fatigues,...)[14]. Pourtant, les études confirment que les migrants présentent un risque accru de développer des troubles de santé mentale (anxiété, dépression, SSPT) à cause des expériences migratoires [9-11][15]. Par conséquent, la directive européenne centrée sur les normes minimales pour l'accueil de demandeurs d'asile [16], recommande aux pays de procéder à une détection des besoins pour la prise en charge de personnes dites vulnérables [17-18]. Si peu d'États suivent dans les faits cette suggestion, ce n'est pas de la Hollande où, cette identification est systématique par le biais de l'outil PROTECT [16] qui se présente sous la forme d'un questionnaire simple permettant une évaluation de la vulnérabilité physique, psychologique ou sexuelle.

En revanche, en Belgique, l'identification de problèmes de santé mentale n'est pas systématisée pour ne pas dire inexistante [19]. Certes, les demandeurs d'asile ont droit à une prise en charge en santé mentale (consultations psychologiques) financée par le centre Fedasil dont ils dépendent. Mais l'accès à ce service de santé mentale est ponctué de nombreuses entraves. Les barrières se situent à différents niveaux : au niveau de l'organisation de soins, du demandeur d'asile et au niveau du professionnel de la santé. Ces barrières dégradent à la fois l'accès, la qualité et la continuité de soins de personnes migrantes. Tous ces différents éléments soulèvent donc la problématique de la prise en charge de la santé mentale dans ce groupe en particulier dans sa dimension globale.

Dans ce mémoire, nous allons nous intéresser essentiellement à la prise en charge de la santé mentale de demandeurs d'asile et à la manière dont la continuité est mise en place. Cette dernière étant primordiale dans la prise en charge de troubles mentaux, elle est pourtant mise à mal chez les patients demandeurs d'asile. Dans ce contexte, nous tenterons de proposer d'autres éléments pouvant expliquer cette prise en charge déficiente.

Nous nous centrerons dans un premier temps sur les stéréotypes à l'égard des patients migrants et l'influence de ces clichés sur la mise en place de la continuité de soins en santé mentale. Dans un second temps, nous nous demanderons si la complexité perçue ou non de la

prise en charge d'un patient migrant par le professionnel de la santé conditionne cette continuité de soins.

Pour comprendre les différents éléments, nous nous sommes posé les questions suivantes :

1. La facilitation de la prise en charge d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale, réduit-elle le risque que le professionnel de la santé manifeste un stéréotype négatif à l'encontre du patient ?
2. La facilitation de la prise en charge d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale, permet-elle une meilleure continuité de ses soins par le professionnel de la santé ?
3. Les stéréotypes des professionnels de santé affectent-ils la continuité des soins d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale ?
4. Quelles sont les variables contextuelles qui augmentent le risque de l'apparition de stéréotypes négatifs chez les professionnels de la santé mentale ?

Pour mener à bien notre réflexion, nous avons décidé de structurer notre travail en une section théorique reprenant et expliquant les différents concepts liés à notre recherche et une section pratique abordant la méthodologie, l'analyse, le résultat, la discussion et conclusion de notre travail.

I. Partie théorique

Chapitre 1 : État de santé mentale de migrants

Comme énoncé dans l'introduction, les migrants présentent davantage de risques de souffrir de troubles de santé mentale tels que le reste de la population. Cette fragilité peut déboucher sur la dépression, l'anxiété, troubles des somatisation (fatigue, douleurs musculaires,...) mais aussi sur le SSPT qui demeure la pathologie mentale la plus rencontrée chez les demandeurs d'asile [9] [11][20] [21].

1.1. Prévalence du SSPT

Il existe une grande variabilité de la prévalence du SSPT en fonction des études. Elle dépend du parcours migratoire (événements traumatiques vécus), du pays d'origine, du sexe et du poids des conditions de vie dans le pays hôte (insécurité, crainte d'exclusion). Toutes ces causes engendrent une souffrance psychique importante [9] [11] [21]. Au delà de cette diversité, la littérature médicale pointe surtout une nette prédominance du SSPT chez les migrants en regard des cas rencontrés dans la population normale [9] [11][20] [22]. Ainsi, on relève un taux de 1,1% au niveau international et de 0,6 % en Belgique [21]. Elle est bien sûr élevée chez les demandeurs d'asile et les réfugiés : de par les conditions post migratoire telles que les difficultés socio-économiques, la vie dans une institution, les procédures anxiogènes, la rupture avec la famille ou encore le manque de réseau social [21]. En effet une étude réalisée auprès de réfugiés au niveau des pays occidentaux, révèle une prévalence moyenne de 9% pour le SSPT et de 5% pour la dépression. [21]. Dans une autre étude transversale réalisée en Italie dans un centre accueillant les demandeurs d'asile, sur 581 demandeurs d'asile inclus, la prévalence du SSPT était de 17.4% et la maladie la plus fréquente. L'étude révèle aussi que le SSPT était souvent associé à une dépression majeure qui, elle-même, était le deuxième diagnostic dans la population [11]. Dans une troisième étude évaluant les troubles psychopathologiques chez les demandeurs d'asile dans les centres d'accueil en Europe, le SSPT était diagnostiqué dans 60 % des cas, la dépression chez 61,7% des personnes et une anxiété chez 65% des patients [20]. Une autre étude prospective réalisée en France au sein d'un centre spécialisé pour l'accueil des demandeurs d'asile note une prévalence du SSPT de près de 88% [22]. Or, il s'agit d'un trouble qui perdure longtemps chez les réfugiés et demandeurs d'asile, même après leur réinstallation [9][21].

1.2. Les symptômes

Il existe généralement quatre symptômes principaux liés au SSPT :

- des symptômes de réapparition ou de reviviscence : flash back, rêves répétitifs, cauchemars, détresse liée aux souvenirs de l'événement traumatique [23-25] ;
- des symptômes d'évitement : évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatique [24-25] ;
- des changements négatifs dans les cognitions et l'humeur : troubles de la mémoire, troubles de l'humeur [23] ;
- des altérations des symptômes d'excitation ou de réactivité : difficulté d'endormissement, hyperéveil, hypervigilance, accès de colère [25].

Les symptômes doivent être présents au moins pendant un mois. Certains malades peuvent cependant développer ces symptômes plusieurs mois l'événement traumatique déclencheur. On parle de phase aiguë lorsque les symptômes sont présents moins de 3 mois et de phase chronique, si ceux ci sont présents depuis plus de 3 mois voire plus [24].

1.3. Les causes du SSPT

La cause principale de SSPT dans ce groupe est liée essentiellement à l'expérience [9-10] [20] :

- pré-migratoire : persécution, viol, guerre, violence, torture, emprisonnement dans le pays d'origine [9-10][20] ;
- de la migration : risques liés à la traversée de la mer dans de bateau de fortune, le trafic humain, la violence sexuelle, la confrontation à la mort de proches [9][20] ;
- post- migratoire : procédure d'asile longue, incertitude, problèmes socio-économiques, détention, manque d'intégration sociale [9].

Tous ces éléments contribuent au développement et à la persistance de SSPT. Une bonne prise en charge par les professionnels de la santé s'avère nécessaire pour diminuer la chronicisation de ces pathologies psychiatriques d'où l'importance d'établir une bonne continuité de soins.

1.4. Le traitement et les interventions

Le traitement de SSPT nécessite d'une part une prise en charge psychiatrique et d'autre part la psychothérapie. Un traitement pharmacologique est souvent nécessaire à travers l'administration de benzodiazépines (anxiolytiques).

Il existe d'autres traitements qui ont fait leur preuve, comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), la Sertraline®, la Paroxétine® pour traiter le SSPT. Les ISRS agissent sur les symptômes du SSPT, notamment en améliorant les symptômes de réapparition, d'évitement, d'engourdissement et d'hyperéveil, améliorant ainsi de la qualité de vie [25]. Ces médicaments nécessitent malgré tout un ajustement en fonction de la culture ou de l'ethnie [21].

Excepté le traitement pharmacologique, le traitement par la psychothérapie est aussi proposé. On parle ici de thérapie cognitivo-comportementale dont les principales méthodes sont :

- la thérapie d'exposition narrative (NET) [15] [26] : c'est une thérapie centrée sur le trauma surtout chez les personnes ayant vécu la guerre et la torture. Elle consiste à exposer les patients aux différents événements traumatiques. Ils racontent les événements vécus et les revivent dans un environnement sécurisé. Le professionnel de la santé fait appel à l'imagination, à l'écriture pour faire vivre ces événements. Cette alternative semble prometteuse malgré les freins de la langue et de la culture : ainsi les essais randomisés ont été effectués avec succès sur des victimes de guerres et du génocide rwandais. Une étude faite effectuée à Norvège comparant le NET et le traitement habituel en unité de soins psychiatrique a mis en lumière une diminution de symptômes cliniques de SSPT [26] ;
- Désensibilisation et retraitement de mouvements oculaires (EMDR) : il s'agit d'une intervention centrée sur le traumatisme dans laquelle une concentration sur les souvenirs traumatiques est associée à une tâche exigeante [10][25]. Les interventions psychosociales sont aussi importantes chez les réfugiés et ont un impact sur leur santé mentale et leur bien être. La sociothérapie, méthode qui a montré ses effets chez les rwandais ayant connu le génocide, consiste à une discussion de groupes sur différents sujets et problèmes rencontrés et sur la manière d'y faire face au sein de la communauté. Cela a permis de faciliter les liens sociaux [21].

Une fois que le trouble est identifié chez le demandeur d'asile/réfugié et que les interventions nécessaires à mettre en place sont arrêtées, il est important que le patient migrant soit mis en contact avec les services appropriés et ensuite de fournir les moyens nécessaires aux professionnels de la santé pour qu'ils puissent offrir des soins de qualité et de les continuer dans le temps.

Chapitre 2 : Les barrières liées à l'accès aux soins de santé mentale

Nous avons mentionné dans notre chapitre précédent qu'il existait un certain nombre d'obstacles à un accès durable des migrants aux soins de santé mentale. Nous allons maintenant nous atteler à expliciter ces différentes barrières :

2.1. Barrières liées aux individus (migrants) :

- le statut légal qui peut s'avérer être un écueil important car il conditionne l'accès aux soins de santé [27-28]. En effet, les soins de demandeurs d'asile sont pris en charge par Fedasil, ceux de migrants en situation irrégulière sont en revanche dispensés par l'AMU. En outre, le statut juridique peut entraîner un conflit d'intérêt entre différents intervenants : avocat, patient, professionnels de la santé (attestation à fournir pour la procédure d'asile) [29] (voir annexe1) ;
- la croyance culturelle qui représente l'entrave majeure pour la dispensation des soins de santé mentale car elle peut induire une représentation négative (réticence). Elle peut également être la source d'un refus culturel (explication surnaturelle, démoniaque, malédiction) empêchant une prise en charge médicale adéquate [9] [24][27-28] ;
- la connotation négative du mot « psychologue ». (C'est pour les « fous ») [29] ;
- la peur de la stigmatisation par la communauté des demandeurs d'asile [30] ;
- le manque d'information sur leurs droits constatés chez les migrants [9] ;
- la peur du manque de confidentialité ou un manque de confiance lié à l'expérience migratoire [9] ;
- la « barrière » de la langue qui requiert la mise en place d'interprète, et/ou de médiateur culturel voire la présence de la famille dans certains cas. une bonne compréhension de la langue est non-négligeable pour l'établissement d'un bon diagnostic [8-9] [18][27-29] ;
- le manque de compétences culturelles chez les professionnels de la santé [8] ;
- la compréhension difficile du système de santé du pays par la personne étrangère (manque de littératie en santé) [8-9][31].

2.2. Barrières liées au niveau de l'organisation de soins

Là aussi, plusieurs obstacles peuvent être énumérés :

- la complexité et la lourdeur de la procédure administrative [8][29] ;
- le manque de coordination et de communication entre les différents services médicaux (centres d'accueils et centres de santé mentales existants notamment)[9][27][14] ;
- les délais parfois très long pour obtenir une consultation en santé mentale [17][29].

2.3. Barrières liées aux professionnels de la santé

On pointe entre autres :

- la méconnaissance des professionnels de la santé de la législation encadrant les soins des demandeurs d'asile. Une ignorance qui conduit, par exemple, à la peur de ne pas être remboursé après la prestation [27] ;
- la méconnaissance de services de santé mentale existants par les professionnels de la santé [9][18] ;
- la présence de stéréotypes ou de préjugés envers les patients d'origine étrangère au sein du corps soignant.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, des études sur les minorités ethniques ont révélé que les comportements de cliniciens et leurs prises de décisions étaient influencés par des préjugés ethniques/raciaux souvent exprimés implicitement [32-36]. Ces attitudes¹ négatives résultent fréquemment de l'effet de contexte (surcharge de travail, incertitude, méconnaissance culturelle...) et non de la malveillance de la part de professionnels de la santé.

On peut toutefois expliquer l'apparition de ces préconception négatives par le biais de la métaphore de l'avare cognitif (cognitive miser) élaborée par Taylor [37]. Ce dernier lie ce type de raisonnement et le souci d'économie cognitive qui évite ici ainsi aux les professionnels de la santé de s'engager dans les traitements des informations qui demandent beaucoup de ressources (que ce soit le temps, effort ou attention) lorsqu'il se trouve face à une situation difficile ou incertaine et ce, aux dépens de la véracité de l'information[37]. Ainsi, Dans le cas d'une incertitude clinique ou d'une situation perçue comme complexe avec le patient migrant, les professionnels de la santé vont donc recourir à la facilité du traitement

¹ Les concepts de stéréotypes et les préjugés seront développés plus clairement dans le chapitre 3 de ce mémoire.

de l'information en faisant appel aux stéréotypes liés à la personne migrante pour donner du sens à la situation afin de résoudre le problème, de poser un diagnostic[36].

Par ailleurs, on sait que la présence de stéréotypes augmente le risque de discrimination (autrement dit, un traitement moins favorable du patient). Pourtant, déontologiquement, le serment d'Hippocrate proscrit une quelconque influence de l'origine ethnique, race, sexe,...dans la relation patient-soignant[38]. Malgré un travail d'inhibition, ces attitudes discriminatoires (stéréotypes/ préjugés) peuvent s'exprimer de manières implicites à travers notamment le fait de: « *s'adresser au patient à un ton plus dominateur* » [34][39], au niveau du raisonnement clinique, de poser un « *diagnostic moins approfondis* »[34], d'entraîner une allocation de ressource moins favorable, de « *ne pas fournir d'interprète au patient* »[33], voire de « *ne pas donner de traitement antidouleur* »[40]. Certains professionnels de la santé semblent même moins affectueux, moins chaleureux au contact de patients minoritaires [41].

Toutes ces différentes barrières contribuent par conséquent à la disparité de soins de santé et à un traitement inégal envers les personnes étrangères, minoritaires.

2.4. Recommandations de bonnes pratiques pour éviter les barrières

Plusieurs recommandations de bonnes pratiques ont été émises pour diminuer les barrières à l'accès aux soins à l'égard de ce groupe vulnérable comme :

- le recours à un service d'interprétariat [9][28] ;
- la formation des professionnelles de la santé pour les aider à travailler avec des immigrants [28] ;
- la sensibilisation culturelle [9][28] ;
- l'information des patients et de leurs familles dans leur propre langue [28] ;
- la création d'un guidelines clairs sur l'accès aux soins pour les différents groupes de migrants [28].
- une collaboration accrue entre services de santé et services sociaux pour favoriser un réseau social pour les migrants [28].

Malgré ces recommandations, on observe encore de nombreuses barrières relatives aux soins de santé chez les personnes migrantes aussi bien en Belgique ainsi que dans la plupart de pays les accueillant [8].

Chapitre 3 : Stéréotypes, Préjugés et Discrimination : comment les professionnels de la santé peuvent participer aux inégalités de traitements dans les soins de santé ?

Dans ce chapitre, nous allons définir les notions de « préjugés », « stéréotypes » et de « discrimination », aussi appelés biais ethniques [32]. Ces notions seront d'une part étudiées dans le cadre de soins de santé et sous le prisme de leur impact négatif dans la prise en charge de patients migrants. D'autre part, on s'intéressera également au rôle de ces notions en tant que génératrices de disparité dans les soins. Enfin, pour comprendre les stéréotypes attribués aux personnes immigrées (aussi demandeurs d'asile que les réfugiés), nous développerons le modèle du contenu des stéréotypes des Fiske.

3.1. La catégorisation sociale

En psychologie sociale, la catégorisation sociale se définit comme le classement de personnes dans une catégorie selon les critères tels que la couleur de peau, l'apparence physique ou sociale. De ce processus découle une distinction entre les membres du groupe (endogroupe) et les autres qui, par définition, n'y sont pas (exogroupe). La catégorisation serait par conséquent à l'origine de l'activation des stéréotypes et des préjugés [42].

3.2. Les stéréotypes

Le stéréotype est souvent défini comme « *des croyances à propos des caractéristiques, attributs et comportements des membres de certains groupes* » [42] [43]. Possédant une dimension cognitive évidente, cette notion apparut pour la première fois en 1922 grâce à un journaliste américain, W. Lippman. Celui-ci définit ce terme issu de l'imprimerie comme une « *image dans nos têtes* » [42-43]. Il s'agit donc en clair de représentations mentales ayant pour fonction de simplifier le traitement de l'information sociale. Celles-ci sont ancrées culturellement et véhiculées en général par les médias, la famille, les pairs et les amis [42-43]. Elles ne sont par ailleurs pas nécessairement fausses car certains peuvent contenir un fond de vérité, qu'on appelle « noyau de vérité ». A contrario, on dira que ces représentations mentales seront erronées si elles sont transmises de manière incorrecte [43]. Ainsi, les stéréotypes sont de généralisations excessives contenant un aspect descriptif susceptible d'être positif ou négatif [43].

3.2.1. Comment les stéréotypes sont-ils activés ?

L'activation du stéréotype peut être motivée par l'individu ou apparaître de manière automatique (inconsciente) en fonction de la situation sociale ou des caractéristiques saillantes d'une cible (un patient migrant). Dans la plupart des cas, l'activation des stéréotypes est automatique et est dû à des facteurs de contexte comme, par exemple, l'incertitude, la charge cognitive, l'état émotionnel [44].

La charge cognitive est définie par: « *la quantité d'activité mentale imposée à la mémoire de travail, qui peut provenir de tâches mentales concurrentes, de facteurs environnementaux, de notre propre état psychologique ou physiologique (par exemple, la fatigue), ainsi que des exigences inhérente à la tâche à accomplir* »[44]. Plus une personne est occupée à la réalisation de plusieurs tâches, plus la charge cognitive sera élevée et donc plus le recours aux stéréotypes sera important [45]. L'état émotionnel influence également sur la façon dont la personne va interpréter les caractéristiques décernées aux groupes stéréotypés, c'est à dire qu'une personne se trouvant dans un état émotionnel négatif aura tendance à accentuer les stéréotypes les plus négatifs [45].

Les patients migrants étant considérés comme des patients « difficiles » à prendre en charge compte tenu des lourdeurs administratives, des difficultés de communication et de la différence culturelle, il est probable qu'une consultation avec ces patients accroît le risque de recours aux stéréotypes.

3.3. Les préjugés

Le préjugé est défini comme « *une attitude négative ou une prédisposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou les membres de ce groupe* » [43]. Il revêt également un aspect émotionnel et affectif qui peuvent être ambivalent (antipathie, aversion, dégoût, attirance...). Cette attitude est adoptée sur base de l'appartenance de l'individu à une classe ou une catégorie basée sur l'âge (personnes âgées), le sexe (femmes) ou encore les orientations sexuelles (homosexuels).

3.4. La discrimination

La discrimination met en avant la dimension comportementale et se définit comme : « *comportement négatif non justifiable produit à l'égard d'un groupe donné* » [42-43].

Même si ce n'est pas toujours le cas, la discrimination peut être la conséquence des préjugés et des stéréotypes. La discrimination est modelée en fonction du contexte normatif et social (les valeurs égalitaires, les lois anti discrimination) [39].

3.5. Le modèle du contenu des stéréotypes

Dans les pages précédentes, nous avons expliqué que la catégorisation était à l'origine de stéréotypes et des préjugés et que cette catégorisation était essentiellement liée à la race, l'ethnie ou d'autres facteurs. Ce processus prenait en compte les caractéristiques et les attributs des individus.

Nous allons nous intéresser à un modèle d'évaluation des stéréotypes. Il s'agit du modèle du contenu des stéréotypes (« Stereotypes content model ») proposé par Fiske et al. en 2002 [46]. Ce dernier est centré sur la perception sociale d'autrui ainsi que sur deux dimensions fondamentales, qui sont la « chaleur » et la « compétence ». Ces deux dimensions orientent le contenu du stéréotype et la façon dont les personnes vont agir et adapter leurs comportements envers l'exogroupe (en l'occurrence ici, les prestataires de soins à l'égard de patients migrants). Nous allons expliquer cette théorie de façon générale pour ensuite l'appliquer aux spécificités du patient migrant.

Le modèle de contenu de stéréotypes prédit que les stéréotypes liés aux différents groupes est basé sur deux dimensions communes, qui sont la compétence et la chaleur perçue. Elles concernent le statut perçu du groupe cible et la compétition dans la société [47-48]. Fiske pose comme hypothèse que la rencontre entre deux personnes suscite un double questionnement : tout d'abord, « est-ce que cette personne à l'intention de me faire du mal ? » et ensuite « est-il capable de le faire ? ». Ces interrogations correspondent à une dimension primaire, celle de la chaleur perçue qui est jugée avant la compétence [44][46][48]. La chaleur perçue d'une personne regroupe souvent les qualificatifs suivants : amicale, gentille, sincère, apparence, digne de confiance, social, bien intentionné, serviable, fiable, sincère [48-49]. Cependant, du fait de la structure sociale perçue de compétition au niveau de ressources entre les personnes, on considérera naturellement cet autrui comme malveillante, peu « chaleureuse ». En

revanche, s'il y a coopération entre les deux individus, cet acte sera perçu comme amical donc « chaleureux », à l'image des personnes impliquées [40][46][48-49].

La dimension de compétence, quant à elle, est basée sur la hiérarchie sociale, autrement dit le statut perçu dans la société. Les groupes ayant un statut social élevé (de par le prestige de l'emploi, statut économique élevé) sont considérés comme étant plus compétents que ceux qui ont un bas statut. Les qualificatifs associés à la compétence sont : capable, qualifié, confiant, habile [46][48-49].

Le modèle théorique de Fiske postule que les individus catégorisent autrui ou les autres groupes sociaux dans l'un des quatre quadrants ci-dessous, en fonction du jugement de chaleur et de compétence [50].

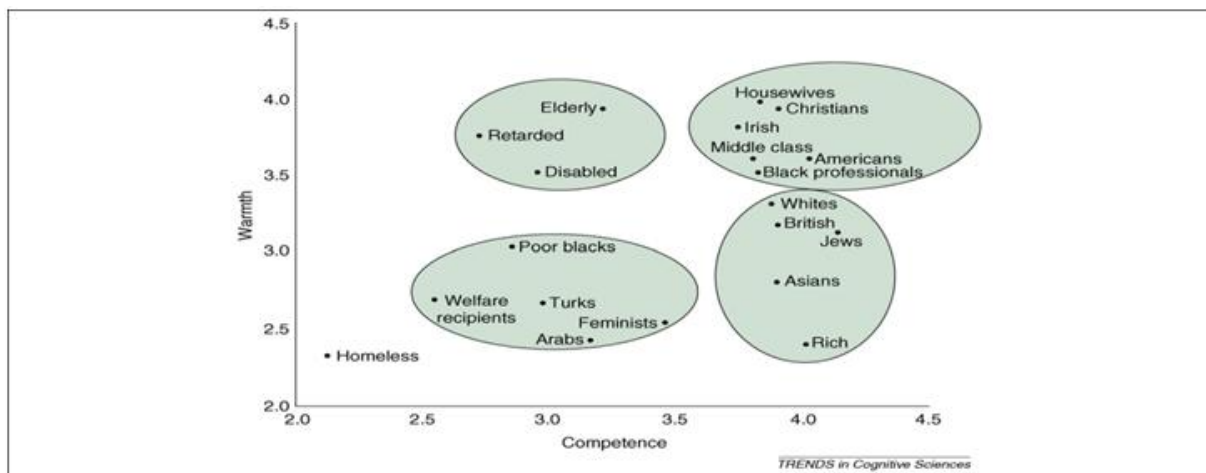


Figure 1 : score de compétence et chaleur en fonction de l'appartenance au groupe [50]

Dans ce tableau, selon les classements réalisés par les individus [44][46] [51], les personnes ayant une chaleur élevée et une compétence élevée sont des individus suscitant la fierté et admiration. Ce sont fréquemment des groupes de référence reprenant les « américains », la « classe moyenne », les « chrétiens », les « blancs ». etc. (selon une enquête menée auprès d'étudiants universitaires américains) [51]. A l'opposé, on inclura dans un groupe avec une chaleur faible et une compétence faible les « les bénéficiaires d'allocations », « les arabes », les « noirs », les « pauvres »... En clair, des personnes exclues socialement et qui suscitent le mépris, le dégoût, des émotions déshumanisantes et négatives. Ces personnes sont plus à risque d'être négligées, dévalorisées, maltraitées du fait de leur image dégradante [40][51].

Il existe également un groupe mixte avec chaleur faible et mais compétence élevée, c'est le groupe des « riches » où l'on retrouve les « juifs », les « asiatiques »... Quant à ce groupe, il suscite l'envie et la jalousie de la population. Le groupe avec chaleur élevée et mais compétence faible (les « personnes âgées », les « handicapés » etc.), il inspire la pitié et le paternalisme, l'aide active et la protection. Ce n'est donc pas un hasard si ces personnes sont souvent placées dans des centres spécialisés, ce qui les écarte d'une manière de la société [51].

Ce modèle nous montre ainsi que la perception de ces dimensions du stéréotype n'est pas toujours unidirectionnelle ni univalent. En effet, les stéréotypes attribués sont, par essence, ambivalents (c'est à dire faibles dans une dimension et élevés dans l'autre). En conséquence, quatre types de stéréotypes se dégagent de ses dimensions. Il s'agit de stéréotype centrés sur l'admiration, le mépris, l'ambivalence et paternaliste [46] [48].

En appliquant ce modèle à la population des migrants, nous pouvons constater qu'elle est associée au groupe ayant une faible chaleur et une faible compétence, du moins selon les étudiants universitaires américains qui ont participé à cette enquête. Bénéficiant des "allocations" et donc considéré comme des exclus sociaux, possédant un statut inférieur dans la société (conditions socio-économiques difficiles) et perçus comme moins chaleureux car les autochtones ont un sentiment de compétition face à certaines ressources (emploi, soins de santé...), les migrants sont, en outre, régulièrement accusés de venir « *prendre nos emplois* », « *profiter du système social* » quand ils ne sont pas taxés de « *danger pour notre économie.* » [52]. Des jugements qui auront indubitablement une influence au moment de leur prise en charge médicale : ainsi, comme le montre la figure ci-dessous, chaque groupe de migrants a été classé en fonction de la nationalité, du statut social et de l'appartenance ethnique mais aussi selon le degré de chaleur et de compétence perçus dans la société et du statut socio-économique [47]. Une catégorisation qui n'est jamais sans conséquences.

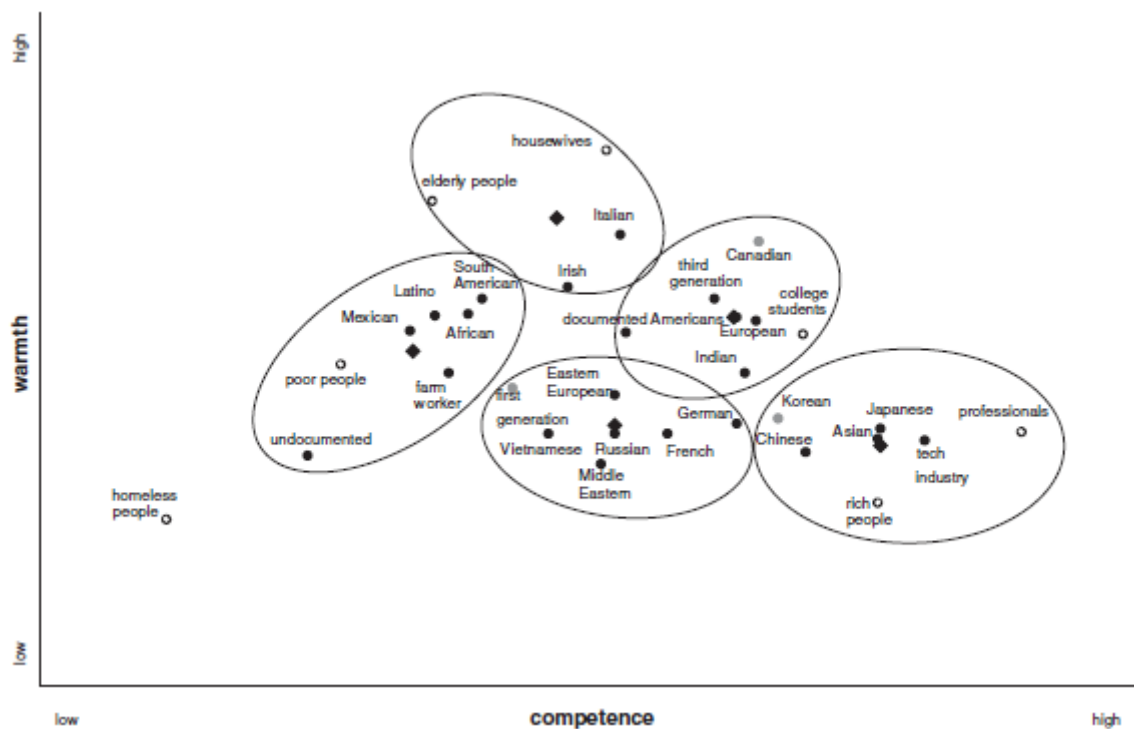


Figure 2 : Classification des différents groupes d’immigrants en termes de chaleur et de compétence [47]

3.6. Les conséquences des stéréotypes dans les soins de santé

En effet, ces dimensions de chaleur et de compétence ont des conséquences importantes car elles prédisent les émotions qui vont influencer, à leur tour, des comportements [40], qui engendreront directement ou indirectement la discrimination et par-delà une disparité dans les soins. Cette dernière se manifeste pour certaines maladies au sein de certains groupes minoritaires. Par exemple. « *Certains médecins recommanderaient des procédures médicales plus avancées et potentiellement plus efficaces (pontage coronarien) pour les patients blancs que pour les patients noirs car ces derniers supposent que les patients noirs sont moins instruits et moins actifs* » [40]. Ainsi les groupes perçus comme ayant une faible chaleur et peu de compétence (les migrants, sans abris..) sont peu considérés et reçoivent *de facto* un traitement un traitement moindre que la population générale [40]. Ces stéréotypes et ces préjugés entraînent ainsi la stigmatisation de personnes qui en sont victimes. Une perception qui peut devenir stressante et oppressante au point de renforcer d’autres problèmes de santé existants ! En effet, cette méfiance envers les soignants conduira ces personnes à avoir au final une santé plus médiocre [34][40].

De plus, la communication va devenir problématique entre prestataire de soins et le patient minoritaire. Un désengagement et de l'évitement vont aussi apparaître puisque la visite d'un médecin sera désormais perçue comme anxiogène [53]. Un cercle vicieux s'installe : plus les personnes minoritaires sont sujettes aux stéréotypes, plus elles auront tendance à renforcer ces derniers et par-delà confirmer les considérations des professionnels de la santé sur ce groupe de patients [53-54]. On parle alors de prophétie auto-réalisatrice [54].

Chapitre 4 : La continuité de soins

La continuité de soins en santé mentale est considérée comme fondamentale car les personnes souffrant des problèmes de santé mentales graves et chroniques ont souvent des besoins complexes qui demandent de nombreuses interventions spécialisées et de longue durée [55-56]. Cette continuité est, en outre, garante d'un système de santé de qualité et performant [31] même si elle est difficile à mettre en place à cause de la fragmentation de santé [9][59]. En Belgique, cette dispersion s'explique notamment par la multiplicité de sources de financement de soins, l'intervention de plusieurs prestataires dans différents lieux de soins pour la même personne ou encore une mauvaise communication des informations entre différents prestataires [60]. Toutefois, grâce à la réforme en santé mentale (projet 107) [61], l'État veut favoriser la dispensation de soins de santé mentale dans la communauté par le travail en réseau pour offrir une meilleure continuité de soins pour ce groupe des patients et ainsi diminuer les hospitalisations de longues durées [58].

Une bonne continuité dépend donc d'une bonne coordination, élément-clé dans les soins des patients atteints de troubles mentaux grave. Malheureusement, cette coordination est encore loin d'être opérationnelle entre les services de soins primaires et de santé mentale [58]. Cette situation influence donc la prise en charge de cette population particulière que sont les personnes migrantes, en plus des autres facteurs cités plus hauts (les problèmes d'accès aux services, les conditions socio-économique dans laquelle la personne vit [62], les ressources multiples et nombres d'intervenants (interprètes, assistant social, avocat...), la lourdeur administrative (prise de rdv, contact interprète, liste d'attente longue)[14], etc.).

La continuité est aussi fragilisée par leur statut juridique, le manque de transmissions d'informations en cas de changement de structures d'accueil ou de changement de situation [18], ces cas de figure pouvant arriver à tout moment avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer pour la poursuite du traitement [14].

Des nombreuses études ont pointé ce problème de continuité de soins et de manque de coordination entre différents services de santé mentale [9], en particulier l'étude PROMO² réalisé en Europe pour les personnes marginalisées [62]. « *La continuité de soins est donc perçue comme un moyen d'améliorer le traitement des patients souffrants de problèmes de santé mentales* » [31].

² Meilleure Pratique pour la promotion de la Santé Mentale chez les personnes socialement marginalisé en Europe.

4.1. Concept de la continuité de soins

Le concept de continuité de soins est assez complexe à traiter car il n'existe pas de définition universelle, ni de consensus [55][57][59]. Il en existe plusieurs modèles : ceux-ci ont d'abord été unidimensionnels puis multidimensionnels mais ils semblent cependant englober les points essentiels de la continuité [55][57].

Dans le cadre de cette étude, nous aborderons la continuité de soins en santé mentale selon la définition donnée par Bachrach . Ce dernier définit la continuité de soins comme : « *a process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system* » [55-57]. Ces prestations de soins qui doivent débiter dès que le patient rentre en contact avec le système de soins de santé jusqu'à la fin de son traitement.

4.2. Les dimensions de la continuité selon Bachrach

Bachrach décline la continuité de soins en 7 dimensions [56-57] :

1. la longitudinalité: elle concerne les épisodes de soins consécutifs , c'est à dire la fréquence des rencontres entre le prestataire de soins et son patient ;
2. l'individualité qui préconise des soins adaptés à chaque personne grâce à une collaboration active tenant compte de la situation du patient et de sa réalité. Cette situation sera respectée et intégrée dans les soins ;
3. l'intégralité ou la globalité qui consiste en la mise en place de services gratuits et disponibles pour répondre efficacement au besoin de tous les patients. En clair, plusieurs services et fournisseurs travaillent ensemble afin d'offrir de services coordonnés ;
4. la flexibilité qui entend offrir des soins et des services adaptés aux besoins et au contexte de la personne (personnel, médical, social, psychiatrique...);
5. la stabilité et la relation (dimension relationnelle) qui consiste en des contacts répétés entre le patient et le prestataire permettant d'aboutir à une relation de confiance, de proximité ;
6. l'accessibilité, c'est-à-dire faire en sorte que les soins soient disponibles sans obstacles au niveau financier, géographique ou culturelle. Cet environnement de soins est favorable et facilite l'accès aux soins ;

7. l'information et le partage (communication), autrement dit, des échanges sur les soins de santé passés, actuels entre les établissements et les prestataires de soins pour permettre une continuité entre épisode de soins.

Dans le contexte de ce travail et des objectifs que nous avons mentionnés, nous avons décidé de traiter quatre des sept dimensions de continuité de soins et nous les avons adaptées à la situation de demandeurs d'asiles. L'accès aux soins ayant déjà été abordé, nous nous sommes focalisés sur les dimensions suivantes : la globalité, la longitudinalité, la flexibilité et la communication. Ces différents éléments feront l'objet d'un commentaire plus approfondi dans la section pratique de notre réflexion.

5. Conclusion de la partie théorique

Cette partie théorique nous a permis de constater que les personnes migrantes (réfugiés, demandeurs d'asile et migrants) avaient de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé. De nombreux facteurs expliquent cette situation, en particulier celui du statut juridique. Pourtant, cette population est davantage exposée aux troubles de santé mentale (SSPT, dépression..), souvent à cause de l'expérience traumatisante de la migration. Même si ces problèmes sont souvent tus ou sous diagnostiqués, ils nécessitent tout autant une bonne prise en charge que leur santé physique. Pour ce faire, une bonne continuité de soins semble impérative. Mais là aussi, les barrières pour accéder à ces soins sont multiples. Certaines sont dressées par les professionnels de la santé eux-mêmes, souvent de façon inconsciente à travers les stéréotypes raciaux/ethniques qui se manifestent lors des consultations interethniques et limitent l'accès et la continuité de soins.

II. Partie pratique

Nous commençons cette section par un rappel de nos questions de recherche ainsi que de nos hypothèses. Nous présenterons ensuite notre méthode de travail avant de présenter les résultats de notre étude

1. Questions de recherche et hypothèses

A partir de notre revue de littérature, nous avons défini les questions de recherches et les hypothèses suivantes :

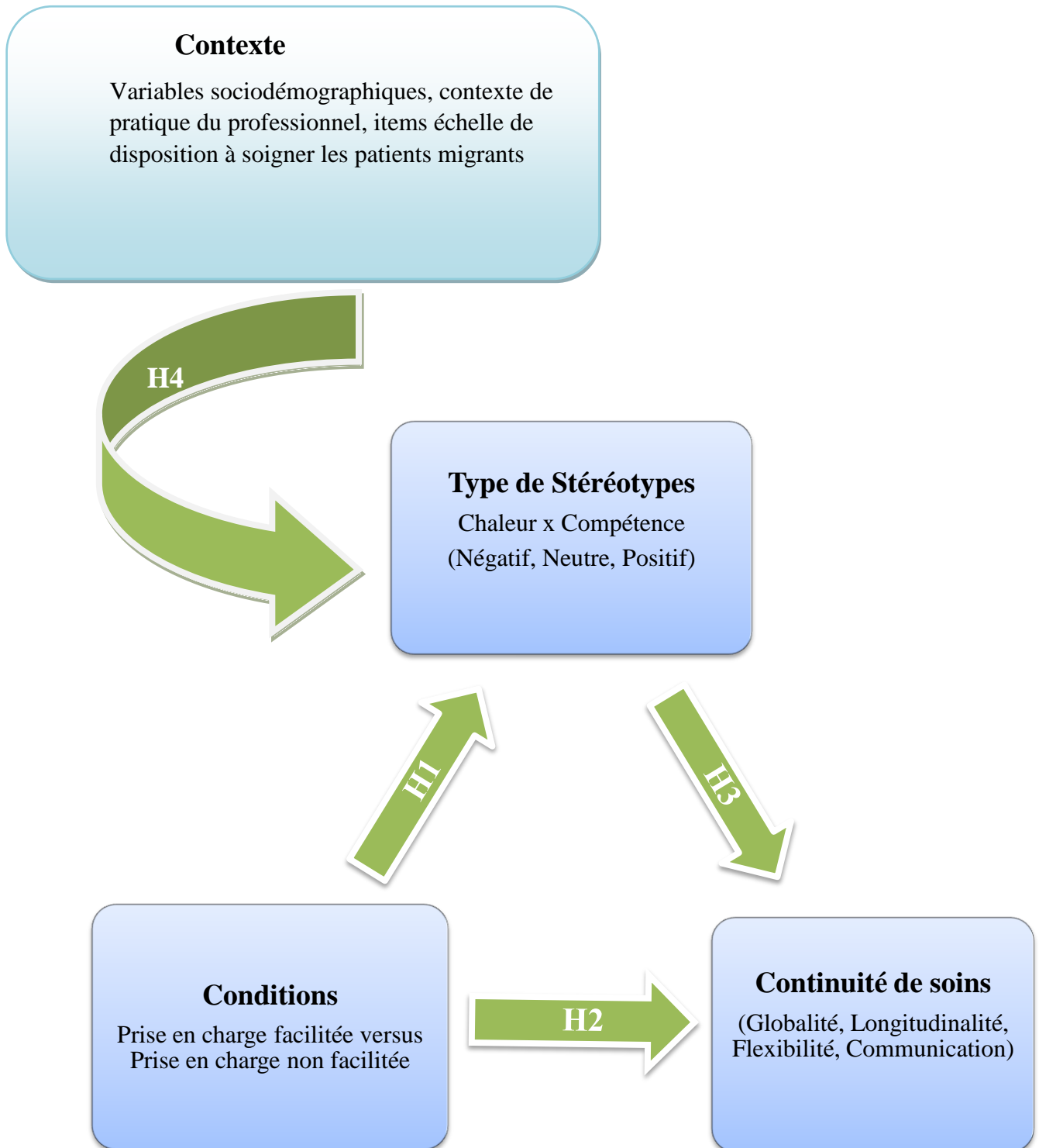
1. La facilitation de la prise en charge³ d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale, réduit-elle le risque que le professionnel de la santé manifeste un stéréotype négatif à l'encontre du patient ?
 - Hypothèse 1 : Les professionnels de la santé dans la condition d'étude « prise en charge facilitée » manifesteront en moyenne moins de stéréotypes négatifs à l'égard du patient demandeur d'asile que leurs collègues dans la condition « prise en charge non facilitée ».
2. La facilitation de la prise en charge d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale, permet-elle une meilleure continuité de ses soins par le professionnel de la santé ?
 - Hypothèse 2 : Les professionnels de la santé dans la condition d'étude « prise en charge facilitée » proposeront en moyenne davantage de continuité des soins au patient demandeur d'asile que leurs collègues dans la condition « prise en charge non facilitée ».
3. Les stéréotypes des professionnels de santé affectent-ils la continuité des soins d'un patient demandeur d'asile manifestant un trouble de la santé mentale ?
 - Hypothèse 3 : Indépendamment de la condition de l'étude, les professionnels de santé qui manifestent des stéréotypes négatifs à l'encontre du patient demandeur d'asile proposeront moins de continuité des soins
4. Quelles sont les variables contextuelles qui augmentent le risque de l'apparition de stéréotypes négatifs chez les professionnels de la santé mentale ?

³ La prise en charge sera définie dans la méthodologie.

- Hypothèse 4 : Certaines variables sociodémographiques et d'autres liées au contexte de pratique du professionnel de la santé influencent le niveau de stéréotype.

2. Schématisation de notre modèle de recherche

Schéma du modèle de recherche et nos hypothèses.



Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la méthode

Nous avons choisi une approche quantitative pour tester nos hypothèses. Notre étude vise à comprendre la relation entre les facteurs précités et l'impact sur la continuité de soins.

2.2. Échantillonnage

Nous avons choisi les professionnels de la santé intervenant en première ligne et en deuxième ligne dans la prise en charge de problèmes de santé mentale. Parmi ces professionnels, nous retrouvons les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues. Nous avons inclus les médecins généralistes parce qu'ils sont en première ligne sur le terrain et parce que ceux-ci prennent en charge régulièrement les problèmes de santé mentale de patients demandeurs d'asile. Nous nous étions fixés comme objectifs d'atteindre un échantillon de 150 professionnels pour avoir une puissance statistique suffisante.

2.2.1. Sélection des soignants

Les participants potentiels ont été invités par courriel à participer à l'étude. Une mailing list de différents professionnels de la santé a d'abord été établie à partir de notre propre réseau de contacts d'une part et d'autre part, des instances qui auraient préalablement marqué un intérêt de partenariat (SSMG, CRESAM) : ces derniers ont été sollicités afin de diffuser l'invitation de l'étude auprès de leurs affiliés qui eux-mêmes, pouvaient participer à l'étude et/ou à la partager auprès de leurs pairs grâce au lien anonyme généré par la plateforme web Qualtrics®. Ce lien renvoyait vers le questionnaire en ligne. Ainsi, pour atteindre notre population-cible, nous avons opté pour un échantillon de convenance construit à partir d'une diffusion au sein des réseaux de professionnels de la santé. Une stratégie recommandée compte tenu de la méthodologie utilisée de notre projet de recherche [43]. Trois rappels par mail ont été envoyés aux participants potentiels. Ces données ont été recueillies durant un mois et demi.

2.2.2. Échantillon

A la fin de la période impartie pour notre récolte de données, nous avons obtenu 147 réponses. Mais après vérification, seuls 88 questionnaires étaient suffisamment complets pour être exploités dans le cadre de notre recherche. Il est difficile d'estimer le taux de participation précis de nos sujets étant donné que nous n'avions pas à notre disposition une liste incluant tous les professionnels de la santé et qu'en outre, les participants pouvaient en inviter d'autres professionnels en dehors de ceux figurant dans nos listings de départ. Toutefois, nous avons diffusé notre lien à environ 300 professionnels de la santé.

2.3. Collecte de données et choix de l'outil : questionnaire et vignette clinique

Pour atteindre notre population cible, nous avons réalisé un questionnaire en ligne à partir de la plateforme Qualtrics®. Les personnes pouvaient répondre aux questionnaires avec un smartphone ou un ordinateur et ce, afin de faciliter la rapidité de la distribution et d'optimiser le taux de participation. Il est important de préciser que l'anonymat des participants était garanti. Aucune identification (nom, prénom) n'était requise dans le questionnaire en ligne tandis que Qualtrics® ne demande, ni n'enregistre l'adresse courriel. Enfin, les participants ont donné leur consentement après avoir lu et accepté de remplir le questionnaire.

2.3.1. Le questionnaire

Ce questionnaire était structuré comme suit : la première partie comprenait les renseignements généraux et les données telles que la profession, l'âge, le sexe, le pourcentage de temps de travail, la pratique professionnelle principale, le lieu de pratique professionnel, le pays d'origine, le nombre approximatif de patient par semaine, le statut et le pourcentage de patients migrants dans la consultation. La seconde partie concernait la condition de l'étude (vignette clinique) et l'évaluation des stéréotypes selon le modèle de contenu du stéréotype selon les deux dimensions : « chaleur » et « compétence ». Elle permettait d'évaluer les stéréotypes des soignants face aux demandeurs d'asile. La troisième partie était constituée de notre variable dépendante, la « continuité de soins » avec les quatre critères (longitudinalité, communication, globalité et flexibilité). La dernière partie du questionnaire était centrée sur une échelle de « disposition à soigner les patients migrants ».

Ces sont de variables contextuelles au niveau individuel, organisationnel et normatif du professionnel de la santé qui pouvait, à notre sens, avoir un effet sur le niveau du stéréotype chez les professionnels de la santé.

2.3.2. Conditions expérimentales

Notre design expérimental consistait à soumettre une vignette clinique aux soignants afin de confronter indirectement les professionnels de la santé face à un patient demandeur d'asile souffrant du syndrome de stress post traumatique. Ainsi, notre étude comportait une vignette clinique qui se déclinait en deux conditions.

Toutes les données étaient identiques pour les participants hormis la condition de l'étude (vignette) qui était randomisée. Le tableau ci-dessous nous montre la répartition aléatoire de la condition d'étude via la plateforme web par rapport aux professionnels de la santé participant à l'étude.

Tableau 1. Répartition de la profession en fonction de la condition de l'étude (N=88)

Prise en charge		N	(%)
Médecins généralistes	simplifiée	20	(47,6)
	Non simplifiée	21	(45,7)
Psychiatres	simplifiée	6	(14,3)
	Non simplifiée	5	(10,9)
Assistants psychiatres	simplifiée	2	(4,8)
	Non simplifiée	1	(2,2)
Psychologues	simplifiée	10	(23,8)
	Non simplifiée	12	(26,1)
Autres	simplifiée	4	(9,5)
	Non simplifiée	7	(15,2)
Total	Simplifiée	42	(47,7)
	Non simplifiée	46	(52,3)

Parmi nos 88 professionnels de la santé, 42 ont eu la condition « prise en charge simplifiée » et 46 ont eu la condition « prise en charge non simplifiée ». Les professionnels de la santé ont été regroupés par catégorie professionnelle. Les assistants en médecine général ont été regroupés avec les médecins généralistes. Les assistants en psychiatrie ont été inclus dans la catégorie de professionnels de la santé mentale comprenant psychiatres et psychologues.

2.3.2.1. Condition de prise en charge simplifiée

Dans l'une des conditions de l'étude, le centre Fedasil où résidait le demandeur d'asile prenait toutes les démarches en charge (questions administratives, mise en place de l'interprète, déplacement...). Nous l'avons présentée comme ceci : *« C'est le centre Fedasil qui règle les honoraires de la prise en charge. Si nécessaire vous bénéficiez d'un appui pour les aspects socio-administratifs. Le centre organise également le transport du patient et peut mandater un interprète en cas de besoin. Cela afin de faciliter la prise en charge ».*

2.3.2.2. Condition de prise en charge non simplifiée

Dans l'autre condition, il revenait aux professionnels de la santé de mettre en place le nécessaire pour la prise en charge du patient (questions administratives, mise en place de l'interprète, déplacement). Cette prise en charge a été présentée ainsi aux participants : *« Il peut arriver que dans ce type de prise en charge, le règlement des honoraires, l'appui socio-administratif, le transport du patient et l'interprétariat soient difficiles à mettre en œuvre. Cela peut complexifier la prise en charge ».*

Cette variable de complexité liée au statut du demandeur d'asile/migrant et aux ressources à mettre en œuvre nous permettrait de comprendre si cette dernière influence la continuité de soins du patient ou non.

Ensuite, en fonction de l'anamnèse, il a été demandé aux professionnels de la santé d'évaluer « Yazen », notre patient migrant selon les différents adjectifs qui leur étaient soumis. Cette évaluation était faite sur base de l'échelle de l'évaluation du contenu de stéréotypes selon la dimension de chaleur et compétence⁴. Cette échelle comprenait six items pour la dimension compétence (ambitieux, sûr d'eux, déterminé, compétents, travailleurs, efficace) et six items pour la dimension de chaleur (Chaleureux, agréable, sociable, honnêtes, digne de confiance et moral). Chaque item était évalué sur une échelle de likert allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord ». Le score total consistait en la somme des items relatifs à la dimension. Pour rappel, les stéréotypes constituaient notre variable indépendante. Cette échelle avait dès lors pour but d'évaluer le contenu des stéréotypes de professionnels de la santé à l'égard du patient demandeur d'asile souffrant de troubles de santé mentale et évaluer si ces stéréotypes étaient influencés par la condition de l'étude.

⁴ Echelle communiquée par le professeur V. Yzerbit

2.3.2.3. Mesure de stéréotypes

Pour rappel, le concept de stéréotypes a été mesuré à partir de dimension de chaleur et de compétence. Le modèle théorique nous les définissait comme ceci :

- Chaleur haute et compétence haute = stéréotype d'admiration
- Chaleur basse et compétence basse = stéréotype de mépris
- Chaleur haute et compétence basse = stéréotype paternalisme
- Chaleur basse et compétence haute = stéréotype ambivalence

Pour les besoins de nos analyses, nous avons également catégorisé la variable stéréotype comme ceci :

- Stéréotype positif = admiration
- Stéréotype neutre = paternaliste + ambivalent
- Stéréotype négatif = mépris

A partir du même questionnaire, nous obtenons ainsi deux mesures complémentaires de notre variable « stéréotypes » : l'une catégorielle (les quatre formes du stéréotype) et l'autre davantage continue, suggérant une idée de gradation du stéréotype (stéréotype négatif, neutre, positif).

2.3.2.4. Mesure de la continuité

La continuité de soins constituait notre variable dépendante. Elle a été évaluée à travers quatre critères. Le regroupement des différents items est présenté dans le questionnaire en version papier (voir annexe...). Chaque critère représentait la somme de ses items :

- la globalité était mesurée à l'aide de trois items de type « *Vous contactez le centre Fedasil pour discuter de la meilleure collaboration possible ?* » ;
- la longitudinalité, avec quatre items de type, « *Quelle fréquence de suivi proposez vous au patient* »?;
- la flexibilité, trois items « *Vous acceptez de vous rendre au centre Fedasil pour voir le patient si cela s'avère nécessaire* ». ;
- la communication, deux items : « *Vous prenez contact avec le dernier médecin a avoir examiné le patient, afin d'avoir davantage d'informations sur la situation du patient ?* » ;

Certains de ces items ont été évalués sur une échelle de likert allant de 1 (« *Pas du tout d'accord* ») à 7 (« *Tout à fait d'accord* »). Notre variable « continuité générale » consistait en la somme des différents critères (globalité + longitudinalité + flexibilité + communication)/4. Le score variait également de 1 à 7.

2.3.2.5. Mesure de la disposition à soigner les patients migrants

Cette échelle visait à tenir compte des variables contextuelles théoriquement connues pour avoir un effet potentiel sur l'expression des stéréotypes. Certaines variables étaient davantage liées au soignant (« *J'ai l'habitude de soigner des patients migrants* »), d'autres au contexte de pratique (« *Je trouve cela complexe de soigner les patients migrants* ») ou encore aux normes (« *mes collègues ne sont pas très enthousiaste lorsqu'ils doivent soigner les patients migrants* »). Nous avons décidé de maintenir ces différentes variables dans nos analyses afin d'en étudier l'influence relative sur le stéréotype plutôt que d'en faire un score global ou des sous scores suite aux analyses factorielles. Cette échelle a été réalisée par nos soins. Elle comportait neuf items et les participants y répondaient via une échelle de likert.

2.4. Pré-test du questionnaire

Comme nous avons adapté le critère de continuité au contexte de demandeurs d'asile, nous avons prétesté ce questionnaire. Il a ensuite été modifié en fonction des différentes remarques reçues. De plus, le questionnaire de départ était en version papier, nous avons dû l'adapter en version électronique pour qu'il soit plus cohérent pour les répondants.

2.5. Avis du comité d'éthique

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique indépendant des Cliniques Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert, le 15 mars 2018. (Référence 2018/08FEV/056)

Chapitre 3 : Résultats

Il est maintenant temps de présenter les résultats de notre étude.

3.1. Analyse de données

L'analyse de données a été faite à l'aide du logiciel SPSS® version 25. Nous avons placé le niveau de significativité à 0,05 pour toutes les analyses. Les variables quantitatives dont la distribution ne suivait pas la loi normale ont été représentées par la médiane et les percentiles et les variables qualitatives ont été représentés en fréquence absolue. Nous avons utilisé un test T d'échantillon indépendant pour vérifier s'il existait une différence entre nos différentes variables. Pour tester nos deux premières hypothèses, nous avons réalisé une analyse univariée. Dans cette analyse, nous n'avons considéré que l'effet d'une variable indépendante sur la variable dépendante à la fois (la condition de l'étude). A partir de la troisième hypothèse, nous avons réalisé des analyses multivariées. Nous présentons donc au final un modèle avec les variables indépendantes et covariables et leurs effets sur la variable dépendante.

3.2. Statistique descriptive

3.2.1. Caractéristique de l'échantillon

Notre échantillon principal est composé de 88 professionnels de la santé. Il inclut 61 femmes et 27 hommes qui sont issus de plusieurs spécialités : nous pointons une majorité de médecins généralistes suivi des psychologues et puis des psychiatres. Notre panel dominant exerce essentiellement dans les maisons médicales mais aussi en hôpital et en pratique groupée. Les autres pratiquent, quant à eux, dans de structures mixtes. Une grande partie des répondants travaillent en milieu urbain et sont salariés. Les autres participants ont, eux, des statuts mixtes. De plus, la majorité des prestataires de soins était d'origine belge tandis que les autres professionnels de la santé étaient d'origine africaine, européenne et sud- américaine. L'âge médian de notre échantillon se situe autour de 31 ans. Les femmes étant moins âgées que les hommes. La moyenne de temps de travail presté par notre échantillon est de 84,32 %. La plupart de professionnels de la santé travaillent plus de $\frac{3}{4}$ temps. La moyenne de patients par semaine est de 54.67 ± 36 . Parmi la clientèle de l'échantillon, 75 % de prestataires ont moins de 3 patients migrants dans leur consultation (voir tableau 2, page 42).

Tableau 2. Caractéristique de l'échantillon (N=88)

Caractéristiques		n	(%)
Sexe	Homme	27	(30,7)
	Femme	61	(59,8)
Professions	Médecins généralistes	41	(46,6)
	Psychiatres	11	(12,5)
	Assistants psychiatres	3	(3,4)
	Psychologues	22	(25)
	Autres	11	(12,5)
Type de pratique professionnel	Privée/Solo	10	(11,4)
	Groupée	15	(17)
	Institution/Hospitalier	26	(29,5)
	Maison médicale	30	(34,1)
	Autres	7	(8)
Lieu de pratique professionnel	Rural	13	(14,8)
	Semi-urbain	20	(22,7)
	Urbain	55	(62,5)
Pays d'origine	Belgique	78	(88,6)
	Autre	10	(11,4)
	Indépendant	23	(26,1)
	Salarié	58	(65,9)
	Autres	7	(8)
	Age en année Médiane [Min. ; Max.]		
Homme	31[26 ; 71]		
Femme	31[26 ; 63]		
Moyenne ±DS			
Pourcentage de temps de travail		84,32 ± 21,06	
Nombre approximatif de consultations/semaine		54,67 ± 36	
Médiane [P25 ; P75]			
Pourcentage approximatif de patients migrants dans la patientèle*		8[3 ; 19,75]	

Min. : Minimum Max. : Maximum DS : Déviation standard P : percentile

***4 valeurs manquantes (4,5%)**

3.2.2. Diagnostic

Tableau 3 : Répartition de diagnostic en fonction de la profession

	Médecin généraliste	Psychiatre	Assistant psychiatre	Psychologue	Autres	Total
Troubles anxieux	2	1	0	1	0	4
trouble dépressif	4	0	0	0	0	4
Trouble de l'adaptation	1	0	0	0	0	1
Syndrome de stress post traumatique	34	10	3	20	10	77
Pas de troubles psychiatriques	0	0	0	1	0	1
Autres	0	0	0	0	1	1
Total	41	11	3	22	11	88

La plupart de professionnels de la santé ont posé le bon diagnostic de stress post traumatique. Les médecins généralistes ont proposé d'autres pathologies.

3.3. Fiabilité des échelles

Tableau 4 : Indicateurs de fiabilité de nos variables

Variables		α de Cronbach
Stéréotypes	Compétences	0,745
	Chaleur	0,723
Continuité des soins	Globalité	0,539
	Longitudinalité	0,650
	Flexibilité	0,716
	Communication	0,604
	Continuité des soins globale	0,774

Pour chaque échelle et items utilisés, nous avons réalisé une analyse de fiabilité (alpha de Cronbach) pour en vérifier la cohérence interne. Nos échelles d'évaluation de stéréotypes et de continuité de soins présentent une bonne cohérence interne.

3.4. Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 : Les professionnels de la santé dans la condition d'étude « prise en charge facilitée » manifesteront en moyenne moins de stéréotypes négatifs à l'égard du patient demandeur d'asile que leurs collègues dans la condition « prise en charge non facilitée ».

Nous avons réalisé un test T de comparaison de moyenne pour échantillons indépendants afin de savoir s'il existait une différence entre le score moyen de la dimension chaleur et celui de la dimension compétence en fonction de la condition de l'étude. Nos données nous indiquent que la condition de l'étude n'influence pas les deux dimensions du stéréotype (chaleur et compétence). La condition de l'étude ne semble donc pas entrer en ligne de compte vis-à-vis du niveau de stéréotype du participant.

Tableau 5. Analyse de la dimension chaleur et compétence en fonction de la condition de l'étude

Dimension	t	p	Condition de l'étude	N	Moyenne	Écart-type
Compétence	0,512	0,610	Prise en charge simplifiée	42	26,71	3,85
			Prise en charge non simplifiée	46	26,28	4,03
Chaleur	0,730	0,468	Prise en charge simplifiée	42	27,69	4,22
			Prise en charge non simplifiée	46	27,04	4,09

p : p-valeur t : t de Student

Hypothèse 2 : Les professionnels de la santé dans la condition d'étude « prise en charge facilitée » proposeront en moyenne davantage de continuité des soins au patient demandeur d'asile que leurs collègues dans la condition « prise en charge non facilitée ».

Nos données nous indiquent que la condition de l'étude n'influence pas la continuité de soins. Les professionnels de la santé ne proposent pas davantage de continuité dans la condition d'étude « prise en charge simplifiée » que la condition « prise en charge non facilitée ». Nous ne pouvons pas confirmer cette hypothèse.

Tableau 6. Analyse de la continuité de soins en fonction de la condition de l'étude

	t	p	Condition de l'étude	N	Moyenne	Écart-type
Continuité des soins	0,066	0,948	Prise en charge simplifiée	42	5,58	0,82
			Prise en charge non simplifiée	46	5,60	0,85

Hypothèse 3 : Indépendamment de la condition de l'étude, les professionnels de santé qui manifestent des stéréotypes négatifs à l'encontre du patient DA proposeront moins de continuité des soins

Afin de répondre à cette troisième hypothèse, nous avons construit un modèle multivarié. Les variables suivantes ont été incluses dans l'analyse : la condition de l'étude (prise en charge facilitée versus non simplifiée, le type de stéréotype (les quatre dimensions), la catégorie professionnelle (les généralistes et les professionnels de la santé mentale), la profession, le statut, le lieu de travail, le nombre de consultations par semaine, l'âge, le genre, la proportion de patients migrants dans la patientèle et l'interaction entre la condition et le type de stéréotype. Ce modèle nous montre que le stéréotype a un effet sur la continuité de soins ($p=0,043$). Ce qui confirme notre hypothèse. On peut constater que la continuité de soins est également influencée par la catégorie professionnelle ($p= 0,001$) (voir graphique 1, page 47), le genre ($p= 0,059$) (voir graphique 2, page 47) et le nombre de consultations par semaine ($p= 0.002$). Ce modèle multivarié confirme notamment nos deux premières hypothèses que la condition de l'étude n'a pas d'effet sur la continuité de soins et sur le stéréotype. Les autres variables ne prédisent pas la continuité de soins (voir tableau 7, page 46).

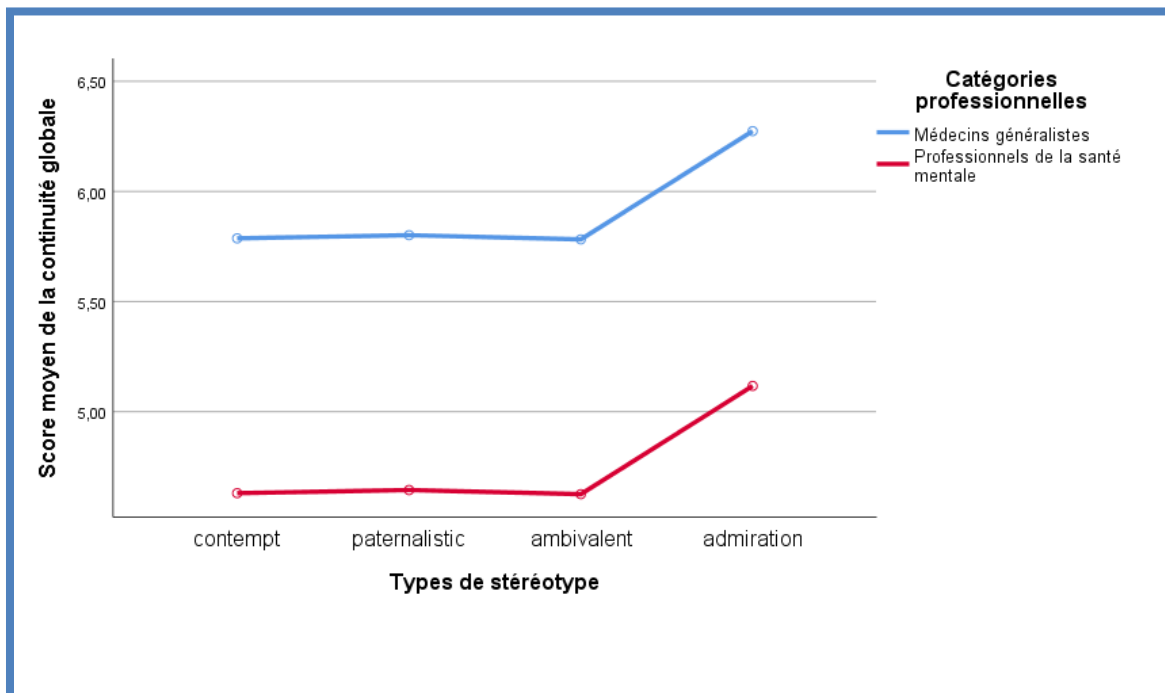
Tableau 7. Analyse multivariée de l'influence de stéréotypes sur la continuité de soins

Continuité des soins	Somme de carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	η^2
Modèle corrigé	27,942	17	1,644	3,474	0,000	0,476
Constante	109,401	1	109,401	231,222	0,000	0,781
Condition (prise en charge simplifiée vs prise en charge non simplifiée)	0,164	1	0,164	0,347	0,558	0,005
Type de stéréotype (mépris, paternaliste, ambivalent, admiration)	4,067	3	1,356	2,865	0,043	0,117
Catégorie professionnelle (généraliste vs professionnels de la santé mentale)	5,408	1	5,408	11,430	0,001	0,15
Genre	1,748	1	1,748	3,694	0,059	0,054
Type de pratique (privée, maison médicale, hôpital)	1,151	2	0,576	1,216	0,303	0,036
statut	0,737	1	0,737	1,557	0,217	0,023
Lieu travail	0,933	2	0,466	0,986	0,379	0,029
Nombre de consultation par semaine	4,887	1	4,887	10,328	0,002	0,137
Age	0,016	1	0,016	0,035	0,853	0,001
Proportion patient migrant	1,076	1	1,076	2,275	0,136	0,034
Interaction condition X type de stéréotype	0,156	3	0,052	0,11	0,954	0,005
Erreur	30,754	65	0,473			
Total	2626,601	83				
Total corrigé	58,696	82				

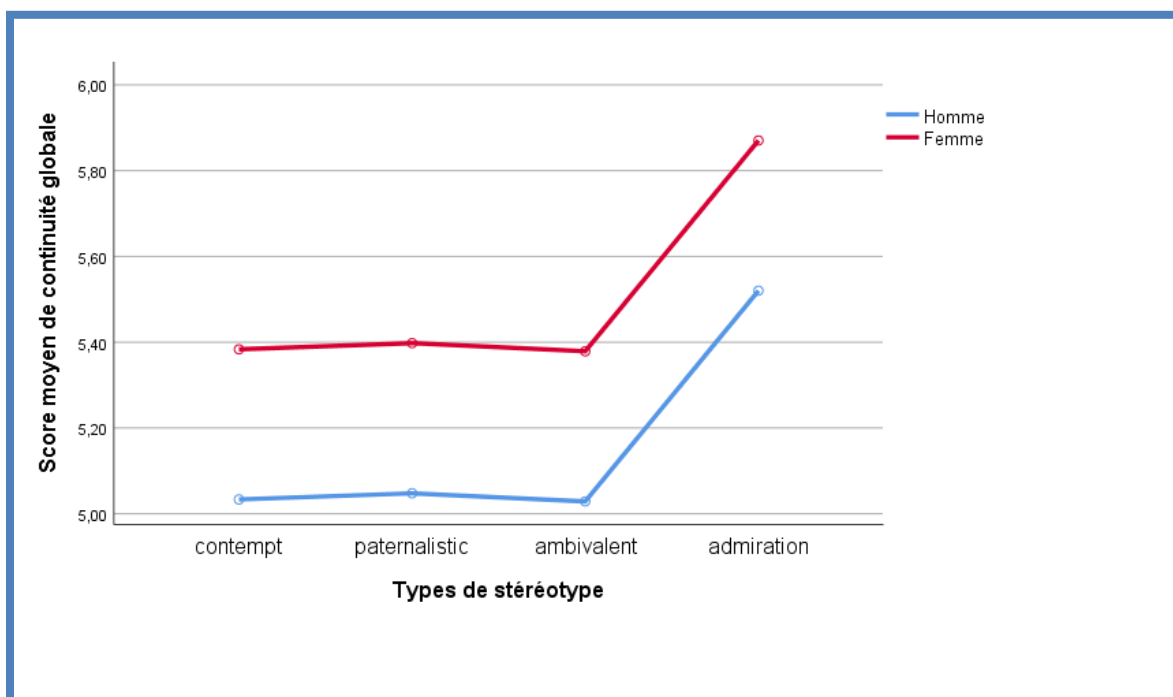
R² ajusté=0,339

A titre d'exemple :

Graphique 1 : Continuité globale de soins en fonction de la catégorie professionnelle



Graphique 2 : Continuité globale de soins en fonction du genre.



Hypothèse 4 : Certaines variables sociodémographiques et d'autres liées au contexte de pratique du professionnel de la santé influencent le niveau de stéréotype ?

Pour tester cette dernière hypothèse, nous avons construit un modèle de régression multiple.

Pour le premier modèle, nous avons tout d'abord réalisé une régression avec les neuf items liés au contexte de pratique du professionnel avec le stéréotype. Ce modèle explique 21% de la variabilité du stéréotype.

Les résultats nous montrent que les variables individuelles « apprécier de soigner les patients migrants » ($\beta = 0,321$ $p = 0,020$) est lié à de stéréotypes positifs. Par contre « avoir les connaissances/compétences » ($\beta = -0,286$ $p = 0,027$) semble lié à des stéréotypes négatifs. Dans les variables organisationnelles, « la complexité de soigner les patients migrants » ($\beta = -0,320$ $p = 0,006$) est lié négativement avec le stéréotype.

Tableau 8 : Régression multiple avec la méthode précédent de l'influence du niveau de stéréotypes sur le contexte de pratique professionnels.

Modèle 1 : R^2 ajusté= 0,209 F=4,247 p=0,001

	β	p	IC 95%
(Constante)		0,001	[0,991 ; 3 ,405]
Je me sens à l'aise pour soigner des patients migrants	0,256	0,120	[-0,034 ; 0,291]
J'apprécie de soigner des patients migrants	0,321	0,020	[0,032 ; 0,336]
Je manque de temps pour pouvoir soigner des patients migrants	0,179	0,122	[-0,023 ; 0,194]
Je trouve cela complexe de soigner des patients migrants	-0,320	0,006	[-0,439 ; 0,077]
J'ai les connaissances / compétences culturelles suffisantes pour soigner des patients migrants	-0,286	0,027	[0,284 ; 0,018]
Mes collègues ne sont pas très enthousiastes lorsqu'ils doivent soigner les patients migrants	0,262	0,067	[0,009 ; 0,269]

β : coefficient standardisé p : p valeur IC : Intervalle de confiance

Pour le deuxième modèle, nous avons inclus les variables indépendantes (données sociodémographiques) liées à la pratique professionnelle.

Tableau 9 : Régression multiple avec la méthode précédent de l'influence du niveau de stéréotypes sur la disposition à soigner les patients migrants et le contexte de pratique professionnels

Modèle 2 : R² ajusté= 0,36 F=4,781 p<0,001

	β	p	IC 95%
(Constante)		0,004	[1,311 ; 6,771]
Pourcentage de temps de travail	0,136	0,151	[-0,003; 0,020]
Type de pratique	-0,193	0,049	[-0,809 ; -0,002]
Lieu de pratique professionnelle	-0,162	0,119	[-0,632 ; 0,074]
Nombre de Consultations par semaine	-0,419	0,000	[-0,022 ; -0,008]
J'ai l'habitude de soigner des patients migrants	0,391	0,012	[0,055 ; 0,429]
J'apprécie de soigner des patients migrants	0,397	0,003	[0,131 ; 0,619]
Je manque de temps pour pouvoir soigner des patients migrants	0,162	0,132	[-0,036 ; 0,273]
Je trouve cela complexe de soigner des patients migrants	-0,288	0,008	[-0,602 ; -0,094]
J'ai les connaissances / compétences culturelles suffisantes pour soigner des patients migrants	-0,266	0,035	[-0,407 ; -0,015]
J'ai la possibilité de mobiliser les moyens et ressources nécessaires pour soigner des patients migrants (service d'interprétariat, conseil sociojuridique, structure spécialisée)	-0,221	0,067	[-0,328 ; 0,012]
Mes collègues ne sont pas très enthousiastes lorsqu'ils doivent soigner les patients migrants	0,273	0,051	[-0,001 ; 0,410]
Mon institution n'est pas très enthousiaste lorsqu'elle doit soigner les patients migrants	-0,254	0,061	[-0,384 ; 0,009]

Ce modèle explique 36% de la variabilité du stéréotype. Concernant les variables individuelles telles que « avoir l'habitude de soigner les patients migrants » ($\beta= 0,391$ $p=0,012$), « apprécier de soigner les patients migrants » ($\beta= 0,397$ $p= 0,003$) influencent positivement le stéréotype. En ce qui concerne les variables organisationnelles, « la complexité de soigner les patients migrants » ($\beta=-0,288$ $p=0,008$), « avoir des connaissances/compétences culturelles pour soigner les patients migrants » ($\beta=-0,266$ $p=0,035$) a un effet négatif sur le stéréotype. Quant aux variables normatives, « mes collègues ne sont pas enthousiastes lorsqu'ils doivent soigner les patients migrants » ($\beta=0,273$ $p=0,051$). Ces soignants tendent à présenter de stéréotypes négatifs envers les patients migrants. Les variables de contexte de pratique professionnelles telles le type de pratique (privée, maisons médicales, hôpital) ($\beta= -0,193$ $p=0,049$) et le nombre de consultation par semaine ($\beta= -0,419$ $p=<0,001$) qui influent négativement sur le stéréotype.

Chapitre 4 : Discussion

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord expliquer et interpréter nos résultats, ensuite nous aborderons les limites de l'étude et enfin les perspectives pour la recherche future.

Pour rappel, notre objectif de départ était d'étudier la prise en charge de la santé mentale chez les personnes migrantes dans le contexte de demande d'asile et l'influence de stéréotypes de professionnels de la santé sur la continuité de soins. La littérature nous a démontré que les professionnels de la santé détenaient de stéréotypes à l'égard de minorités ethniques et que ces derniers influençaient la qualité de soins. Dans le contexte de demandes d'asile, nous avons étudié l'impact de stéréotypes de professionnels de la santé à l'égard de patients migrants et l'effet résultant de la facilitation de la prise en charge de ces patients sachant que celle-ci peut être un obstacle à l'accès aux soins. Ainsi, nous avons postulé que ces stéréotypes influencent la continuité de soins en santé mentale chez les patients demandeurs d'asile souffrant de troubles de santé mentale surtout quand les professionnels de la santé perçoivent la prise en charge comme complexe, peu facilitée. De plus, nous avons étudié l'effet du contexte de pratique professionnel sur les stéréotypes et la continuité de soins.

4.1.1. La relation entre la facilitation de prise en charge et le stéréotype.

Nous avons confronté le niveau de stéréotypes des professionnels de la santé ayant une prise en charge facilitée à celui des professionnels de la santé ayant une prise en charge non facilitée : nous n'avons pu constater de différence significative. En effet, ceux qui avaient une prise en charge non facilitée ne présentaient pas plus de stéréotypes négatifs que les professionnels de la santé ayant une prise en charge facilitée. Les résultats obtenus n'ont donc pas été probants et par conséquent, notre première hypothèse n'a pas été confirmée. En clair, la facilitation de la prise en charge n'affecte pas le stéréotype des professionnels de la santé même sur les deux dimensions de chaleur et de compétence : ces résultats semblent différents de ceux entrevus dans la littérature. En effet, cette dernière énonçait la complexité et la lourdeur administrative comme l'une des barrières à l'organisation de soins [8][29]. Elle affirmait, en outre, que le professionnel de la santé avait tendance à mobiliser ses stéréotypes lorsqu'il se trouvait face à une situation perçue comme complexe [36]. Dès lors, nous nous attendions que les professionnels de la santé développent des stéréotypes négatifs face à cette complexité de prise en charge, ce qui n'a pas été le cas. Comment expliquer alors ce résultat inattendu ?

Il se peut que ces résultats aient été influencés par la faible taille de notre échantillon. (Rappelons que nous n'avions que 42 participants pour la condition de prise en charge facilitée et 46 participants pour la prise en charge non facilitée). Il se peut également que notre condition d'étude de prise en charge non facilitée n'ait pas été perçue assez complexe par les professionnels de la santé puisque elle a été suggérée par une simple phrase dans notre questionnaire.

4.1.2. La Relation entre la condition de l'étude et la continuité de soins

Notre deuxième hypothèse ne semble pas non plus être confirmée par nos données : ainsi, la facilitation ou non de la prise en charge ne permettrait pas une meilleure continuité de soins. Là aussi, il se peut que cette prise en charge non facilitée n'ait pas été ressentie comme complexe par les participants.

4.1.3. La relation entre le stéréotype et la continuité de soins globale

Les résultats de notre étude nous montrent que les professionnels de la santé manifestant de stéréotypes de type mépris proposent moins de continuité de soins. Ces résultats confirment notre hypothèse principale et concordent avec la littérature médicale. En effet, selon le modèle du contenu de stéréotype [46], les demandeurs d'asiles seront associés aux « bénéficiaires d'allocations » et susciteront de stéréotype de type mépris dans la population générale [47]. Dans notre étude, ce stéréotype de mépris semble apparemment être partagé par certains professionnels de la santé et quand c'est le cas, ils proposent moins de continuité de soins.

Les éléments de contexte de pratique professionnelle paraissent aussi appuyer ces résultats : en effet, le nombre de consultation par semaine et la catégorie professionnelle ont un impact sur la continuité de soins et la manifestation de stéréotype. Les facteurs de contexte sont connus également pour activer le stéréotype comme la charge cognitive. À ce propos, des études démontrent qu'une surcharge cognitive élevée liée à la pression, à la surcharge de travail, l'anxiété et au stress ont une incidence sur la mémoire du travail et donc l'apparition des stéréotypes [44]. Ce qui contribue à diminuer la qualité des soins pour notre public-cible [44].

Dans le même ordre d'idées, certaines études ont démontré que le fait d'interagir avec une personne d'ethnie différente augmente la charge cognitive [44]. En effet, la prise en charge d'un demandeur d'asile requiert plus de ressources.

La lourdeur administrative liée au statut, la difficulté de communication nécessitant la mise en place de l'interprète, les différences culturelles avec les praticiens... Tous ces éléments ont tendance à augmenter la charge cognitive du professionnel de la santé et donc le risque de recours aux stéréotypes.

Un autre résultat significatif concerne la catégorie à laquelle appartiennent les professionnels de la santé. La continuité de soins est meilleure chez les médecins généralistes que les professionnels de la santé mentale. Cela s'explique probablement par l'organisation de soins relatifs aux demandeurs d'asile. Le fait que les médecins généralistes soient en première ligne sur le terrain pour leur prise en charge favorise effectivement une meilleure continuité de soins.

Nos données révèlent également que le genre a un impact sur la qualité de soins : ainsi, les soignantes proposent plus de continuité de soins que les hommes médecins. Une étude réalisée aux États Unis sur l'influence du genre sur l'interaction patient-médecin [63-64], a mis en lumière une différence significative dans le style de pratique. Les femmes offrent plus de soins préventifs, prennent plus de temps avec leurs patients (psychosocial et médical) que les médecins de sexe masculin.

4.1.4. La relation entre la disposition à soigner les patients migrants et le niveau du stéréotype

La disposition à soigner les patients migrants est liée aux différents variables contextuelles de pratique de soins. Les professionnels de la santé manifestant un état émotionnel positif, des sentiments positifs envers les migrants tels que « apprécier », « avoir l'habitude » ont manifesté de stéréotypes de type « admiration » envers ces derniers. Ce qui concorde avec la littérature. En conclusion, l'état émotionnel peut jouer sur les stéréotypes et plus l'individu se trouve dans un état émotionnel positif plus les stéréotypes positifs ont de chance de se manifesté [54]. En revanche, plus la charge cognitive est importante, plus les stéréotypes auront tendance à être négatifs [44]. Nous avons relevé que les variables normatives telles que « mes collègues ne sont pas enthousiaste de soigner les patients migrants » ont un impact sur les stéréotypes. Les principes, les règles dans une institution ou chez les collègues peuvent impacter les pratiques individuelles de façon positive ou négative. Une étude canadienne relative aux soins de santé de personnes migrantes note que certaines institutions refusent que leurs employés prennent en charge de patients migrants et certains de collègues ne partagent pas le choix de leurs homologues de prendre en charge cette population de migrants [65].

4.2. Limite de l'étude

Nos résultats sont à interpréter avec prudence.

4.2.1. Validité interne :

4.2.1.1. Opérationnalisation des conditions d'études (prise en charge facilitée versus prise en charge non facilitée)

Pour la réalisation de cette étude, nous avons eu recours à un design quasi expérimental grâce à la réalisation d'une vignette clinique pour confronter indirectement les professionnels de la santé à la prise en charge d'un patient migrant. Pour opérationnaliser notre design expérimental, nous avons manipulé les conditions de prise en charge. Ce qui nous a permis de contrôler l'effet des variables connues. Dans l'une des conditions d'étude, nous avons suggéré aux participants que le centre Fedasil prenait toutes les démarches en charge. Dans l'autre condition d'étude, le professionnel de la santé mettait tout en œuvre pour prendre en charge le patient, ce qui rend la prise en charge difficile. Nous avons ensuite présenté indirectement le syndrome de stress post traumatique en faisant référence aux différents symptômes liés à cette pathologie et nous avons fourni dans l'anamnèse quelques informations dans l'anamnèse. Sur base de ces éléments, les professionnels de la santé devaient poser un diagnostic et évaluer notre patient migrant en termes de chaleur et de compétence et proposer une continuité de soins en fonction de question qui leur avaient été assignées. Cette continuité de soins n'avait pris en compte que quatre critères sur les sept proposés par Bachrach. De plus, les conditions de prise en charge, les critères de continuité de soins ont été opérationnalisés par nos soins selon l'organisation de soins relatifs aux demandeurs d'asile dans le centre communautaire en Belgique (Fedasil).

Une autre limite à prendre en compte dans le cadre de cette étude est la durée de la récolte de données. L'enquête a été soumise aux participants pendant un mois et demi. Ce qui a pu influencer la taille de notre échantillon et l'effet de certains résultats.

4.2.1.2. L'outil et les échelles

a. Échelle de continuité de soins

Si l'échelle d'évaluation de stéréotypes avait été préalablement validée, en revanche, pour les besoins de l'étude, l'échelle sur la continuité de soins constituant notre variable dépendante a été élaborée pour mesurer cette continuité de soins offerts aux patients migrants dans le cadre de demande d'asile. De plus, seules quatre critères ont été pris en considération et les questions ont été élaborées dans le contexte d'un demandeur d'asile vivant dans un centre Fedasil. Seul un prétest a été réalisé. Malgré que l'échelle ait démontrée une bonne fiabilité interne, elle pourrait influencer certains résultats.

b. Mesure des stéréotypes

La mesure des stéréotypes auprès des individus est assez complexe. Le niveau des stéréotypes des soignants a été mesuré de façon indirecte pour limiter l'effet de réponses normatives. En effet, il est inconcevable pour un professionnel de la santé de manifester de stéréotypes, des préjugés à l'égard d'un patient. Par conséquent, la désirabilité sociale de participants pourrait donc avoir eu un effet sur les résultats bien qu'il a été demandé aux participants de répondre de manière spontanée.

c. Échelle de disposition à soigner

L'échelle de la disposition à soigner les patients migrants a été créée par nos soins pour évaluer les variables individuelles, organisationnelles et normatives influençant les stéréotypes de professionnels de la santé dans le cadre de cette étude. Cette échelle comporte également de limite. Une mauvaise interprétation de certains items aurait pu influencer nos résultats.

4.2.2. La validité externe :

Concernant l'échantillonnage, les professionnels de la santé ont été invités par mail et ceux-ci pouvaient solliciter d'autres professionnels pour la participation à l'enquête. Les institutions travaillant avec différents professionnels de la santé mentale ont aussi été sollicitées. Bien que notre échantillon regroupe un panel diversifié, ce dernier n'est malheureusement pas assez représentatif car les médecins généralistes représentent presque la moitié de notre échantillon. Les spécialistes de la santé mentale ont été sous-représentés alors que leur rôle est crucial dans cette prise en charge. Cette disparité pourrait être liée au manque d'intérêt pour ce type de patient.

4.3. Force de l'étude

4.3.1. Poids des stéréotypes dans les soins

Notre étude a mise en évidence l'impact des stéréotypes dans les soins à l'égard des patients migrants car ceux-ci continuent à influencer les pratiques des professionnels de la santé, compromettant ainsi la continuité de soins. Cette dernière est pourtant cruciale pour la prise en charge de ce public vulnérable car elle permet d'offrir des soins de qualité à celui-ci. Cette étude montre également la corrélation entre le contexte et la manifestation des stéréotypes, notamment en ce qui concerne l'effet de la surcharge de travail dans l'apparition de stéréotypes. Les variables organisationnelles et normatives peuvent renforcer ces effets et entraîner de disparité dans les soins.

4.4. Comment mieux organiser les soins pour réduire les stéréotypes

Il est important de tenir compte de ces différents éléments pour mieux organiser plus efficacement les soins et réduire les stéréotypes. À l'instar des recommandations du projet Eugate, il me semble primordial d'insister sur l'importance de favoriser un cadre de travail disposant des ressources nécessaires tels que mise en place des interprètes professionnels pour les professionnels de la santé prenant en charge les patients migrants. En tant que professionnelle de la santé, il me paraît également primordiale la sensibilisation et la formation de professionnels de la santé aux différences culturelles afin d'appréhender au mieux la prise en charge de ce type de population. Enfin, une sensibilisation est d'autant plus nécessaire que notre société devient de plus en plus multiculturelle, ce qui doit amener les professionnels de la santé à se remettre en question pour offrir une pratique adéquate et efficiente à leur métier. Cet aspect nouveau pourrait être intégré dans le cursus des futurs soignants notamment en favorisant de stages dans les institutions (centres de santé mentales spécialisés, Médecins du monde...) prenant en charge majoritairement de patients migrants.

5. Conclusion générale

En réalisant ce mémoire, nous avons voulu étudier l'influence des stéréotypes des professionnels de la santé sur la continuité de soins en santé mentale qui concernent les patients migrants et l'impact de la facilitation de la prise en charge sur celle-ci. Les résultats de notre étude confirment notre hypothèse et concordent avec la littérature médicale. De plus, certains éléments de pratique professionnelle tels que la charge de travail ont un effet sur l'apparition de stéréotypes. Notre étude révèle également que les femmes proposent plus de continuité que les hommes dans les soins et que ce suivi est meilleur chez les médecins généralistes que les professionnels de la santé mentale. En revanche, la facilité ou la complexité de prise en charge n'a pas eu d'effet sur l'apparition de stéréotype.

Cette étude a, de surcroît montré de preuves solides sur le poids des stéréotypes dans les soins de santé. Bien que l'activation des stéréotypes soit inconsciente, les stéréotypes continuent à créer de disparités et affecter la qualité de soins de patients migrants alors qu'il s'agit d'un groupe déjà fragilisé par leurs parcours migratoires. Il apparaît de ce fait important d'attirer l'attention de professionnels de la santé sur les méfaits de ces attitudes.

En conséquence, il serait intéressant de mener des interventions auprès de soignants afin de les sensibiliser sur les effets délétères des stéréotypes et de les amener à mieux gérer ces attitudes.

Bibliographie

- [1] Perruchoud R. *Glossaire de la migration. Droit international de la migration N°9*. 2007. [Consulté le 30 Novembre 2017] 104p. Disponible sur le site web Organisation internationale pour les migrations. Disponible à l'adresse : http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf
- [2] Journal officiel de l'union européenne. Directive 2013/33/UE du parlement européen et du conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte). [Consulté le 29Août 2017].Disponible l'adresse : http://www.asylumlawdatabase.eu/sites/www.asylumlawdatabase.eu/files/aldfiles/FR_4.pdf
- [3] <http://fedasil.be/fr/content/propos-de-fedasil>
- [4]Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Convention et protocoles relatifs au statut des réfugiés*. 2007[Consulté le 27 Juillet 2017],56p. Disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>
- [5] United Nations High Commissioner for refugees. *Global Trends forced displacement in 2015*. 2016. [consulté le 1 juin 2018], 68p. Disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html?query=global%20trends%202015>
- [6] European Migration Network. *EMN Annual Report on Immigration and Asylum 2015: A Synthesis of Annual Policy Reports 2015 submitted by EU Member States and Norway*. 2016[Consulté le 1 juin 2018], 113p. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/annual-policy/annual-policy-emn_apr_synthesis_report__2015.pdf
- [7] Commissariat générale aux apatrides et aux réfugiés. *Statistiques d'asile Mai 2017*. [Consulté le 7juillet 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_2017_mai_fr.pdf
- [8] Médecins du Monde. *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays*. [Consulté le 11 Juillet 2017], 52p. Disponible à l'adresse : <https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2016/11/rapport-observatoire-2016-MdM-international.pdf>

- [9] Priebe S, Giacco D, El-Nagib R.. *Health Evidence Network Synthesis Report 47. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. 2016 [Consulté le 26 Juillet 2017],71p. Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1
- [10] Haagen J.F., Ter Heide F.J., Mooren T.M., Knipscheer J.W., Kleber R.J. (2017). predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *Br J Clin Psychol*. 56 (1), 69-83. Doi: 10.1111/bjc.12121. « Consulté le 12 Décembre 2017 »
- [11] Firenze A, Aleo N., Ferrara C., Maranto M., LA Cascia C., Restivo V. (2016). The occurrence of diseases and related factors in a center for asylum seekers in Italy. *Zdr Varst*. 55 (1), 21-28. doi: 10.1515 / sjph-2016-0003. « Consulté le 30 Mars 2018 ».
- [12] Pavli A., Maltezou H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*. 1–8 . doi: 10.1093/jtm/tax016 « Consulté le 16 Mars 2018 ».
- [13] Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*. 11, 51. doi 10.1186/s13033-017-0156-0. « Consulté le 16 Mars 2018 ».
- [14] Bivort C. États de lieux. Initiative spécifiques « Exil ». CRESAM. 2015. [consulté le 10 septembre 2017] 100p. Disponible sur le site Web de CRESAM : http://cresam.kiffandco.be/wp-content/uploads/2017/11/rapport_cresam_exil_2015_clb_.pdf
- [15] Neuner F., Kurreck S., Ruf M., Odenwald M., Elbert T, Schauer M. (2009). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cogn beh* 38(4), 1-11. <https://doi.org/10.1080/16506070903121042> « Consulté le 7 Août 2017 ».
- [16] ACET, BZFO , Cordelia Foundation, FTDA , IRCT, Parcours d'Exil, Pharos. PROTECT (s.d.). [Consulté le 7 Juillet 2017] 71p. Disponible à l'adresse : <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/que-faisons-nous/daha/protect-rapport-fr.pdf>

- [17] Parcours d'exil, France Terre D'asile. *Identifier, accueil et soigner les victimes de tortures dans la procédure d'asile en France*. 2015 [Consulté le 27 Juillet 2017] 54p. Disponible sur l'adresse : www.asylumineurope.org/sites/default/files/resources/rapport_ppvot_web.pdf.
- [18] Boudart A., De Clerck H., El Abbassi A., Hendrickx M., Kestemont A., Machiels B., Van Vooren E. *Étude sur les personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques*. 2016 [Consulté le 27 Juillet 2017] ,43p. Disponible à l'adresse : https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_synthese_personnes_vulnerables_2016_1.pdf
- [19] Inami, Médecins du monde. *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. 2014 [consulté le 9 Juin 2017]. Disponible sur le site Web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
- [20] Mazur V.M.-L., Chahraoui K., Bissler L.(2014). Psychopathologies des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. *L'Encéphale*.41, (3), 221-228. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.11.001>
« Consulté le 4 Décembre 2012 ».
- [21] Silove D., Ventevogel P., Rees S.(2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 16, 130–139 doi: 10.1002/wps.20438.
« Consulté le 21 Août 2017 ».
- [22] Zadikian M.*, Jung C., Ben Kemoun J.-M., Bouyssy M., Soussy A. (2017). Psychotraumatisme et demande d'asile- enquête au sein de la CAFDA (2015-2016). *La revue de la médecine légale*.1-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medleg.2017.07.001>
« Consulté le 4 Décembre 2017 ».
- [23] National institute of mental health. *Post Traumatic Stress Disorder*. 2016 [consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- [24] Choudhry F.R, Mani V. , Ming L.- C. , Khan T.M. (2016). Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 12, 2807-2818. doi:10.2147 / NDT.S111543 « Consulté le 9 Août 2017 ».
- [25] Lancaster C.L.,Teeters J.B., Gros D.F.,Back S.E. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J. Clin. Med.* 5(11), 1-13. doi:10.3390 / jcm5110105 « Consulté le 4 Juin 2018 ».

- [26] Stenmark H., Catani C., Neuner F., Elbert T., Holen A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy* 51(10), 641- 647.
doi: 10.1016 / j.brat.2013.07.002 « Consulté le 21 Août2017 ».
- [27] SH-CAPAC. (2016). Resource package for ensuring access to health care of refugees, asylum seekers and other migrants in the european union (EU) countries.
[Consulté le 9 juin 2017]116p. Disponible sur l'adresse : http://www.sh-capac.org/pluginfile.php/2274/mod_resource/content/1/SH-CAPAC_ResourcePackage.pdf
- [28] Dauvrin M., Vincent L. *Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe* [Consulté le 7 juillet 2017] 7p. Disponible à l'adresse :
http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Publicatie%20van%20anderen/EUGATE_Summary_of_good_practice_BE%202011.pdf
- [29] Hezukuri C. Migrants et accessibilité aux soins en santé mentale : *Besoins, ressources et obstacles. Comment améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale pour le public migrant en Région wallonne ?* CRESAM 2017. [Consulté le 18 avril 2018] 72p. Disponible sur le site Web de CRESAM : <http://www.cresam.be/documentation/les-pub/>
- [30] Lehti V., Antas B., Kärnä T., Tuisku K. (2016). The assessment of traumatized refugees: clinical practices at the Cultural Psychiatry Outpatient Clinic. *Psychiatria Fennica* . 47, 17-31. Disponible à l'adresse:
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/201282/ART2_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y « Consulté le 9 Août 2017 ».
- [31] Jensen N.K., Johansen K. S., Kastrup M. Krasnik A.,Norredam M. (2014). Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System—A Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 11 (9) 9739-9759. doi: 10.3390 / ijerph110909739. « Consulté le 8 Novembre 2017 ».
- [32] Van Ryn M., Burgess, Dovidio D.J., Phelan S.M., Saha S., Malat J. et al. (2011). The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision-making. *Du Bois Review*, 8(1), 199–218. doi: 10.1017 / S1742058X11000191 « Consulté le 12 Octobre 2017 ».
- [33] Hall W.J., Chapman C.V., Lee K.L., M. Merino Y.M. ,Thomas T.W., Payne B.K. et al. (2015). Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *Amer Journal of Public Health* , 105, (12), 60-76. doi: 10.2105/AJPH.2015.302903 « Consulté le 12 Octobre 2017 ».

- [34] Major B., Mendes W.B., Dovidio J.F.(2013). Intergroup relations and health disparities : Asocial Psychological Perspective. *Health Psych* 32 (5), 514-524. Disponible à l'adresse : doi: 10.1037 / a0030358 « Consulté le 16 Octobre 2017 ».
- [35] Zestcott C.A, Blair I.V., Stone J. (2016). Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Process Intergroup Relat.* 19(4), 528–542. doi:10.1177/1368430216642029. « Consulté le 16 Mars 2018 ».
- [36] Balsa A.I., McGuire T.G. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ.* 22(1),89-116. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(02\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(02)00098-X) « Consulté le 12 Mai 2018 ».
- [37] Gardair E. (2007). Heuristiques et biais : quand nos raisonnement ne répondent pas nécessairement aux critères de la pensée scientifique et rationnelle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (1), 35-46. Disponible à l'adresse suivante : <https://psychologiescientifique.org/wp-content/uploads/2018/02/Gardair-2007-Heuristiques-et-biais-quand-nos-raisonnement-ne-r.pdf> « Consulté le 12 Mars 2018 ».
- [38] Ordre des Médecins. *Serment d'Hippocrate (Version adaptée). Serment du Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique*. [Consulté le 03 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/>
- [39] Delroisse S., Herman G., Yzerbyt V. (2012). La justification au cœur de la discrimination : vers une articulation des processus motivationnels et cognitifs. *Revue internationale de psychologie sociale.* 25, 73-96. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2012-2-page-73.htm> « Consulté le 26 Avril 2018 ».
- [40] Dovidio J.F., Fiske S.T.(2012). Under the Radar: How unexamined biases in Decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *Am J Public health.* 102 (5), 945-952. doi:10.2105 / AJP.2011.300601 « Consulté le 29 Mars 2017 »
- [41] Schouten, B. C., Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*, 64(1), 21-34. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014> « Consulté le 29 Mars 2019 ».
- [42] Whitley B.,Kite M.Introduction aux concepts de stéréotypes, de préjugé et de discrimination. “ In” Whitley B., Kite M. Psychologie de préjugés et de la discrimination. Deboeck Supérieur.2013. pp. 12-37.

- [43] Légal J.B., Delouée S. Définitions, exemples et mesures des stéréotypes et des préjugés."In".Delouée J.B. *Stéréotypes, Préjugés et Discrimination*. (2^{ème} Éditions). Paris : Dunod.2015. pp. 13-30
- [44] Diana J. Burgess. (2010). Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load? How features of the healthcare setting may lead to biases in medical decision making. *Med Decis Making*. 30 (2) , 246–257.
doi :10.1177/0272989X09341751. « Consulté le 19 Juin 2018 ».
- [45] Whitley B.,Kite M.L'activation du stéréotypes et son application. " In" Whitley B., Kite M. Psychologie de préjugés et de la discrimination. Deboeck Supérieur.2013 pp.131-162
- [46] Fiske S. T., Cuddy A.J.C, Glick P., Xu J. (2002). A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82, (6), 878–902. DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.878. « Consulté le 17 Octobre 2017 ».
- [47] Lee, T., & Fiske, S. (2006). Not an outgroup, not yet an ingroup : Immigrants in the stereotype content model. *International journal of intercultural relations*, 30, 751-768. doi : 10.1016/j.ijintrel.2006.06.005 « Consulté le 29 Décembre 2017 ».
- [48] Cuddy A.J.C., Fiske S.T., Kwan V.S.Y., Glick P., Demoulin S., Leyens J.-P., Bond M.H., Croizet J.-C. et al. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *Br J Soc Psychol*. 48(1), 1–33.
doi:10.1348/014466608X314935. « Consulté le 16 Octobre 2017 ».
- [49] Fiske S.T., Cuddy A.J.C., Glick P.(2007). Universal dimensions of social perception: Warmth and competence. *Trends in Cogn Sci*. 11(2), 77–83.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005> « Consulté le 16 Ocotbre 2017 ».
- [50] Fiske T.S. (2015).Intergroup bias : A Focus on stereotype content. *Curr opin behav sci*. 3, 45-50. doi:10.1016/j.cobeha.2015.01.010 « Consulté le 16 Octobre 2017 ».
- [51] Fiske T.S. (2012). Warmth and Competence: Stereotype Content Issues for Clinicians and Researchers. *Can Psychol*. 53(1), 14–20. doi:10.1037/a0026054. « Consulté le 19 Avril 2018 ».
- [52] Coordination et initiative pour réfugiés et étrangers. Préjugés : réfugiés et étrangers petit guide anti-préjugés. 2018. [consulté le 25 avril 2018] 31p. Disponible sur le site Web de CIRE : <https://www.cire.be/sensibilisation/outils-pedagogiques/refugies-etranagers-petit-guide-anti-prejuges-edition-2018>

- [53] Burgess D.J., Warren J., S.Phelan, J. Dovidio., Van Ryn M.(2010). Stereotype Threat and Health Disparities: What Medical Educators and Future Physicians Need to Know. *J. Gen Intern Med* 25(2):169–77. DOI: 10.1007/s11606-009-1221-4
« Consulté le 12 Octobre 2017 ».
- [54] Légal J.B., Delouée S. Peut-on lutter contre les stéréotypes, les préjugés et la discrimination ? In”.Delouée J.B. *Stéréotypes, Préjugés et Discrimination*. (2^{ème} Éditions). Paris: Dunod.2015. Pp.83-105
- [55] Weaver N., Coffey M., Hewitt J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 24 (6), 431-450. doi: 10.1111/jpm.12387.
« Consulté le 07 décembre 2017 ».
- [56] Clément M., Aubé D. (2002). "La continuité des soins : une solution? Perspective des personnes avec comorbidité. *Santé mentale au Québec*. 27(2),180–197.
doi:10.7202/014563ar. « consulté le 8 novembre 2017 ».
- [57] Vandyk A.D., Graham I.D., Van Den Kerkhof E.G, Ross-White A, Harrison M.B. (2013). Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis. *Int J Evid Based Healthc*. 11(2), 94-109.
doi: 10.1111/1744-1609.12024. « Consulté le 07 décembre 2017 ».
- [58] Lorant V., Nazroo J., Nicaise P. (2017). Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. *Adm Policy Ment Health* (2017) 44, 877–887. DOI 10.1007/s10488-017-0800-7 « Consulté le 5 Mai 2018 ».
- [59] Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K.,Starfield B.K., Adair C.E., McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327, 1219–1221.
doi: 10.1136 / bmj.327.7425.1219 « Consulté le 4 Mai 2018 ».
- [60]Van Durme T., Thunus S. Le Plan conjoint en faveur des malades chroniques des soins intégrés pour une meilleure santé. 2017[consulté le 18 mai 2018] 78p. Disponible à l’adresse : https://www.iumsp.ch/sites/default/files/VanDurme_Thunus_AM.pdf
- [61] Centre Fédéral d’expertise de soins de santé. *La performance du système de santé belge-Rapport 2015*. [Consulté le 11 juillet 2017]. Disponible à l’adresse :https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259B_rapportperformance2015_1.pdf

- [62] Priebe S., Matanov A., Barros H., Canavan R., Gabor E., Greacen T., et al. (2012). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *European Journal of Public Health*. 23 (1), 97–103.
doi:10.1093/eurpub/ckr214 « Consulté le 29 Août 2017 »
- [63] Bertakis K.D.(2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling* 76, 356–360 doi: 10.1016 / j.pec.2009.07.022.
« Consulté le 14 Juillet 2018 ».
- [64]Cousin G., Schmid Mast M.(2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s’en préoccuper ? *Rev Med Suisse* 6, 1444-1447. Disponible à l’adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Les-medecins-hommes-et-femmes-interagissent-de-maniere-differente-avec-leurs-patients-pourquoi-s-en-preoccuper> « Consulté le 14 Juillet 2018 ».
- [65] Jensen N.K., Norredam M. Draebel T., Bogic M., Priebe S., Krasnik A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Services Research*.11,154.
doi: 10.1186 / 1472-6963-11-154 « Consulté le 18Juillet 2018 ».
- [66] Roberfroid D., Dauvrin M., Keygnaert I., Desomer A., Kerstens B., Camberlin C., et al. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 257Bs. D/2015/10.273/109. Disponible à l’adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf « Consulté le 8 Novembre 2017 ».
- [67] Chambre de Représentants de Belgique. *Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d’aide sociale. Rapport de la deuxième relecture*. 2018 [Consulté le 20 juin 2018]. Disponible à l’adresse : <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890005.pdf>
- [68] 12 janvier 2007. Loi sur l’accueil de des demandeurs d’asile et de certaines autres catégories d’étrangers. [Consulté le 14juillet 2017]. Disponible à l’adresse : https://www.fedasil.be/sites/default/files/01_loi_du_12_janvier_2007_sur_laccueil_des_demandeurs_dasile_et_dautres_categories_detrangers_0.pdf

Annexe 1

L'accès aux soins de santé en fonction du statut de séjour de la personne migrante.

Nous allons évoquer essentiellement l'accès aux soins de différentes catégories de personnes migrantes. Le statut juridique, légal conditionne l'accès aux soins de personnes étrangères.

Dans son rapport sur la performance d'un système de santé Belge, le KCE définit l'accessibilité aux soins comme *“la facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement (distribution géographique) qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié”* (p.20) [61].

Cet accès peut sembler aisé lorsqu'on vit dans des conditions socio- économique favorables ou que l'on dispose de moyens nécessaires pour y faire face : mais, en Belgique, la population des demandeurs d'asile et réfugiés éprouve de réelles difficultés pour accéder aux soins de santé [66].

Les étrangers en situation irrégulière

L'accès aux soins dépend premièrement des différentes catégories de migrants. Le statut juridique conditionne de ce fait l'accès aux soins de santé en Belgique. Concrètement, la loi distingue les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière, aussi appelés “sans papiers”.

Les étrangers en situation irrégulières ou les “sans papiers” ne peuvent accéder aux soins de santé qu'à travers l'AMU car ils ne peuvent pas bénéficier d'une couverture de mutuelle [66]. C'est le seul droit qu'il dispose en matière de soins de santé.

Il s'agit de l'Aide Médicale Urgente (AMU) octroyée par les CPAS, [19] [66] régi par l'arrêté royal du 12 décembre 1996, de l'article 57 : *“l'aide qui revêt un caractère exclusivement médical et dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical. Cette aide ne peut pas être une aide financière, un logement ou une autre aide sociale en nature”*.

L'AMU couvre les soins de santé préventifs et curatifs à l'hôpital et en ambulatoire reçus par la personne en situation irrégulière [66]. L'AMU est une compétence de communes. Elle est gérée par le CPAS de la commune où réside la personne en situation irrégulière.

Toutefois, L'AMU n'est pas un droit acquis d'office par la personne en séjour irrégulier. Celle-ci doit prouver un lieu de résidence (ce qui est difficile quand on ne dispose pas de ressource financière), avoir une attestation médicale démontrant la nécessité de soins signée

par un médecin et être en état de besoin. Tous ces critères sont laissés à l'appréciation de chaque CPAS. Pour que la demande de L'AMU soit accordée, il y a un délai d'attente de 30 jours. Cela permet au CPAS de réaliser son enquête sur le demandeur et la personne reçoit une notification dans les 8 jours. Durant ce temps d'attente, la personne n'a aucun accès aux soins médicaux et son état de santé peut s'aggraver entre temps. [66]

Lorsque la demande est acceptée, la personne dispose d'un réquisitoire. Malheureusement, ce qui peut arriver, est que L'AMU soit refusée. Dans ce cas, la personne s'adresse soit aux ONG(Médecins du monde) ou se présente directement dans un service d'urgences. Comme le KCE le souligne, « 70% des dépenses de l'AMU sont liées aux hospitalisations » [66]. Cependant, il est à rappeler qu'il existe une grande disparité dans l'octroi et la durée de validité de l'AMU au sein des communes du pays [66].

En outre, il s'agit d'une procédure très complexe autant pour les personnes sans papiers que pour les prestataires de soins. En 2015, le KCE a réalisé une étude sur l'AMU et propose une réforme en neuf points pour lever les différents obstacles en voulant tant « *simplifier et harmoniser les procédures administratives* » et *rationaliser l'accès aux soins de santé* » [66] mais également :

- faciliter la demande d'aide médicale en permettant d'introduire sa demande en dehors de période de maladie ;
- rationaliser l'enquête sociale en délivrant une carte médicale de la durée d'un mois garantissant la couverture de soins pendant les recherches ;
- standardiser la carte médicale en lui permettant de contenir toutes les informations relatives au patient, à sa famille et à son dossier
- harmoniser les soins de santé couverts, de sorte que les soins donnés correspondent à ceux octroyés aux demandeurs d'asile ;
- rationaliser l'utilisation des soins de santé en autorisant le libre choix du prestataire de soins et disposition d'un DMG ;
- faciliter le financement en garantissant le remboursement assuré pour les prestataires de soins ;
- assurer la continuité des soins et de l'information médicale ;
- améliorer la communication en mettant à disposition un document expliquant la procédure, le rôle de chaque intervenant, si possible de le décliner en plusieurs langues ;

- assurer un monitoring des pratiques de soins et des coûts, c'est à dire : collecter les soins donnés aux personnes sans papiers et les coûts qui y sont liés.

En 2018, un projet de loi de la réforme de L'AMU a été voté mais elle semble contraire à celle proposée par le KCE. La nouvelle réforme de L'AMU proposée par le ministre de l'Intégration sociale, Monsieur Ducarme, entend mieux contrôler l'octroi de l'AMU par l'intermédiaire d'un médecin conseil de la CAAMI et sanctionner les CPAS qui accorderaient L'AMU de façon abusive. Plutôt que de simplifier, il est clair que ce projet de loi complexifiera encore davantage l'accès aux soins de santé de personnes en séjour irrégulier et rendra de surcroît les professionnels de la santé encore plus réticents à soigner cette population vulnérable. [67].

Les demandeurs d'asiles

Quant aux demandeurs d'asile, ils disposent d'un large éventail de soins pris en charge par Fedasil grâce à la loi du 12 janvier 2007 « *loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers* [68]. « *Ces personnes ont droit à une aide matérielle leur permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine. Ils ont droit à un hébergement, un accompagnement médical, psychologique, juridique, social et aide juridique, à une allocation journalière et services communautaires et une formation* »[68].

Malgré cela, des distinctions d'accès aux soins peuvent être effectuées en fonction du lieu d'hébergement du demandeur d'asile. Ainsi, celui qui est hébergé dans un centre communautaire fédéral ou dans un centre collectif ouvert (comme par exemple Le Petit Château à Bruxelles) a droit à une consultation via l'équipe pluridisciplinaire du centre. Les consultations psychologiques sont, quant à elles, entièrement prises en charge par Fedasil sous condition de validation par le médecin traitant du centre. La personne doit encore bénéficier de l'aide matérielle et il ne faut pas oublier que Fedasil reste compétent en termes de frais médicaux

Ainsi, si le cas du demandeur d'asile nécessite l'avis d'un spécialiste extérieur, le médecin du centre redirige le patient en rédigeant un réquisitoire et les frais sont alors pris en charge par Fedasil [19].

La langue parlée étant souvent la principale barrière, les professionnels de la santé ou les autres personnels font appel aux services d'interprétariat du Setis [19]. Ce recours n'est malheureusement pas toujours chose aisée, à cause par exemple de la disponibilité des traducteurs.

Lorsque ceux-ci font défaut sur place, les prestations peuvent se faire par téléphone. Parfois, il peut même arriver que les prestataires de soins recourent à Google® Traduction avec les risques d'erreur que cela induit. Dans d'autres cas, la famille du patient est sollicitée mais cela pose des problèmes de confidentialité et peut nuire au secret professionnel et ainsi qu'au diagnostic correct du problème de santé [19]. La situation reste aussi compliquée pour une prise en charge externe : en effet, la convocation d'un interprète se révèle également périlleux dans les centres de santé mentale car la disponibilité de l'interprète doit correspondre à celle du prestataire de soins, en plus de connaître la langue parlée [14]. De plus, il faut veiller à ce que les prestations fournies soient facturées en fonction de réquisitoires et en assurer le suivi [14]. Toute cette procédure administrative avant d'entamer les soins qui alourdit la prise en charge est aussi valable pour ceux qui ne résident pas dans les centres communautaires fédéraux si la difficulté de la langue est présente.

Les demandeurs d'asile ne vivant pas dans les centres communautaires sont surnommés les "no-show" et bénéficient d'un "accompagnement médical", tout en étant libre dans le choix du prestataire. Cependant, c'est à ce dernier ou à la personne concernée de mettre en place le dispositif et de contacter « la cellule de frais médicaux » de Fedasil avant la consultation. Fedasil, à son tour, vérifie alors les conditions d'octroi du réquisitoire, ce qui nécessite quelques jours. Ce n'est qu'après ce contrôle que les soins peuvent être prodigués. Ensuite, le prestataire de soins doit renvoyer la facture et le réquisitoire à la cellule pour le remboursement. Les soins urgents sont également remboursés avec la preuve d'un certificat de « soins urgents ».

Les remboursements de soins se basent aussi sur la nomenclature de l'INAMI avec quelques spécificités. Ainsi, les soins suivants ne bénéficient pas d'une intervention financière : orthodontie, investigation et traitement d'infertilité, prothèse dentaire lorsqu'il n'y a pas de problème de mastication, intervention esthétique et extraction dentaire sous anesthésie générale.

En conclusion, il existe parmi les différents statuts d'étranger une différence dans l'accès aux soins. Au sein même de demandeurs d'asiles, en fonction du lieu de résidence, on observe une variation en termes d'accès, de choix de prestataires. En plus, les démarches administratives viennent alourdir la procédure. Malgré ce large éventail de soins offerts, il existe encore quelques embûches. Toutes ces procédures à mettre en place et variant d'un statut à l'autre peuvent constituer une barrière auprès des prestataires de soins.

Annexe 2

Information aux participants et consentement

Invitation à participer à une recherche universitaire à propos de l'accès et de la continuité des soins pour les patients migrants

Objectif et description de l'enquête

Nous souhaitons mieux comprendre les pratiques des professionnels de la santé, lorsqu'ils sont confrontés aux patients migrants.

Cette enquête est courte (+/- 7 minutes). Nous récoltons quelques informations socio-démographiques, ensuite nous vous présentons une brève vignette clinique et vous demandons d'évaluer le patient et de proposer un plan de traitement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous vous invitons à répondre le plus spontanément possible.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'étude est l'Université Catholique de Louvain. L'investigateur principal est Brice Lepièce, docteur en Santé Publique, chercheur à l'Institut Recherche Santé et Société de l'Université Catholique de Louvain. Données récoltées dans le cadre d'un mémoire de master en Santé Publique de Noella Fungula.

Participation volontaire

Participation entièrement volontaire, vous avez le droit de refuser d'y participer.

Protection de la vie privée

Enquête strictement anonyme. Vous ne serez pas identifié (e) ni d'aucune autre manière reconnaissable. La protection des données personnelles est assurée par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Comité d'éthique

Cette enquête a reçu un avis favorable du comité d'éthique indépendant des Cliniques Saint-Luc à Woluwé, le 15 mars 2018.

Questions/contacts

Toutes vos questions en rapport avec cette enquête sont les bienvenues.

--> brice.lepiece@uclouvain.be (chercheur Institut Recherche Santé et Société, UCL)

--> noella.fungula@student.uclouvain.be (mémorante en Santé Publique)

Si vous consentez de participer à l'étude, cliquez sur la flèche ci-dessous (participation entièrement libre et anonyme)

Annexe 3 : Questionnaire (version papier)

Le questionnaire : les données sont strictement anonymes et confidentielles

Données sociodémographique

Profession :

- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Assistant psychiatre
- Psychologue
- Autres (...)

Quel est votre âge ?

Quel est votre sexe ?

- M
- F

Depuis combien de temps travaillez- vous ? :année(s)

Pourcentage de temps de travail

- Temps plein
- Mi-temps
- autres

Pratique professionnelle principale

- Privée/solo
- Groupée
- Institution/hospitalier

Lieu de pratique professionnel

- Rural
- Semi urbain
- Urbain

Quel est votre pays d'origine

- Belgique
- Autres : (...)

Nombre approximatif de patients suivis par semaine :

Statut

- Indépendant
- Salarié

Quel est le pourcentage approximatif de patients migrants dans votre patientèle :.....

La vignette clinique « Yazen »

Yazen, 20 ans vient vous consulter aujourd'hui. Il est envoyé par le centre Fedasil où il réside depuis 10 mois (centre qui prend en charge les demandeurs d'asile durant leurs procédures d'asile). Ce dernier est en attente du statut de réfugié. Yazen s'exprime dans un français très sommaire. Le jeune homme est originaire de Moussoul en Irak.

Condition « simplicité »

C'est le centre Fedasil qui règle les honoraires de la prise en charge. Si nécessaire vous bénéficiez d'un appui pour les aspects socio-administratifs. Le centre organise également le transport du patient et peut mandater un interprète en cas de besoin. Cela afin de faciliter la prise en charge.

Versus

Condition « complexité »

Il peut arriver que dans ce type de prise en charge, le règlement des honoraires, l'appui socio-administratif, le transport du patient et l'interprétariat soient difficiles à mettre en œuvre. Cela peut complexifier la prise en charge.

Vous lui demandez ce qui l'amène. Ce dernier évoque les difficultés suivantes apparues depuis **environ un mois** :

- Des difficultés à s'endormir, un sommeil interrompu (cauchemars, agitation)
- Un repli sur soi, irritabilité, accès de colère
- Il se sent aux aguets, sur le qui-vive, anxieux

Yazen vous informe qu'un examen médical complet (avec prise de sang), réalisé il y a 2 semaines, a exclu toute pathologie organique. Néanmoins, il ne se sent plus capable de continuer sa formation en mécanique agricole et vient donc de l'arrêter.

Éléments d'anamnèse :

Yazen vous explique qu'il préfère éviter le contact avec les autres. Il ne se confie à personne. Il vous explique qu'il pratiquait beaucoup de sport pour passer le temps, il n'en pratique plus depuis plusieurs semaines maintenant.

Il y a un mois, Yazen a débuté une formation en mécanique agricole. Il s'y rend en train. Cependant, cela génère une anxiété importante à tel point qu'il préfère maintenant éviter de prendre le train.

Il vous confie également qu'il a perdu son père il y a 1 an, en Irak. Celui-ci a été abattu devant ses yeux lors d'un conflit armé. Yazen a assisté impuissant à la scène. Il revoit constamment la scène de la mort de son père. Parfois, il entend la voix de son père l'appeler à l'aide, cela l'inquiète énormément. Il n'en a jamais parlé à son entourage de peur d'être pris pour un « fou ».

Nous vous demandons à présent d'évaluer Yazen sur les critères suivants. Merci de répondre à toutes les questions spontanément. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
compétent	1	2	3	4	5	6	7
chaleureux	1	2	3	4	5	6	7
Digne de confiance	1	2	3	4	5	6	7
Ambitieux	1	2	3	4	5	6	7
Efficace	1	2	3	4	5	6	7
Sociable	1	2	3	4	5	6	7
Moral	1	2	3	4	5	6	7
Déterminé	1	2	3	4	5	6	7
Travailleur	1	2	3	4	5	6	7
Agréable	1	2	3	4	5	6	7
Honnête	1	2	3	4	5	6	7
Sûr de lui	1	2	3	4	5	6	7

Diagnostic

Quelle est votre hypothèse diagnostique la plus probable ?

- Trouble anxieux
- Trouble dépressif
- Trouble de l'adaptation
- Syndrome de stress post traumatique
- Trouble psychotique
- Trouble de la personnalité
- Pas de trouble psychiatrique
- Autre (expliquez)

Outcomes "Continuité"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

Veillez donner votre degré d'accord avec les différentes propositions :

Globalité :

- Vous contactez le centre Fedasil pour discuter de la meilleure collaboration possible ?
- Vous acceptez de collaborer avec d'autres professionnels/institutions spécialisés dans le domaine afin d'offrir les soins les plus adaptés à votre patient ?
- Acceptez-vous de jouer le rôle de professionnel de santé référént pour ce patient (centraliser les informations, coordonner les soins futurs) ?

Longitudinalité :

- Dans ce type de consultation, combien de temps estimez-vous nécessaire de consacrer au patient :/minutes
- Vous encouragez le patient à revenir vous consulter ?
- Vous envisagez une prise en charge sur le long terme de ce patient ?
- Quelle fréquence de suivi proposez vous au patient ?
 - Pas de suivi
 - 1x/semaine
 - 2x/mois
 - 1x/mois
 - 1x/trimestre
 - 1x/semestre
 - 1x/an
- Vous n'êtes pas à l'aise et réferez le patient vers un autre collègue ?

Flexibilité :

- Vous acceptez de vous rendre au centre fedasil pour voir le patient si cela s'avère nécessaire ?
- Vous acceptez de donner un rendez-vous de suivi au patient à une plage inhabituelle pour vous, cela afin de faciliter la prise en charge ?
- Vous acceptez de travailler avec un interprete ?

Communication :

- Vous prenez contact avec le dernier médecin a avoir examiné le patient, afin d'avoir davantage d'informations sur la situation du patient ?
- Dans le respect du secret professionnel partagé, vous communiquez par écrit les informations nécessaires à propos du patient, à un autre professionnel de la santé qui vous en ferait la demande ?

Quel est votre degré d'accord avec ces phrases :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

- J'ai l'**habitude** de soigner des patients migrants ?
- Je me **sens à l'aise** pour soigner des patients migrants ?
- J'**apprécie** de soigner des patients migrants ?
- Je manque de **temps** pour pouvoir soigner des patients migrants ?
- Je trouve cela **complexe** de soigner des patients migrants ?
- J'ai les **connaissances / compétences culturelles** suffisantes pour soigner des patients migrants ?
- J'ai la possibilité de mobiliser les **moyens et ressources** nécessaires pour soigner des patients migrants (service d'interprétariat, conseil sociojuridique, structure spécialisée) ?
- Mes **collègues** ne sont pas très enthousiastes lorsqu'ils doivent soigner les patients migrants ?
- Mon **institution** n'est pas très enthousiaste lorsqu'elle doit soigner les patients migrants ?

Annexe 4 : Avis du comité d'éthique

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

<input type="checkbox"/> étude rétrospective
<input type="checkbox"/> étude sur matériel corporel humain résiduel
<input type="checkbox"/> mémoire non interventionnel
<input checked="" type="checkbox"/> mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine

Titre de l'étude : « Accès aux soins de santé mentale et continuité de soins de personnes migrantes, les professionnels de la santé font-ils barrières ? La perception de complexité par le professionnel de la santé empêche t-elle la continuité des soins ? »

FUNGULA GARCIA NOËLLA soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous (*indiquer les versions et les dates*):

- X Document d'information et de consentement pour les participants reçu le 15/03/2018.
- X Résumé du projet corrigé, Version définitive du 15/03/2018.
- X Printscreen de la première page du site web sécurisé reçu le 15/03/2018.
- X Lien vers le Questionnaire en ligne
- X Questionnaire, Version du 25/01/2018.
- X CV de l'étudiant
- X CV du promoteur – investigateur principal
- X L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL
- X Autre(s): Formulaire de Soumission Simplifiée, Document de Modifications suite aux remarques du CE daté du 07/03/2018, Document signé par le PI et daté du 15/03/2018 confirmant que la plateforme web Qualtrics est bien sécurisée.

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est :

- X **favorable: le projet peut être initié**
provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:
 - Formulaire d'information:
 - Formulaire de consentement:
 - Respect de la confidentialité:.....
 - Anonymisation des données:
 - Autre(s):
- défavorable: le projet ne peut pas être initié

Référence du CEHF: 2018/08FEV/056 (*à mentionner lors de toute correspondance ultérieure*)

N° d'enregistrement belge: B 403201835696

Comité d'Ethique UCL - SAINT-LUC
Professeur Date et signature: <i>EAUX</i> Professeur <i>J.M. MALOTEAUX</i> Président CEHF
<i>M. Maloteaux</i>
15.03.2018

