

Les difficultés des médecins généralistes  
étrangers exerçant en Picardie.

MEMOIRE DE DES DE MEDECINE GENERALE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2015

À la faculté de médecine d'Amiens

Par Fanny JOSSEAUME

PRESIDENTE DU JURY : Madame le Professeur Colette DUFOUR

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE  
Madame le Professeur Cécile MAZIERE  
Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN



Les difficultés des médecins généralistes  
étrangers exerçant en Picardie.

MEMOIRE DE DES DE MEDECINE GENERALE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2015

À la faculté de médecine d'Amiens

Par Fanny JOSSEAUME

PRESIDENTE DU JURY : Madame le Professeur Colette DUFOUR

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE  
Madame le Professeur Cécile MAZIERE  
Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN



À ma présidente de jury,

Madame le Professeur Colette DUFOUR

Professeur des Universités - Médecin Généraliste

(Médecine générale)

Coordonnateur du Département de Médecine générale

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury,*

*Vous m'avez encouragée et guidée dans les débuts de mes recherches.*

*Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

À mon juge,

Monsieur le professeur Jean-Claude MAZIERE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Laboratoire de Biochimie

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,  
Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.*

À mon juge,

Madame le professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury,  
Soyez assurée de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.*

À mon juge,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Anatomie et cytologie pathologique)

*Merci de votre disponibilité et de me faire l'honneur de juger mon travail.*



À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Médecin généraliste

Docteur en médecine

Médecin généraliste enseignant – Département de Médecine Générale

*Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et pour votre disponibilité.*

*Vos conseils ont été précieux et nos discussions enrichissantes.*

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude,

*Merci d'avoir accepté de m'accueillir et de vous être livrés à moi avec tant de sincérité.  
J'espère que vous aurez plaisir à lire mon travail.*

À mes parents, à Cécile, à ma famille,  
Merci de votre soutien et de votre amour tout au long de mon parcours. Merci de m'avoir permis d'en arriver là. J'ai mis le turbo, maman ! Merci de m'avoir (un tout petit peu) suggéré de m'engager dans ces études.

À Thibault,  
Tout est mieux quand tu es là.  
Merci d'être là depuis tout ce temps, et peut-être plus particulièrement ces derniers mois. Merci pour tes petits soins, tes petits plats et tes bouquets de fleurs. Je te rendrai la pareille en temps voulu...  
Mais allons faire un tour maintenant !

À mon Crapaud, à ma Paupiette et à votre papa.  
Quelle belle petite famille vous faites avec ma sœur... Que j'aime vous voir grandir et apprendre de vous.

À ma belle-famille,  
Merci de m'avoir fait une place si douillette dans votre famille, je m'y sens bien.

À mes compagnons de galère,  
Mes amis médecins, rencontrés sur les bancs de la fac (ou en tout cas pas très loin)... Pour nos discussions, pour nos révisions, pour nos bons moments, pour les conseils et les expériences qu'on partage toujours. Merci de m'avoir aidée à grandir dans ma blouse blanche.

À Ambre,  
Merci pour ton soutien et ton aide tout au long de mon travail. Nos discussions et tes conseils avisés m'ont été bien utiles !

À Émilie,  
Merci de m'avoir aidée à savoir ce qu'il fallait faire.

À Thomas,  
Merci de m'avoir aidée à savoir ce qu'il ne fallait pas faire.

À Julie,  
Courage.

À Gontran et Tomlèche,  
Parce que sinon vous allez être jaloux.

À tous mes amis,  
Merci de m'offrir tant de bons et beaux moments et d'être si souvent partants pour en avoir d'autres.  
Merci pour vos encouragements.  
Merci pour la sauce.

À tous les soignants et patients qui m'ont appris mon métier.

# **TABLE DES MATIERES**

LISTE DES ABREVIATIONS .....	14
I/ INTRODUCTION .....	15
II/ CONTEXTE : LES MEDECINS ETRANGERS EN FRANCE.....	17
III/ MATERIEL ET METHODE .....	18
A/ Choix du type d'analyse .....	18
B/ Bibliographie et guide d'entretien .....	18
C/ Sujets de l'étude.....	18
D/ Conditions de recueil .....	19
E/ Méthode d'analyse des données.....	20
IV/ RESULTATS .....	21
A/ Caractéristiques des médecins interrogés .....	21
B/ Langue française .....	22
C/ Démarches administratives :.....	23
1/ Autour de l'installation en libéral : .....	23
2/ Dans la pratique quotidienne et le système de soins français .....	25
D/ Exercice de la médecine générale ambulatoire.....	26
1/ Conditions de travail .....	26
2/ Pathologies rencontrées par le médecin généraliste.....	27
3/ Prescription de médicaments et d'examens complémentaires .....	29
4/ Actes techniques réalisables en médecine générale .....	30
5/ Charge de travail et organisation.....	30
E/ Difficultés relationnelles .....	32
1/ Patients .....	32
2/ Confrères et autres soignants.....	33
3/ Municipalité .....	35

F/ Vie personnelle.....	36
1/ Émigration et intégration.....	36
2/ Finances.....	38
3/ Cadre de vie.....	39
G / Ressenti général.....	39
H/ Relations entre médecins étrangers. ....	40
V/ DISCUSSION .....	41
A/ Principaux résultats.....	41
B/ Forces et faiblesses de l'étude.....	41
C/ Études similaires .....	43
D/ Hypothèses explicatives .....	45
1/ Différences culturelles.....	45
2/ L'influence de la culture sur la santé .....	47
3/ Langue.....	48
4/ La médecine générale « à la française » et les médecins étrangers.....	50
E/ Changements à envisager .....	51
1/ Maîtrise de la langue française.....	51
2/ Intégration au système de soins.....	52
3/ Les agences de recrutement.....	53
4/ Échanges internationaux .....	54
VI / CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE .....	57
ANNEXES .....	59
ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	59
ANNEXE 2 : Enregistrement des entretiens sur CD .....	60
ANNEXE 3 : Serment d'Hippocrate .....	61

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil national de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse ou Insuffisance Ventriculaire Gauche.

TSA : Troncs Supra Aortiques

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## I/ INTRODUCTION

Dans les différents services des hôpitaux d'Amiens en tant qu'externe, puis davantage encore en tant qu'interne dans les autres hôpitaux de la région, j'ai pu faire la connaissance et échanger avec de nombreux médecins étrangers. Pendant ces années où j'apprenais mon métier, j'ai souvent été épaulée dans cette tâche par des étudiants ou des médecins algériens, roumains, marocains, moldaves, italiens, libanais, tunisiens, syriens, togolais... J'appréciais ces moments d'échanges où au détour d'une conversation ils m'en disaient un peu plus sur leur pays, leur culture, leur histoire...

D'après les atlas de démographie médicale publiés chaque année depuis 2007 par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), ces médecins étrangers seraient de plus en plus nombreux à exercer en France. Ainsi, en 2014, sur les 198 760 médecins exerçant en France, 20,3% d'entre eux seraient nés à l'étranger et 11,35 % d'entre eux seraient diplômés de l'étranger (1). Dans un contexte de crise de la démographie médicale en France, encore plus criante dans la spécialité de médecine générale (2), ces médecins sont alors parfois vus comme un espoir pour repeupler les déserts médicaux. Des agences spécialisées dans le recrutement de personnel médical à l'étranger ont vu le jour et se sont multipliées pour mettre en relation les collectivités locales avec des médecins étrangers.

Lorsqu'un médecin étranger, imprégné de sa culture, de l'histoire de son pays et de sa propre société prend la décision de venir travailler en France, il va devoir s'intégrer professionnellement et personnellement dans une société différente.

Dans sa définition de la médecine générale, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), reconnaît plusieurs spécificités à cette spécialité : Il s'agit du « *premier contact habituel avec le système de soins* ». Le médecin généraliste est un coordinateur dans le système de soins qui a une approche « *centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire* » et la consultation se fait à travers une « *relation médecin-patient privilégiée* ». Le médecin généraliste offre une « *réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* ». (3)

En tant que médecin généraliste, le médecin étranger sera donc le premier recours pour des patients parlant une autre langue, issus d'une culture différente, avec une histoire différente, et parfois d'autres problèmes de santé que ceux qu'il peut rencontrer dans son pays d'origine. Il va devoir assumer chacune de ses fonctions dans un système de soins différent du sien et interagir avec d'autres acteurs dans un système social différent. Il va devoir changer ses habitudes de travail et son organisation. L'isolement relatif de la médecine générale ne permet pas les facilités d'intégration et d'aide pour maîtriser les différents systèmes que pourrait offrir un travail en centre hospitalier. Le médecin généraliste étranger est alors à même de rencontrer des difficultés dans chaque aspect de l'exercice de son métier.

L'objectif de ce travail est de déterminer les difficultés éventuelles rencontrées par les médecins généralistes étrangers exerçant en libéral en Picardie.



## **II/ CONTEXTE : LES MEDECINS ETRANGERS EN FRANCE**

À l'échelle mondiale, la migration des personnels de santé s'est accrue depuis le début des années 2000. Ces migrations se font dans un contexte d'accroissement général du nombre de migrations et dans celui plus particulier de l'augmentation des migrations de personnels hautement qualifiés dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques). Ces flux de personnels de santé se constatent principalement des pays en voie de développement vers les pays développés mais sont également croissants entre pays développés et entre pays en voie de développement(4)(5).

Depuis 2009, chaque année, environ 1 nouvel inscrit sur 4 à l'Ordre des médecins en France est diplômé de l'étranger. En 2013 ils représentaient 8,9% des médecins en activité régulière en France. Parmi eux, 46,8% étaient européens, 53,2% étaient non européens. Les médecins algériens arrivaient en tête avec 22,2% des médecins diplômés à l'étranger, suivis des roumains (17,7%) et des belges (8,9%) (5).

Les médecins diplômés à l'étranger sont une majorité à exercer en tant que salariés, mais parmi eux les médecins diplômés dans l'Union Européenne ont une tendance un peu plus marquée à avoir une activité libérale. (1)

J'ai pu contacter par e-mail Mme Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, géographe de la santé en charge des Atlas de démographie publiés chaque année depuis 2007 par le CNOM. D'après elle, il y aurait ainsi en Picardie 30 médecins diplômés à l'étranger exerçant la médecine générale en libéral.

### **III/ MATERIEL ET METHODE**

#### **A/ Choix du type d'analyse**

J'ai choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie.

La méthode qualitative a été choisie puisque le but de mon étude n'est pas de quantifier, mais de décrire et de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie.

J'ai choisi la méthode de l'entretien semi-directif en face à face avec des médecins généralistes étrangers en activité libérale en Picardie. L'entretien semi-directif permet aux personnes interrogées, au cours d'une discussion en face à face, de s'exprimer librement autour de thèmes proposés par l'enquêteur, ici les difficultés éventuelles rencontrées dans les différents aspects de l'exercice de la médecine générale par ces médecins étrangers. (6)

#### **B/ Bibliographie et guide d'entretien**

La bibliographie a été réalisée en utilisant le moteur de recherche des ressources en ligne de la bibliothèque universitaire de l'université Jules Verne d'Amiens, notamment celui du Cairn et celui de Google scholar avec les mots clés « médecin étranger », « médecin généraliste », « mobilités internationales » « mobilités professionnelles », « migration des professionnels de santé » et au cours d'un rendez-vous d'aide à la recherche bibliographique à la bibliothèque universitaire du pôle santé de la faculté Jules Verne d'Amiens.

En partant de l'hypothèse que les médecins étrangers étaient susceptibles de rencontrer des difficultés dans chaque aspect de la vie d'un médecin généraliste, le guide d'entretien a été réalisé après cette recherche bibliographique qui a permis de l'organiser autour des différents aspects de l'exercice de la médecine générale et de l'expérience des migrations de personnels de santé. (Annexe 1)

#### **C/ Sujets de l'étude**

L'enquête a porté sur des médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie. Les critères d'inclusions étaient :

- être médecin généraliste en cabinet médical
- exercer en Picardie
- être né à l'étranger
- être diplômé à l'étranger
- accepter de m'accueillir pour un entretien

Les Conseils de l'Ordre des médecins des trois départements picards n'ont pas pu me fournir de listes de médecins remplissant ces critères. J'ai pu obtenir des coordonnées de médecins susceptibles de remplir ces conditions par le bouche à oreille, en demandant à mes connaissances dans les trois départements picards s'ils connaissaient un médecin généraliste étranger exerçant près de chez eux. J'ai également utilisé les moteurs de recherche des archives des sites des journaux locaux (le Courrier Picard, le Parisien, l'Aisne Nouvelle, l'Union) pour trouver des articles annonçant l'installation de médecins étrangers dans telle ou telle commune et pour chercher leurs coordonnées dans les pages jaunes. Enfin, j'ai demandé à chaque médecin interrogé s'il connaissait d'autres médecins généralistes installés dans la région.

La taille de l'échantillon n'était pas fixée d'avance, car dans ce type d'étude qualitative, on effectue le recueil des données jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'un nouvel entretien n'apporte aucune idée nouvelle.

## **D/ Conditions de recueil**

Les entretiens ont été réalisés au cabinet médical de chaque médecin après une prise de rendez-vous par téléphone. Après une présentation de mon parcours, et du sujet de ma thèse, j'ai demandé à chaque médecin s'il acceptait d'être enregistré en assurant l'anonymisation de l'entretien. Je les ai ensuite informés du déroulement de l'entretien, j'ai recueilli manuellement certaines données variables (année de naissance, nationalité, pays de diplôme, dates d'arrivée et d'installation en France, sexe, lieu d'exercice rural, semi-rural ou urbain), puis débuté l'enregistrement des entretiens à l'aide d'un dictaphone numérique.

Après une question d'accroche concernant le parcours professionnel du médecin interrogé permettant de « briser la glace », j'ai demandé aux médecins s'ils avaient éprouvé des difficultés depuis leur installation et les ai laissés s'exprimer. Lorsqu'un sujet était épuisé, soit parce que le médecin n'avait aucune remarque à faire, soit parce qu'il avait déjà évoqué différents aspects de son problème, je formulais une question de relance pour l'amener sur un autre sujet. Le but était d'avoir le moins d'influence possible sur la réponse et de poser les questions dans la plus grande neutralité possible.(6)

Après avoir évalué le ressenti général de leur expérience avec la question « Et si c'était à refaire ? », je laissais une opportunité au médecin interrogé d'ajouter quelque chose puis coupais l'enregistrement. Pour des raisons pratiques d'anonymisation, la dernière question qui portait sur la connaissance d'autres médecins généralistes étrangers n'a pas toujours été enregistrée, au profit d'une prise de note.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement à l'aide du logiciel Sonal®.

## **E/ Méthode d'analyse des données**

Après retranscription, j'ai procédé à une analyse thématique des données. C'est-à-dire que j'ai tout d'abord découpé chaque entretien en différents extraits suivant le thème abordé.

Les thèmes étaient ceux figurant dans mon guide d'entretien, mais aussi ceux apportés spontanément par les médecins interrogés à chaque entretien, de façon inductive. En tentant de m'imprégner au maximum des entretiens, j'ai créé de nouveaux thèmes et sous-thèmes dans lesquels j'ai pu classer chaque extrait précédemment découpé, me permettant de constituer une grille d'analyse.

Cette grille a été utilisée ensuite pour procéder à une analyse transversale des données, en comparant les énoncés à l'intérieur de chaque thème et sous-thème pour effectuer des regroupements, ainsi qu'une analyse longitudinale en comparant l'organisation de chaque entretien, l'ordre d'apparition des thèmes et sous-thèmes et leur enchaînement (6)(7).

L'analyse a été faite sans utilisation de logiciel et sans triangulation, l'enquêtrice étant la seule à la réaliser.

## IV/ RESULTATS

### **A/ Caractéristiques des médecins interrogés**

Sept entretiens ont été réalisés entre le 30 septembre 2014 et le 15 décembre 2014 (Annexe 2).

Les caractéristiques des médecins interrogés étaient les suivantes :

	Nationalité	Pays d'obtention du diplôme	Nombre d'années d'exercice à l'étranger	Recrutement par une agence	Lieu d'exercice	Année de l'installation dans le cabinet actuel	Age	Sexe
<b>MG1</b>	Espagnole	Espagne	24	Oui	Rural	2014	50	F
<b>MG2</b>	Roumaine	Roumanie	20	Non	Semi-rural	2014	52	F
<b>MG3</b>	Roumaine	Roumanie	25	Non	Rural	2012	54	F
<b>MG4</b>	Roumaine	Roumanie	22	Non	Semi-rural	2013	55	F
<b>MG5</b>	Roumaine	Roumanie	28	Non	Urbain	2011	57	M
<b>MG6</b>	Hongro-Roumaine	Roumanie	32	Oui	Urbain	2014	58	M
<b>MG7</b>	Roumaine	Roumanie	27	Oui	Urbain	2013	56	M

On remarque que tous sont européens et qu'il y a une nette prédominance de médecins d'origine roumaine dans les effectifs. Tous les médecins interrogés ont entre 50 et 58 ans, la moyenne d'âge est de 54,6 ans.

Quatre d'entre eux exerçaient dans l'Aisne, deux dans l'Oise et un dans la Somme.

## **B/ Langue française**

La majorité des médecins interrogés a déclaré avoir eu certaines difficultés pour maîtriser la langue française au début de leur installation, mais les avoir aussi progressivement surmontées :

« *Ça m'a demandé beaucoup d'efforts au début.* » (MG4)

« *Peut-être au départ, mais maintenant je ne me rends plus compte. Je suis arrivé à un certain niveau...je ne me souviens plus comment c'était* » (MG5)

« *Non...Ah, oui. Je n'avais pas parlé français depuis plus de 24 ans et j'ai oublié beaucoup. Mais doucement, doucement, ça revient.* » (MG6),

« *Je me fais comprendre et je comprends* » (MG1).

Certains médecins avaient préparé leur arrivée en France en prenant des cours de français dans leur pays d'origine et poursuivent leur apprentissage sur place:

« *Quand je me suis décidé à venir, j'ai fait 3 mois de cours intensifs, pas beaucoup. Mais je continue à apprendre quand j'ai le temps et que je ne suis pas trop fatigué (rires)* » (MG7)

Tous les médecins étaient originaires de pays dans lesquels les langues officielles (le roumain et le catalan) partagent la même racine latine que la langue française et où le français était souvent enseigné à l'école, ce qui a facilité la maîtrise de la langue :

« *Je parle le catalan et il y a beaucoup de similitudes entre le catalan et le français et si je ne sais pas comment dire une chose en français, je la dis en catalan et c'est pareil.* »(MG1)

« *À l'école élémentaire, j'ai appris 2 ans un peu de français* » (MG7)

« *J'avais appris le français au lycée et n'avais pas pratiqué depuis.* » (MG4)

De plus, les termes médicaux, le langage propre à la médecine, varient peu d'une de ces langues à l'autre :

« *Je vous le dis, le langage professionnel, c'est le même (...) les termes médicaux sont les mêmes.* » (MG7).

Cependant, le dialecte picard de leurs patients, inconnu de ces médecins généralistes étrangers, a parfois pu les dérouter :

« *Et le Picard, c'est différent...Au début certains patients me faisaient des blagues en parlant Picard...* » (MG4),

« *La première difficulté que j'ai rencontrée c'était la langue, parce que j'avais beaucoup de patients qui me parlaient en Picard. C'est pas du français ! C'est quelque chose que même les français ne comprennent pas...* » (MG3)

La dernière difficulté évoquée sur le plan linguistique était l'utilisation de sigles et d'abréviations, fréquentes dans la langue française et plus peut-être plus particulièrement dans le monde médical : « *J'ai eu aussi des difficultés avec les abréviations : BPCO [Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive], HAD [hospitalisation à Domicile], TSA [Troncs Supra Aortiques]... Elles sont très utilisées en France, pas seulement en médecine, et c'est parfois difficile de savoir de quoi on parle.* » (MG4)

## **C/ Démarches administratives :**

Certains médecins interrogés ont reconnu avoir eu des difficultés sur le plan administratif, que ce soit au moment de leur installation, dans la gestion de leur activité professionnelle, ou dans leur pratique quotidienne.

### ***1/ Autour de l'installation en libéral :***

Les démarches administratives permettant l'installation ont été perçues comme difficiles par certains médecins :

« *Oui, notamment sur le plan administratif, pour l'Ordre des médecins, l'URSSAF [Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales]... (...) Je n'ai pas eu de problème en particulier, mais c'était difficile quand même, pour quelqu'un qui ne connaît pas le système.* » (MG4)

Les démarches permettant l'installation ont été perçues comme longues et fatigantes et ce même lorsque le médecin a eu recours à une agence de recrutement de personnel médical à l'étranger lors de son installation :

« *J'avais commencé les démarches administratives en décembre 2013, et j'ai commencé à travailler le 1<sup>er</sup> août. Ça fait 6 mois à attendre de travailler ici.* » (MG1)

« *À cause des démarches administratives de la France, je suis très fatiguée* » (MG1),  
« *Attendre, attendre, attendre...* » (MG1).

Ce médecin regrettait le nombre des intervenants et des démarches administratives nécessaires à son installation en France :

« *Beaucoup de difficultés mais beaucoup de difficultés avec les démarches administratives en France. Des difficultés pour aller à l'URSSAF, la CARMF [Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France], l'Ordre des médecins, pour la responsabilité civile... beaucoup de démarches administratives dans différents lieux.* » (MG1).

L'efficacité des différents services à disposition de ces médecins pour contacter les différents organismes permettant de valider leur installation a également été mise en défaut, ainsi que l'organisation au sein même de ces organismes, nécessitant une multiplication de rendez-vous pour mener à bien ces démarches administratives :

*« J'envoie tous les documents avec ma signature et une semaine après, je reçois le même document parce que l'adresse apparue dans le logiciel de l'URSSAF n'est pas la bonne...J'ai dû envoyer une autre fois la même lettre à la bonne adresse... Mais sur le logiciel de l'URSSAF, pourquoi ils n'ont pas changé l'adresse? » (MG1)*

*« Ils m'ont donné rendez-vous à 4 heures du soir. J'arrive à 15 heures, une heure avant, j'attends. Quand je vais à la CPAM [Caisse Primaire d'Assurance Maladie], je finis à la CPAM et après on me dit que c'est tout. J'ai demandé "mais vous m'avez dit d'aller au guichet unique pour faire d'autres démarches..." " Ah non non, il est 5 heures, tout est fermé.", donc retour à G\*\*\*\*, à attendre.... »*

Ce médecin regrettait surtout la dispersion des différents intervenants autour de l'installation alors qu'il était habitué, dans son pays d'origine, à effectuer ces démarches en quelques heures grâce à un guichet unique :

*« Par exemple, à Barcelone il a un même bâtiment, où le médecin peut aller le mardi matin et dans le même bâtiment il fait toutes les démarches, de la retraite, responsabilité civile, la sécurité sociale et l'Ordre des médecins(...). Tout est centralisé dans le même bâtiment et pendant une heure ou deux heures toutes ces démarches administratives se sont bien passées. Ici, pour aller faire une démarche, j'ai besoin d'un numéro d'un autre...c'est plusieurs mois d'attente... » (MG1)*

Certains médecins ont préféré se faire aider par un comptable pour faire face à ces difficultés :

*« Il faut savoir gérer ça. L'URSSAF, la CARMF... Je ne sais pas si je dois leur payer des choses... Je signe mes papiers et je les envoie à mon comptable. » (MG4)*

*« Nous avons compris comment marche le système, avec un comptable, un bon comptable, avec une bonne...je ne sais pas...pour gérer les dépenses et tout ça...c'est bien, mais c'est difficile. » (MG7)*



## *2/ Dans la pratique quotidienne et le système de soins français*

La gestion de la part administrative de l'exercice de médecin généraliste a pu elle aussi être problématique pour certains médecins, qui la considéraient comme lourde et chronophage :  
« *Le cabinet de médecine générale c'est différent de l'hôpital. À l'hôpital les médecins sont des médecins et seulement des médecins. Ici dans le cabinet de médecin généraliste le médecin fait le médecin mais il fait aussi beaucoup de papiers.* » (MG1.)

L'intégration au système de soins français a nécessité de nouvelles démarches pour ces médecins qui pouvaient souffrir d'un manque de formation:

« *Je sais qu'il y a une carte Vitale, mais je ne sais pas ce qu'il y a dans la carte Vitale* » (MG1)

« *C'est assez lourd et compliqué, surtout pour quelqu'un qui vient de l'étranger et qui ne comprend pas bien le système.* » (MG4),

« *J'ai eu des difficultés, par exemple avec les accidents de travail, beaucoup de formalités...bon, c'est surtout sur les arrêts de travail, là j'ai eu... C'était dur...oui je reconnais. C'était très...compliqué. Il faut savoir, il faut travailler dessus, il faut savoir bien, malgré le fait que j'ai beaucoup étudié sur Ameli [Le site internet de la sécurité sociale] comment on fait, mais quand j'étais devant le patient... "Ouh! Qu'est-ce que je fais ici? Où je coche?". Voilà c'est ça. C'est administratif.* » (MG3)

Le rôle médico-social des médecins généralistes dans le système de soins français et dans l'organisation des aides pour leurs patients nécessitait une certaine adaptation. En effet, ces médecins n'étaient pas toujours habitués à autant d'aides médico-sociales :

« *Et puis le système de santé est différent : chez moi, il y a moins de protection sociale, notamment pas d'aide à domicile pour les personnes âgées...* » (MG4),

« *L'autre chose, c'est qu'il faut quelques mois pour comprendre le système de santé français, parce qu'en comparaison avec le système sanitaire en Roumanie, ici le patient bénéficie de plusieurs droits...qui de mon point de vue sont exagérés.* » (MG7)

Au contraire, d'autres médecins se sont sentis plutôt soulagés sur le plan administratif, en comparaison avec leur pays d'origine, où les démarches administratives étaient perçues comme plus problématiques :

« *L'administration ici en France et en comparaison avec la Hongrie, c'est très petit (...). En Hongrie, l'administration est un problème très grave.* » (MG6)

« *C'est bien plus difficile en Roumanie de faire plein de papiers. La paperasse est encore plus importante en Roumanie qu'en France.* » (MG5).

## **D/ Exercice de la médecine générale ambulatoire**

### ***1/ Conditions de travail***

Les médecins roumains interrogés ont apprécié la liberté qu'ils ont trouvée dans leur exercice, en comparaison avec leur pays d'origine où ils connaissaient beaucoup de restrictions qui compliquaient la prise en charge de leurs patients. En effet, non seulement les prescriptions des médecins généralistes étaient limitées, mais l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes y était difficile :

*« Par rapport à ce qu'on faisait en Roumanie... C'est plus restrictif chez nous. (...) Par exemple je n'ai jamais eu le droit de traiter un diabète, les psychoses, les dépressions, les maladies chroniques. Il faut être vu par le spécialiste, même s'il y a un temps d'attente... » (MG3)*

*« Chez nous on devait écrire le diagnostic sur nos ordonnances. » (MG2)*

*« On n'a pas le droit, là-bas en Roumanie, de prescrire l'IRM [Imagerie par Résonance Magnétique] et le scanner. C'est prohibé. C'est que les hôpitaux. Les médecins généralistes n'ont pas le droit de prescrire ni même la banale radiographie. Bon, rarement on prescrit, mais ce n'est pas remboursé si c'est prescrit par nous. » (MG3),*

*« Peut-être qu'on a d'autres possibilités d'investigation ici. En Roumanie pour faire une IRM par exemple, il faut débourser sérieusement ou il faut attendre 6 mois ou quelque chose comme ça, » (MG5).*

Par comparaison avec la Roumanie, la liberté de prescription trouvée en France et l'accès facilité aux examens pour les patients ont été salués :

*« Ici c'est une liberté de comprendre, pour appliquer les connaissances médicales, c'est plus généreux. Les faits sont plus bien de mon point de vue. » (MG7).*

Parfois cette liberté de prescription était même perçue comme une source de dépenses de santé inutiles, mais un mal nécessaire à la bonne prise en charge du patient : *« Il y a beaucoup de différences entre les 2 systèmes. En France c'est beaucoup de gaspillage, en Roumanie c'est beaucoup de restrictions. C'est mieux le gaspillage que la restriction. (...) On ne veut pas faire de gaspillage, on ne veut pas gaspiller, mais... la pathologie...il faut chercher pour ne pas passer à côté de quelque chose de grave, donc forcément, à la fin on découvre qu'on a fait des investigations pour rien, que tout est normal, mais à la fin on peut dire qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose de grave. » (MG3).* La possibilité de réaliser des examens médicaux au cabinet était d'ailleurs bien intégrée par ce médecin qui n'hésitait pas à réaliser des examens habituellement réalisés par des médecins spécialistes d'appareils : *« Les électrocardiogrammes, la spirométrie et l'audiométrie, ça je fais. » (MG3).*

Sur le plan matériel, les locaux dont disposaient les médecins généralistes manquaient parfois de confort : « *Ce n'est pas très confortable ici, avec le train qui passe à côté...* » (MG2)

## ***2/ Pathologies rencontrées par le médecin généraliste***

Certains médecins constataient des différences dans les motifs de consultation entre leur pays d'origine et leur lieu d'exercice actuel :

« *C'est à dire, en Roumanie c'était plus la cardio-vasculaire, c'était les hypertensions, les infarctus, la cardiopathie ischémique, l'obésité, le diabète... Ici c'est plutôt musculaire et articulaire...voilà...peut-être un petit peu plus de dégénératif qu'en Roumanie.* » (MG5).

Certains médecins percevaient les effets de la culture picarde ou peut-être française, dans les pathologies rencontrées, notamment ceux des habitudes de vie ou des habitudes alimentaires:

« *Ici je vois beaucoup plus de cancer, de BPCO, beaucoup de fumeurs...* » (MG4),

« *C'est normal, il y a quelques différences de tradition, problèmes culturels, problèmes d'habitudes alimentaires, parce qu'en Roumanie, il n'existe pas ce problème de sigmoïdite comme il existe ici. Il n'existe pas la même chose au niveau des diabétiques comme ils sont ici. Mais ça c'est un problème d'habitudes alimentaires, c'est clair.* »(MG7).

Il a également été constaté une différence dans le seuil de sensibilité de certains patients :

« [MG7]: *Bon, de mon point de vue, la "sensibilité", entre guillemets. La sensibilité des patients français c'est très très haut. Bon...ils sont habitués depuis quelques générations comme ça.*

[Enquêtrice]: *C'est à dire, vous trouvez qu'ils se plaignent beaucoup?*

[MG7]: *Oui.* »

Ce médecin suspecte le développement industriel d'être à l'origine de produits nocifs pour la santé en faisant le constat que ses patients âgés d'une quarantaine d'années actuellement ont plus de problèmes de santé que leurs aînés. Ainsi, d'après lui, des facteurs environnementaux pourraient avoir une influence sur l'état de santé de la population picarde:

« *Parce que les plus jeunes ne connaissent pas le lourd de la vie, en comparaison avec les personnes vieilles qui ont passé une guerre, qui ont passé une période de refaire du pays, au travail toute leur vie, avec un travail lourd. Et c'est normal d'avoir quelques problèmes de santé spécialement chez des personnes qui ont eu un travail physique. (...)Mais en comparaison avec les personnes jeunes, les personnes vieilles ont une bonne santé en plus. Je ne sais pas pour quelle raison. C'est possible qu'il y ait une part de développement industriel avec plusieurs produits nocifs pour la santé pour la génération jusqu'à 40 ans.* »(MG7)

Puisqu'ils n'avaient pas l'autorisation de suivre certains patients en raison de leurs pathologies lourdes, les médecins roumains avaient parfois le sentiment de manquer d'expérience dans la prise en charge de ces maladies, même si les bases théoriques étaient maîtrisées : « *Donc ce sont les mêmes pathologies, mais l'expérience... Peut-être qu'on a accumulé de l'expérience, mais pas comme quand on travaille ici (...). Je connaissais bien sûr la théorie, mais après, mettre en pratique... Oui, la première ordonnance est la plus difficile, mais après ça va.* » (MG3).

Les pathologies des patients picards pouvaient également leur sembler plus lourdes que celles de leurs patients roumains. La possibilité de pouvoir demander un avis à un confrère d'une autre spécialité était alors appréciée : « *Les pathologies sont plus lourdes ici : je vois des patients âgés, poly-pathologiques : des diabétiques avec des insuffisances rénales, des ulcères... J'ai exercé 25 ans dans mon pays, j'ai vu des diabètes, mais pas aussi évolués. Il faut savoir demander un avis, c'est important de connaître ses limites et de savoir qu'on ne connaît pas tout.* » (MG4).

Pour le médecin espagnol, n'ayant pas connu les restrictions, il était clair que son expérience professionnelle en Espagne lui permettait de ne pas être mis en difficultés avec les pathologies qu'elle rencontrait en Picardie : « *Toutes sortes de pathologies, les enfants, les personnes âgées, la traumatologie, de tout...les vaccins...(...) C'est la même chose. J'ai beaucoup d'expérience, j'ai 23 ou 24 ans d'expérience, donc c'est l'expérience qui fait que je peux faire bien les traitements.* » (MG1).

Un autre motif de consultation a posé problème à un médecin qui avait arrêté de faire des renouvellements de traitement substitutif: « *Je ne fais pas de renouvellement de traitements substitutifs. J'ai déjà vu un ou deux patients qui me l'ont demandé... Une fois, j'ai senti que le patient n'était pas honnête. J'ai donc appelé la pharmacie qui m'a confirmé que le patient faisait le tour des médecins pour obtenir son ordonnance. Je ne lui ai pas faite. Je ne veux pas de problème avec ça. J'évite les relations qui peuvent devenir dangereuses.* » (MG4)

### ***3/ Prescription de médicaments et d'examens complémentaires***

Les médecins interrogés n'ont pas ressenti de grandes difficultés concernant le nom des médicaments qu'ils utilisent en médecine générale, notamment en raison de l'habitude qu'ils avaient prise de prescrire en DCI (Dénomination Commune Internationale) lorsqu'ils exerçaient dans leur pays d'origine :

*« Écoutez c'est extrêmement facile, parce que en Roumanie on avait l'obligation de marquer toujours en DCI, ça veut dire en dénomination commune internationale, alors je n'ai eu aucune difficulté. » (MG5),*

*« Ce sont les mêmes noms, avec parfois un changement sur une lettre, un accent, mais c'est la même prescription. » (MG1).*

A l'inverse, les différentes dénominations commerciales pour une même molécule, pour des médecins habitués aux DCI impliquent un temps d'adaptation pour d'autres : *« en Roumanie nous utilisons par exemple Aténolol comme ça. Ici il y a plusieurs dénominations commerciales. Pour apprendre toutes les dénominations, c'est un problème de temps pour s'adapter. » (MG7)* Les bases de données médicamenteuses sont alors une aide précieuse pour la prescription de traitements : *« Pour la prescription j'ai l'aide du Vidal®, mais en Espagne c'est pareil, c'est le même livre. Et ici, dans le logiciel médical, il y a la banque Claude Bernard®, donc la prescription c'est pareil. » (MG1)*

Certains médecins ont éprouvé des difficultés à s'adapter aux recommandations en usage en France et aux habitudes de prescription rencontrées lors de leur exercice en Picardie : *« Pour moi ce sont des nouveautés parce que la pharmacologie française et la posologie des médicaments sont différentes de ce que j'ai trouvé en Roumanie, en Hongrie, en Autriche par exemple. (...) Par exemple dans les familles d'antibiotiques, il est très bien précisé "peut être utilisé seulement pour ce type d'infection" et un autre antibiotique qui est dans la même catégorie d'antibiotiques ne le sera pas. Pour moi...Je n'ai pas compris. » (MG6)*

Les médecins interrogés n'ont pas évoqué de problème liés aux prescriptions d'examens complémentaires.

#### ***4/ Actes techniques réalisables en médecine générale***

Les actes techniques réalisables en médecine générale ne sont pas ressentis comme une source de problème, d'autant plus qu'ils peuvent être confiés à d'autres spécialistes ou en centre hospitalier :

*« Au début, j'ai eu de petits soucis, mais on faisait les mêmes actes dans mon pays. Maintenant j'adresse facilement les patients aux spécialistes ou aux urgences. » (MG4),*

*« Je ne fais pas. J'ai compris qu'on a le droit de ne pas faire, donc comme l'hôpital n'est pas loin, je suis équipée avec une petite trousse en cas d'urgence mais je ne l'ai jamais utilisée. Après, des frottis, je n'en ai jamais fait parce que je laisse les gynécos travailler. » (MG3)*

Les domaines de compétences des professionnels de santé ne sont pas les mêmes partout. Un médecin regrettait le fait que les traitements injectables soient la plupart de temps administrés par une infirmière en France, alors que dans son pays d'origine, il avait l'habitude de les administrer lui-même : *« En Hongrie on peut faire...c'est différent... Parce qu'en Hongrie les injections, tous les types d'injections, sont faits par le médecin. Ici par l'infirmière, c'est tout. » (MG6)*. Ce même médecin s'est senti limité dans son droit de réaliser des sutures pour des raisons que je n'ai pas comprises :

*« [MG6]: J'étais habitué à faire des sutures, ici ce n'est pas possible.*

*[Enquêtrice]: Pourquoi ce n'est pas possible ici?*

*[MG6]: Je ne sais pas. Ils m'ont dit qu'ici ce n'est pas possible de faire des sutures au cabinet, et en plus ils ne sont pas remboursés. »*

#### ***5/ Charge de travail et organisation***

Concernant le confort et la charge de travail du médecin généraliste, la possibilité d'organiser soi-même son temps de travail était appréciée :

*« Je fais les consultations sur rendez-vous, ça me rassure de savoir qu'il n'y a personne dans la salle d'attente. »(MG1)*

*« Non. Le confort de travail c'est bon. Je ne travaille que sur rendez-vous. (...) C'est moi mon chef. Quand je suis trop fatiguée je m'arrête un petit peu. » (MG3).*

Certains déploraient le manque de travail, surtout lorsque l'installation était récente et que le médecin n'avait pas encore constitué sa patientèle: *« Le premier mois, à H\*\*\*\*\*, bien sûr que j'ai eu un problème de travail parce que j'ai eu trois, quatre ou cinq patients dans une journée de travail » (MG7).*

Mais la majorité des médecins admettait travailler beaucoup. Certains avaient d'ailleurs été surpris et soulagés de travailler autant en début d'activité :

« *Je suis arrivée récemment ici, j'ai commencé le 1<sup>er</sup> août [2 mois auparavant] et j'ai vu 270 personnes. C'est beaucoup. J'avais pensé que le mois d'août serait un mois tranquille pour commencer....* »(MG1),

« *Je travaille, mais je suis contente parce que j'ai beaucoup de travail.* » (MG1).

La crainte du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out était d'ailleurs présente chez d'autres médecins qui étaient alors plus vigilants et prenaient des précautions pour l'éviter:

« *J'essaye de m'organiser pour éviter de tomber en burn-out... où j'ai déjà été.* » (MG3).

D'autres relativisaient la charge de travail au regard de la possibilité de travailler et de d'exercer le métier qu'ils aiment « [mon emploi du temps] *est chargé (rires), je peux dire qu'il est bien chargé, oui. Mais enfin... on n'a pas le droit de se plaindre quand on a à bosser...c'est encore très bien. Non, mais c'est bien, c'est bien... On travaille entre 9 et 10 heures par jour, quand même(...). On est intéressé de travailler et en plus j'aime mon métier.* ».

Malgré la possibilité d'adapter leur emploi du temps, les horaires tardifs des médecins généralistes pouvaient poser problème à certains médecins qui avaient l'habitude d'avoir plus de temps libre dans leur pays d'origine ou qui peinaient à organiser confortablement leur temps de travail :

« *En Roumanie les horaires du médecin généraliste sont différents : on n'a pas de pause entre midi et deux heures et on finit vers 15 heures. Ici je dois travailler jusqu'à 20 heures et je n'ai le temps pour rien d'autre. Il va falloir que je trouve un compromis.* » (MG2)

« *J'avais réservé mon mardi pour mes démarches administratives, mais tous les mardis soirs je travaille. C'est mon jour férié et je travaille. Et le samedi mes horaires c'est de 9h à 12 heures et je finis vers 15heures.* »(MG1).

En France, le médecin généraliste est souvent acteur dans plusieurs lieux autour du cabinet médical où il exerce. En effet, en plus de ses consultations et de ses visites à domicile, il n'est pas rare qu'il intervienne dans d'autres structures comme les maisons de retraite ou des structures hospitalières. La multiplication de ces terrains d'intervention a compliqué la gestion du temps pour certains médecins « *J'ai repris un cabinet avec beaucoup de patients âgés, avec beaucoup de visites à domicile (...)* Je dois trouver du temps pour gérer beaucoup de choses, et il faut courir, entre les consultations, les visites, l'EHPAD [Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes], l'USLD [Unité de Soins de Longue Durée]... » (MG4).

## **E/ Difficultés relationnelles**

### ***1/ Patients***

Dans les relations que les médecins généralistes partageaient avec leurs patients, certains problèmes ont pu apparaître :

Outre le problème de la compréhension de la langue, les médecins étrangers étaient parfois confrontés au problème de la méconnaissance de certains patients de leurs problèmes de santé et de leur anatomie : *« c'est le problème du patient qui doit comprendre ce que je lui donne à faire, quel examen, quel traitement, et pour qu'il l'accepte. Ça c'est un problème de temps en temps, c'est en fonction du niveau de culture, pour comprendre la situation de santé, de sa propre santé. (...) J'ai vu plusieurs français qui ne savaient pas où étaient leur foie. C'est un problème. » (MG7).*

Si les préjugés sur les patients picards existent : *« Tout le monde a été gentil, même si on m'avait prévenue que les picards pouvaient être un peu fermés, ce n'est pas ce que j'ai ressenti » (MG4)*, ceux sur les médecins étrangers leurs posent certaines difficultés : Ainsi, il existe des préjugés sur les compétences du médecin : *« Bon, les premiers mois (...) une part des patients est partie puisque on a dit que bon, il est roumain, il ne comprend pas très bien, il ne parle pas très bien, il ne connaît pas notre dossier médical... »(MG7)*, et d'autres sur sa volonté de s'installer durablement dans le cabinet médical : *« La population craint que je parte. C'est pour ça que beaucoup de personnes viennent pour faire une consultation, le renouvellement de traitement, une ordonnance, mais je ne suis pas encore le médecin traitant. Ils ne veulent pas changer le médecin traitant, ils attendent de voir si je resterai ici, et je resterai ici. » (MG1).*

Un des médecins avait déjà quitté la petite ville de Picardie où elle était arrivée pour la première fois en France, en raison de ses mauvaises relations avec certains de ses patients *« agressifs, demandeurs, qui sont mal éduqués, qui font la tête, qui râlent...»* et du sentiment d'insécurité lorsque ceux-ci devenaient menaçants : *«Pour vous donner un petit exemple, j'ai traité une gale, une famille avec la gale toutes les semaines. Il fallait aller après chaque patient. Ils venaient sales au cabinet, ils étaient très demandeurs et demandaient n'importe quoi. En plus des fois j'étais dans l'impossibilité de leur faire ce plaisir, là c'était des menaces et j'étais obligée d'appeler un de mes collègues pour me défendre.»* Elle attribue ce comportement à une mauvaise éducation des patients en question et à des préjugés sexistes : *«C'était pas du racisme, c'était plutôt qu'ils profitaient que je suis femme et étrangère. Ils pensaient que j'aurais peur et*



*que j'allais baisser les bras et leur donner tout ce qu'ils voulaient. C'était une mauvaise éducation, des gens qui ne savent ni lire ni écrire, comment on dit...les marginaux...(...) Tout à coup quand un homme arrive, un médecin arrive, homme, tout change. Mais je ne pouvais pas vivre comme ça jusqu'à la fin de ma carrière en demandant "Viens, défends-moi, viens défends-moi" ». Elle avait fini par quitter le cabinet médical de cette ville en raison de ce mauvais « climat » : « J'ai pris la décision de quitter la ville, d'arriver à la campagne, parce qu'ici les gens sont plus éduqués. Ici c'est autre chose »(MG3).*

Avec le temps, de bonnes relations de confiance réciproque ont pu se développer entre les médecins et leurs patients :

*« Après un an, il a quelques patients qui sont devenus des patients habituels. » (MG7),*

*« J'ai des patients qui me font des confidences... » (MG2),*

Marqués par l'histoire de leur propre pays, certains ont même retrouvé une foi en certaines qualités humaines : *« Après avoir connu le régime communiste dans mon pays, où tout était « solidaire » j'ai même compris ici que le mot « solidarité » voulait dire quelque chose. J'ai retrouvé les mêmes valeurs qui sont maintenant périmées chez nous. Chez nous on ne parle plus de solidarité. » (MG4)*

## ***2/ Confrères et autres soignants***

Les médecins étrangers ont pu rencontrer des difficultés d'intégration dans leur milieu professionnel. L'accueil réservé aux nouveaux arrivants par les médecins généralistes des environs n'a pas toujours été des plus chaleureux. Ainsi, un des médecins était très déçu que deux de ses confrères généralistes des environs lui aient refusé de passer une demi-journée dans leur cabinet pour en comprendre le fonctionnement avant son installation :

*« Donc j'avais contacté un médecin pour demander si je pouvais aller avec lui au cabinet médical, un matin, pour voir du moment où les patients entrent jusqu'au moment où ils sortent. Pour voir qu'est-ce qu'il fait avec la carte Vitale, quel logiciel informatique a le médecin, pour voir un peu le cabinet médical... Et le médecin m'avait dit "oui, oui, si vous voulez vous pouvez venir demain à 10h". À 10h je vais au cabinet médical et je tombe sur son épouse. Une épouse très désagréable qui m'a dit "Qu'est-ce que tu fais ici ? Tu dois partir." Après j'avais appelé un autre médecin des environs qui m'avait dit "mais pourquoi tu veux venir ici?", j'ai répondu "parce que je ne connais rien de rien de rien du cabinet médical comme un médecin généraliste. Je dois voir ce que font les patients, je sais qu'il y a une carte Vitale, mais je ne sais pas ce qu'il y a dans la carte vitale, je veux voir le logiciel informatique, je veux voir un peu..." "Et pourquoi, et pourquoi? On vous montrera tout ça à la CPAM...". J'avais dit "ne vous inquiétez*

*pas... " (Le médecin imite un combiné de téléphone qu'elle raccroche). Donc le monsieur de la CPAM ne m'a rien montré des papiers et de tout ça, donc je ne connais rien des papiers. Parce que le médecin généraliste des environs n'a pas voulu me montrer » (MG1). Ce médecin expliquait par la suite qu'elle interprétait ce comportement comme une méfiance de ses confrères envers elle, parce qu'ils craignaient la concurrence que leur faisait subir l'installation d'un nouveau médecin dans les environs : « J'avais parlé avec d'autres personnes qui m'ont dit que les médecins généralistes des environs craignent que je puisse prendre la patientèle. Mais je ne comprends pas, parce que si le médecin généraliste a beaucoup de travail, c'est bien qu'il y ait un autre médecin ici, donc je ne comprends pas. Par contre quand le médecin part en congé, il m'appelle pour savoir si je peux voir ses patients... » (MG1).*

En début d'activité en France, avant que le « réseau » du médecin généraliste ne se soit constitué, les médecins étrangers pouvaient se sentir gênés lorsqu'ils devaient contacter les confrères d'autres spécialités « *Au début j'avais des difficultés à appeler pour prendre des rendez-vous pour mes patients. Maintenant ça va.* » (MG4).

Certains médecins ont pu constituer ce réseau de spécialistes en profitant de stages ou de visites dans les hôpitaux de la région ou de soirées de formation médicale continue :

*« Avant de commencer ici dans le cabinet médical, j'ai fait un stage à l'hôpital de C\*\*\*\*\* pour connaître les médecins de l'hôpital, pour connaître la langue, pour écouter, pour faire connaissance. J'ai de très bonnes relations avec les médecins de l'hôpital de C\*\*\*\*\* » (MG1), « Je participe à toutes les soirées, quand les laboratoires présentent un nouveau médicament ou une recherche à propos de l'impact de ces médicaments au niveau des patients. Il y a quelques médecins spécialistes qui ont parlé à propos de cette recherche. Le cardiologue, le diabétologue, le neurologue, le dermatologue... et plusieurs autres spécialistes. (...) Si j'ai besoin pour un patient, je peux les contacter ou si j'ai besoin d'un renseignement à propos d'un médicament, quel effet...je parle avec le spécialiste. » (MG7).*

Pour les médecins roumains, pour qui l'accès aux spécialistes était plus problématique dans leur pays d'origine, cette possibilité de joindre facilement un spécialiste est appréciée, une fois le réflexe acquis : « *Tu as la possibilité de parler directement avec le spécialiste parce que tu as une urgence. Tu peux consulter le spécialiste plus rapidement. C'est bien.* » (MG7).

Les installations dans des cabinets de groupe favorisaient l'intégration de ces médecins dans leur milieu professionnel :

*« Ah, ils sont formidables ! Mes confrères sont vraiment formidables. Que des bonnes opinions sur eux. » (MG5).*

*« J'étais bien entourée, j'ai eu des confrères, j'étais dans une maison médicale...on était bien ensemble » (MG3),*

Les groupes de formations médicales continues sont un autre moyen d'échanger avec les médecins des environs :

*« Je suis entré immédiatement dans un groupe de développement professionnel continu, tous les 2 mois nous nous rencontrons, nous parlons à propos des problèmes dans la vie médicale. » (MG7),*

*« Et après, mes confrères, je les connais, à droite à gauche, à Noyon et à Roye, on se voit quand on a des réunions, mais sinon on ne se voit pas. » (MG3).*

Les médecins n'avaient pas présenté de problèmes dans leur relations avec les paramédicaux de leur entourage, si ce n'est celui de ne pas avoir le temps de faire connaissance *« Avec les infirmières...je ne les connais pas trop tous les infirmières et tous les kinés, mais par exemple avec les infirmières ça va très bien (...) De toute façon je n'ai pas eu le temps de faire connaissance. C'est pas le temps. Il y a le temps, mais je n'ai pas eu le temps physique parce qu'on a les mêmes horaires de travail. » (MG3)*

### ***3/ Municipalité***

De façon unanime, les médecins étrangers ont déclaré avoir de bonnes relations avec les municipalités des communes où ils exerçaient. En effet, peu importe que celles-ci aient eu ou non besoin de faire appel à une agence de recrutement, les relations avec leur médecin étaient *« Magnifiques ! » (MG1).*

Certaines mairies avaient été à l'origine de l'ouverture du cabinet médical dans lequel exerçaient les médecins : *« Ici la municipalité a donné une aide importante car elle a pris la décision de ré-ouvrir un cabinet dans ce quartier, c'est la décision de la mairie. » (MG7).* Les autres n'hésitaient pas à apporter leur aide aux nouveaux venus face aux difficultés qu'ils rencontraient et à contractualiser avec eux pour s'assurer qu'ils ne dévissent pas leur plaque trop vite, surtout si elles avaient déjà vu un précédent médecin étranger quitter trop vite leur cabinet médical :

*« J'ai fait les papiers de l'URSSAF avec l'aide d'une personne d'ici, du village, c'est un conseiller de la mairie, chez lui, avec le logiciel informatique. » (MG1)*

« Pour le moment la mairie m'a fait signer les documents disant que je dispose gratuitement du cabinet mais que je dois rester 2 ans » (MG1).

Les municipalités favorisaient l'intégration de ces médecins étrangers qui pouvaient être intégrés dans la vie de la commune : « j'ai même été approchée pour entrer dans un comité pour la gestion des problèmes sociaux de la commune. » (MG4).

## **F/ Vie personnelle**

### ***1/ Émigration et intégration***

Les médecins interrogés se sont installés en France autour de l'âge de 50 ans. La construction d'une nouvelle vie est un défi difficile :

« De toute façon, oui, c'est vrai, quand on change le pays, on change tout. On laisse tout derrière. Donc on vient ici, les premiers 6 mois, ça c'est connu dans la médecine des voyageurs, les gens qui déménagent pour plus de 2 ans, comme ça, il faut 6 mois d'adaptation, oui, c'est vrai. Quand on change tout... Quand on est jeune oui, à 25 ans, 30 ans, 35 ans, oui, mais à 47 c'est dur. » (MG3).

Ces médecins ont laissé leurs proches et parfois leurs enfants au pays. Les moyens de communication avec leur famille restée au pays sont alors d'autant plus indispensables.

« [C'est dur] de laisser mes enfants là-bas, mes parents là-bas, bon... je parlais tous les jours au téléphone avec eux, on parlait tous les jours, mais c'était dur, ça me manquait. » (MG3),

« De toute façon il faut que j'aille en Roumanie pour revoir mes parents. Ils viennent quand ils peuvent, j'y vais quand je peux. » (MG3).

« J'ai deux enfants qui étaient restés en Roumanie. » (MG4),

« C'est bien parce que je suis très mobile. Avec l'avion, je peux facilement retourner en Roumanie voir ma sœur et mon fils » (MG4),

Lorsque ces médecins arrivent en France accompagnés de leurs proches, ou lorsqu'ils sont rejoints par ces derniers, leur intégration -par la scolarisation des enfants et l'emploi des conjoints- était une condition importante pour s'installer ou se maintenir quelque part :

« Je resterai ici parce que mon fils a commencé l'école en septembre. Il s'en va content à l'école, donc si mon fils est content je resterai ici. Je ne peux pas partir et changer d'école mon fils donc je resterai ici. » (MG1),

« Je me suis rapproché de C\*\*\*\* parce que mon épouse travaille sur C\*\*\*\* alors c'est un petit peu compliqué de faire tous les jours cet aller-retour. » (MG5),

« Je suis venu ici avec mon épouse, qui est infirmière. En Roumanie elle était infirmière chef, mais ce n'est pas un problème. Elle a fini aussi l'université de psychologie, elle a plusieurs spécialités. Elle a trouvé après 6 mois je crois un poste d'infirmière, initialement avec un mi-temps, mais maintenant elle travaille à temps complet et c'est bien. » (MG7)

D'autre part, le mode de vie des picards n'était pas toujours décrit comme propice aux rencontres et à l'intégration :

« [MG7]: La vie en Roumanie d'un point de vue d'horaire, c'est plus prolongé dans la nuit. Vous avez compris ce que j'ai dit?

[Enquêtrice]: On vit plus longtemps...on est plus dehors, en Roumanie, c'est ça?

[MG7]: En général, après 5, 6, 7 heures de l'après-midi, quand tout le monde revient du travail, ce n'est pas fermé dans la maison. On marche, on va boire un petit verre, à parler avec les voisins, à parler avec les amis en général.

[Enquêtrice]: D'accord. Et vous ne retrouvez pas ça ici ?

[MG7]: Ici il me manque. »

Malgré cela, certains médecins se considéraient comme vite intégrés dans la société française :

« C'est-à-dire, j'ai l'impression de m'être bien intégré en France » (MG5)

« J'ai été reçue chez des personnes presque comme chez moi. J'ai été vite insérée. »(MG4).

Les médecins rencontrés, tous européens, disaient ne pas avoir subi de grand choc culturel en arrivant en France et tous m'ont dit que leur culture était proche des cultures française et picarde, mis à part pour la langue picarde, comme évoqué plus haut. Parfois leur culture régionale leur semblait même plus proche de la culture française que de celle de leur pays d'origine : « la culture c'est pareil en France et en Catalogne. Entre l'Espagne et la Catalogne il n'y a pas de similitude de rien de rien, ni la langue, ni la culture. »(MG1).

## **2/ Finances**

Au sujet de leur niveau de vie, pour certains médecins étranger, il n'y a pas de doute, « *c'est meilleur !* » (MG6).

Une aide matérielle est parfois apportée par la municipalité où exerce le médecin, surtout si elle l'a recruté. Elle peut alors le laisser disposer du cabinet médical gratuitement pendant un temps limité, voire d'un logement, pour lui laisser le temps de constituer sa patientèle et d'avoir un cabinet rentable.

« *Sur le plan financier, la mairie m'avait dit que je dispose du cabinet médical et d'un petit appartement, qui est au-dessus de la mairie, gratuitement pendant 2 ans. C'est un petit appartement, mais bon, c'est gratuit pendant 2 ans...* » (MG1).

Autrement, les débuts peuvent être difficiles sur le plan financier, lorsque les patients tardent à arriver et que ces difficultés n'ont pas pu être anticipées lors de la décision de venir s'installer en France « *je n'ai pas beaucoup de patients* » (MG2), « *Je ne suis pas venue ici avec beaucoup d'argent. J'ai pris ma décision assez vite et je n'ai pas pu faire tout ce que je voulais. Je ne peux pas dire que je n'ai pas de quoi vivre, mais...* » (MG2).

Une fois installé quelque part, une fois que la patientèle est constituée, les conditions financières s'améliorent, même si les médecins ont conscience qu'il faut rester vigilant :

« *Je me débrouille bien* » (MG5),

« *En comparaison avec notre pays, c'est mieux, parce que c'est un autre niveau de développement économique. Mais c'est difficile à gérer si tu ne fais pas attention, tu peux rentrer en déficit de paiement. Mais c'est mieux, c'est mieux.* » (MG7).

Malgré l'amélioration leur niveau de vie, la fiscalité du médecin généraliste est perçue comme lourde par ces médecins étrangers :

« *Comme tout le monde, beaucoup de charges à payer, comme tout le monde, on a les mêmes soucis. On gagne une fortune, à la fin un bon salaire reste, mais... (Rires) c'est bon, ça va.* » (MG3),

« *Il me semble, comme tout le monde médical, nous sommes pressés par trop d'impôts. C'est très difficile de gérer ça. C'est lourd.* » (MG7).

### **3/ Cadre de vie**

Même si la plupart des médecins était plutôt satisfaite de son cadre de vie, la vie dans la campagne picarde était difficile pour un médecin étranger installé dans une toute petite commune de Picardie. *« Le problème qu'il y a c'est qu'il n'y a rien. C'est un village ou il n'y a rien. Si je veux acheter un stylo ou si je veux acheter quelque chose pour manger, je dois prendre la voiture et faire beaucoup de kilomètres » (MG1).*

Certains médecins ne sont pas totalement satisfaits de leur logement, trop petit ou trop humide :

*« Il y a des problèmes avec les appartements et les maisons qui sont très humides ici. » (MG6)*

*« J'habite un appartement mais je voudrais trouver quelque chose de plus grand. Mais c'est difficile »(MG4).*

### **G / Ressenti général**

Un seul médecin a déclaré qu'il ne recommencerait pas l'expérience en France, mais éventuellement dans un autre pays, estimant que les démarches administratives permettant son installation ont été trop longues : *« Non, à cause de l'administratif. J'avais commencé les démarches administratives en décembre 2013, et j'ai commencé à travailler le 1<sup>er</sup> août. Ça fait 6 mois à attendre de travailler ici. Donc non (...). Mais si je devais commencer de nouveau peut-être que je ferais les papiers pour la Suisse ou un autre lieu. Luxembourg, Belgique... »(MG1).*

Pour les autres, le ressenti général était celui d'une expérience positive qu'ils étaient prêts à retenter, malgré les difficultés qu'ils ont pu rencontrer :

*« Je regrette que je ne suis pas venu avant » (MG7)*

*« Dans l'ensemble c'est une expérience positive » (MG4),*

*« Oh oui, bien sûr que je le referais. C'est évident. J'ai toujours l'impression d'avoir fait le bon choix. (...) Tout s'est bien déroulé, j'ai trouvé exactement ce que j'attendais » (MG5),*

*« Je le referais, mais il faut avouer que le début a été difficile » (MG4),*

*« Rien de grave. Rien d'insupportable. Rien d'insurmontable. » (MG7)*

## **H/ Relations entre médecins étrangers.**

Si la question « Fréquentez-vous d'autres médecins généralistes étrangers ? » était au départ posée en vue de recruter de nouveaux médecins susceptibles de participer à mon étude, elle m'a permis également de constater qu'il existe des relations privilégiées entre médecins étrangers : Entre compatriotes d'abord, avec les médecins roumains que j'ai pu rencontrer, qui semblaient apprécier le fait d'être en contact avec d'autres médecins roumains, généralistes ou non :

*« Il y a beaucoup de médecins roumains ici, il y en a certains avec qui je suis en contact » (MG4),*

*« J'ai découvert des médecins roumains à l'hôpital » (MG2),*

*« En Picardie oui, j'ai une consœur à M\*\*\*\*\*, on se voit quand on peut, si on peut tous les week-ends on se voit tous les week-ends. » (MG3).*

*« J'ai des autres confrères qui sont autour de la France, dans toute la France, un petit peu, mais loin de chez moi, c'est souvent des centaines de kilomètres. On parle au téléphone. » (MG3).*

La présence d'un compatriote sur place permet parfois aussi de faciliter l'installation des médecins étrangers en France : *« J'ai trouvé le cabinet médical parce que je venais souvent en vacances chez une amie qui habite dans les environs » (MG3).*

J'ai également constaté une forme de solidarité entre médecins étrangers originaires de pays différents lorsque le médecin espagnol, n'ayant pas obtenu de l'aide de ses confrères généralistes installés dans les environs de son cabinet, a finalement pu se faire aider par un médecin roumain installé à une centaine de kilomètres : *« Ah, oui, le médecin du nord de la Picardie, qui est roumaine. Je suis allée à son cabinet médical, elle m'avait montré tous les papiers. » (MG1).*



## **V/ DISCUSSION**

### **A/ Principaux résultats**

L'étude a permis de démontrer que les médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie rencontraient effectivement des difficultés :

- Des différences culturelles entre la France et le pays d'origine des médecins généralistes interrogés qui s'expriment dans les pathologies qu'ils développent et dans la relation médecin-patient,
- Des difficultés linguistiques,
- Une intégration parfois difficile dans le milieu professionnel et dans le cadre personnel,
- Des difficultés administratives, que ce soit au moment de l'installation, dans la gestion du cabinet ou dans celle des dossiers des patients,
- Des difficultés organisationnelles et de charge de travail
- Quelques préjugés des patients concernant les compétences des médecins et leur volonté de s'installer durablement.

### **B/ Forces et faiblesses de l'étude**

L'enquête nécessitait un abord par méthode qualitative. Le recueil de données par entretien semi-directif m'a paru plus adapté qu'un focus group (discussion suscitée au sein d'un groupe de plusieurs personnes autour de thèmes proposés par l'enquêteur) car je souhaitais aborder des situations personnelles et des expériences individuelles. De façon pratique, ces entretiens étaient également plus faciles à réaliser puisqu'il suffisait de fixer un rendez-vous entre moi et chaque médecin acceptant le principe alors qu'un focus group aurait nécessité la disponibilité synchrone de plusieurs médecins.

Il existe dans mon enquête un biais d'investigation car j'étais une enquêtrice novice dans ce type d'étude et j'ai pu manquer de rigueur : Certaines questions n'avaient peut-être pas une formulation d'une neutralité adéquate et pouvaient influencer les réponses des médecins interrogés, ou au contraire, je n'ai parfois pas trouvé de formulation adéquate pour approfondir une idée évoquée lors d'un entretien.

D'autre part, même si la langue française était globalement assez bien maîtrisée par les médecins interrogés, certaines de mes questions n'étaient pas bien comprises du premier coup par ces médecins et j'ai à plusieurs reprises dû reformuler mes questions pour obtenir une réponse adéquate. A l'inverse, j'ai parfois mal compris ou interprété certains de leurs propos au cours des entretiens.

J'ai éprouvé des difficultés pour recruter un nombre suffisant de médecins étrangers pour mon étude. Les données personnelles étant protégées par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des libertés), je n'ai pas pu obtenir de liste de médecins généralistes étrangers auprès des différents conseils de l'Ordre des médecins départementaux de la région et de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Certains médecins contactés n'ont pas souhaité donner suite, par manque de disponibilité, ou parce qu'ils estimaient ne pas avoir rencontré de difficulté depuis leur installation. La taille de mon échantillon (n=7) est donc faible et ne m'a pas permis d'atteindre la saturation des données que j'avais pour objectif afin d'assurer la puissance de mon étude.

Il existe de plus un biais de recrutement lié à ma méthode : J'ai dû procéder par le bouche à oreille, par la lecture d'archives de presse et de proche en proche. Ces méthodes ont probablement abouti à une surreprésentation des médecins s'étant installés récemment dont nombre d'entre eux sont Roumains. Aussi, je n'ai pu contacter aucun des médecins diplômés hors d'Europe. Or d'après les données fournies par Mme Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, parmi les 30 médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie, 40% sont diplômés hors de l'union européenne. L'origine des diplômes des médecins interrogés n'est donc pas retrouvée dans les mêmes proportions dans mon étude. Il est alors difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins étrangers de Picardie surtout en ce qui concerne les médecins diplômés hors de l'union européenne.

Les médecins diplômés à l'étranger exerçant en Picardie sont âgés en moyenne de 53,8 ans contre 54,6 ans dans mon étude. La moyenne d'âge des médecins interrogés est proche de celle des médecins diplômés à l'étranger exerçant en Picardie.

Le climat de confiance nécessaire à une expression libre était parfois difficile à obtenir en un seul entretien. J'ai parfois dû rassurer les médecins interrogés quant à l'anonymisation de mes résultats pour qu'ils acceptent d'être enregistrés. Deux médecins ont refusé l'enregistrement des entretiens malgré ces explications. Cela m'a conduit à prendre des notes et à renforcer le biais d'investigation puisque j'ai dû faire une sélection instantanée des propos.

Ils m'ont cependant accordé leur confiance pour s'entretenir avec moi et j'ai pu dégager de nos entretiens des thématiques intéressantes. J'ai noté que ces médecins étaient roumains et avaient connu la police de la pensée sous le régime Ceausescu. Il est possible que l'histoire de leur pays explique leurs réticences à enregistrer leur dialogue avec une inconnue.

D'autre part, les entretiens avaient lieu dans le cabinet médical où exerçait chacun des médecins, la plupart du temps au cours d'une journée de travail. Les entretiens ont alors pu être parasités par des éléments extérieurs (coups de téléphone, sonnette, arrivée d'un patient) et étaient limités dans le temps, les médecins pouvaient alors être moins loquaces lorsqu'ils voyaient l'heure du prochain rendez-vous arriver.

## **C/ Études similaires**

Nos résultats sont proches de ceux d'un travail de thèse de médecine générale publié en 2010 par Nina Hassani-Raslova: *Les difficultés d'un médecin généraliste provenant de l'Europe de l'Est exerçant en France*(8). L'auteur montrait les différences qui existaient dans la formation et l'exercice de la médecine générale entre la France, la Slovaquie et la Roumanie. Elle évoque notamment les restrictions de prescription, l'organisation du temps de travail et les horaires de travail en Roumanie. L'étude portait ensuite sur 10 médecins originaires de Slovaquie et de Roumanie exerçant en France et explorait les difficultés qu'ils rencontraient.

Elle retrouvait peu de difficultés administratives chez ces médecins mais les médecins interrogés avaient souvent été aidés dans leurs démarches administratives. La langue française avait également posé peu de difficultés.

Lors de leur installation, certains médecins avaient également pu débiter leur activité auprès d'un confrère généraliste, permettant à la fois de mettre en confiance les patients face au changement de médecin, mais également de former ces médecins à l'exercice de médecin généraliste en France.

Ce travail soulignait aussi que certaines pathologies et certains domaines étaient rencontrés plus fréquemment en France que dans leur pays d'origine, telles que le diabète, les pathologies psychiatriques ou gynécologiques, la gériatrie, l'addictologie.

Une autre étude a été réalisée en 2010 par 2 géographes, R. Séchet, française et D. Vasilcu, roumaine : *Les mobilités des médecins en Europe. Le cas des mobilités entre la Roumanie et la France*.(9) Elle met en parallèle les attentes des centres hospitaliers et des

collectivités locales vis-à-vis des praticiens roumains et les motivations personnelles et professionnelles de ces mêmes médecins.

D'après les auteurs, les médecins étrangers sont attendus :

- dans les CHU (Centres Hospitalo-Universitaires), dans les services d'urgences et dans les domaines déficitaires (anesthésie par exemple),
- dans les centres hospitaliers périphériques qui sont confrontés à des problèmes de recrutement menaçant la survie de ces petits hôpitaux,
- dans les cabinets de médecine générale en milieu rural où le médecin tant espéré doit permettre le maintien d'un cabinet médical « *et ensuite être toujours disponible, à l'image du médecin de campagne d'autrefois* ».

Or d'après leurs observations sur la répartition des médecins roumains entre communes rurales et urbaines, il semble que ces médecins n'apportent pas de réponse à la crainte de la pénurie de médecins dans les déserts médicaux. Les auteurs soulignent en effet que la majorité de ces médecins vivaient en milieu urbain en Roumanie et que les médecins roumains arrivant en France ont tendance à ne pas être attirés par la ruralité. Elles notent aussi que l'hôpital offre un environnement plus favorable à leur intégration qu'une installation en cabinet médical. Aussi, les médecins roumains déjà présents en France favorisent la venue des suivants. Elles donnent également un exemple de réaction hostile de médecins locaux décrédibilisant le médecin nouvellement installé auprès de leurs patients. Les auteurs concluent que les bonnes conditions de la réussite d'une installation en France pour ces médecins roumains sont obtenues lorsque « *le bilan de la rencontre entre la place dans le système de santé, la localisation sur le territoire français, les environnements professionnel et sociaux est perçu comme satisfaisant au regard des attentes personnelles* » (9).

## D/ Hypothèses explicatives

### 1/ Différences culturelles

La notion de culture est difficile à définir. Un pionnier de l'anthropologie britannique, Edward Burnett Tylor, en donne une première définition en 1871 dans son ouvrage *Primitive culture* : *"Ensemble complexe qui englobe des notions, des connaissances, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, et tout autre capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société"*.

Les médecins interrogés m'ont pour la plupart affirmé que leur culture était proche de la nôtre. Mais suivant cette définition de la culture, on constate que les différences culturelles que rencontrent les médecins généralistes étrangers en s'installant en Picardie sont omniprésentes dans les difficultés qu'ils ont pu rencontrer : que ce soit dans la langue, le système administratif, l'organisation du travail, les habitudes de soins et de prescriptions, les relations avec les patients et avec le milieu professionnel ou dans leur vie personnelle.

Un médecin venu d'ailleurs apportera avec lui en France toute sa propre culture dans ses bagages : il apportera avec lui comme conception tout le modèle culturel propre à son pays. Afin de centrer son approche sur « *la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire* » et d'offrir une « *réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » (3), il va devoir progressivement déchiffrer, comprendre et intégrer le modèle culturel français, sans en avoir le moindre mode d'emploi au préalable.

Dans son essai *l'étranger*, Alfred Schütz analyse les difficultés rencontrées par un individu qui quitte son groupe d'origine pour s'insérer dans un nouveau groupe social. Pour lui, « *le modèle culturel du nouveau groupe n'est pas un lieu de refuge mais un pays aventureux, non quelque chose d'entendu mais un sujet d'investigation à questionner, non un outil pour débrouiller les situations problématiques mais une situation elle-même problématique et difficile à dominer* » (10). En effet, « l'étranger » va devoir déchiffrer le modèle culturel de sa société d'accueil qui l'a elle-même parfaitement intégré sans effort et pour qui ce modèle culturel va de soi. Il va devoir comprendre les codes propres à notre société en observant les individus qui la composent et en tentant de faire la distinction entre ce qui relève des modes de fonctionnement habituels propres à sa société et ce qui relève du mode de fonctionnement propre à l'individu.

Dans cette entreprise, les médecins généralistes étrangers auront pour nombreux représentants de ces modèles culturels leurs propres patients, qui seront alors les outils permettant une compréhension de la société française. Un des médecins de notre étude a constaté des différences dans l'éducation de ses patients entre deux communes, l'une rurale et l'autre urbaine : « *J'ai pris la décision de quitter la ville, d'arriver à la campagne, parce qu'ici les gens sont plus éduqués. Ici c'est autre chose* » (MG3). Effectivement, les différences culturelles existent à plusieurs niveaux au sein d'un même territoire : le modèle culturel ne sera pas toujours le même entre une région et une autre, entre la ville et la campagne, entre un milieu ouvrier et un milieu bourgeois, entre différentes confessions religieuses, entre une famille et une autre....

Schütz ajoute qu'« *en tant que père, citoyen, employé et membre de sa paroisse, [l'homme] pourrait avoir sur divers sujets moraux, politiques et économiques les opinions les plus divergentes et les moins congruentes qui soient* »(10). Ainsi le mode de fonctionnement d'un individu varierait en fonction du contexte dans lequel il se place.

Ces différents niveaux sont d'autant plus de complexités pour comprendre une société.

Cette démarche de compréhension, cette « traduction » des comportements opérée par ces médecins étrangers se rapproche du but de l'herméneutique dans son sens philosophique : « *Théorie de l'interprétation des signes comme éléments symboliques d'une culture* » (11). Cet art de l'interprétation s'attachait à ses origines à l'interprétation des textes sacrés mais s'est développé aux textes écrits puis au discours et enfin aux comportements humains. Au XXe siècle l'herméneutique a pour fondement l'idée que « *la compréhension et l'interprétation ne sont pas seulement des méthodes que l'on rencontre dans les sciences humaines, mais des processus fondamentaux que l'on retrouve au cœur de la vie elle-même.* »(12). C'est-à-dire que dans chaque situation, chaque parole et chaque attitude adoptée par un individu peuvent être interprétées pour aider à la compréhension de ce dernier.

Dans ce « *labyrinthe dans lequel il a perdu tout sens de l'orientation* » (11), il paraît alors normal qu'un médecin étranger cherche à se rapprocher de compatriotes, comme nous l'avons constaté dans notre étude. Cela lui permet de retrouver un groupe social possédant une culture similaire et peut agir comme un point de repère. Partager son expérience et son ressenti avec des personnes ayant une culture et un vécu similaire lui permet de comprendre et de se faire comprendre plus facilement en demandant moins d'effort d'interprétation.

## *2/ L'influence de la culture sur la santé*

La notion de santé est définie depuis 1946 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme : *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* (13). En introduisant l'idée de bien-être social, cette définition fait le lien entre l'environnement social et culturel et l'état de santé d'une personne ou d'une population.

Si le corps humain reste le même quel que soit le pays, l'origine culturelle d'une personne aura une influence sur son état de santé et sur la prise en charge de ses problèmes de santé : Par exemple, les habitudes de vie et l'alimentation peuvent influencer la survenue ou l'absence de certaines pathologies dans une population partageant la même culture. Le régime méditerranéen, classé en 2010 au patrimoine culturel immatériel de l'humanité par l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture)(14), a ainsi fait ses preuves dans de nombreuses études sur la prévention du risque cardiovasculaire(15). Les médecins interrogés dans mon étude l'ont d'ailleurs constaté lorsqu'ils remarquaient que leurs patients picards n'avaient pas la même alimentation que dans leur pays ou qu'ils fumaient plus, et présentaient alors plus de diabète ou des diabètes plus évolués, de sigmoïdite, de cancer ou de BPCO.

La culture influence aussi les croyances d'une personne et sa représentation de la santé et de la maladie. Un même état peut être perçu comme normal ou pathologique selon les cultures, voire selon les époques : rappelons ainsi que l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale en France jusqu'en 1992. Un médecin a également constaté dans notre étude que ses nouveaux patients exprimaient davantage de plaintes : *« La sensibilité des patients français c'est très très haut »*(MG7). La culture influencera en effet le moment où une personne signalera un symptôme : *« Dans toutes les cultures, l'individu décide de prêter attention à certains symptômes ou douleur, en fonction de son vécu personnel, mais aussi de son entourage et de ce qui est reconnu comme normal et pathologique dans sa culture »* (16). Ainsi, pour un même état de santé, lorsqu'un individu interprétera un signe comme un problème de santé et se considérera comme malade, une autre personne issue d'une culture différente se sentira en bonne santé.

La façon dont se soigne une personne est également déterminée par sa culture. Son recours à l'automédication, à la biomédecine, aux médecines traditionnelles, aux médecines « douces », aux guérisseurs sera différent selon son origine culturelle et les différentes représentations de ces pratiques dans sa société. Aussi, les domaines de compétences des différents soignants intervenant autour d'un patient changent d'une culture à l'autre : « *En Hongrie les injections, tous les types d'injections, sont faits par le médecin. Ici par l'infirmière (...).* »(MG6).

### ***3/ Langue***

La communication entre un médecin et son patient est indispensable dans la relation de soin. Le médecin doit comprendre la plainte de son patient, le patient doit comprendre les explications, les examens, les traitements prescrits par son médecin.

Des difficultés existent déjà lorsque les deux membres de cette relation médecin/patient parlent la même langue : Le langage ésotérique du monde médical peut se révéler incompréhensible pour le patient. Un effort de « traduction » est souvent nécessaire pour expliquer à un patient ses problèmes de santé ou la prise en charge d'une de ses pathologies. La discipline a même ses propres dictionnaires médicaux, comme de véritables dictionnaires de langue étrangère. Ce langage propre à la discipline n'est pas anodin, il est volontaire de la part du monde médical et permet un certain « entre-soi » des professionnels de santé, un gage du savoir scientifique qu'ils ont acquis. On parle bien de jargon médical : « *La langue des métiers devient jargon quand elle a une dimension connotative, pour l'émetteur, pour le récepteur ou pour les deux, mais il y a toujours dans le jargon un décalage entre les deux partenaires du discours qui se fait à travers deux registres linguistiques distincts. Le jargon : hétérogénéité linguistique qui manifeste une hétérogénéité entre locuteurs. Jargonner, c'est manifester cette hétérogénéité – avec parfois un certain plaisir.* » (17)

De plus, le médecin doit souvent traduire les propos de ses patients en symptômes ou en syndrome. Lorsqu'un patient a « mal au rein », le médecin doit comprendre s'il parle de son dos ou de ses fosses lombaires, lorsqu'il a « mal au cœur », il n'est souvent pas nécessaire de prévenir son cardiologue et sa « crise de foie » n'a rien à voir avec une dysfonction hépatique. Ces *idioms of distress* peuvent être facteurs de confusion pour un médecin étranger...



Le langage médical partage les mêmes racines grecques et latines dans la plupart des langues occidentales parlées par les médecins migrants s'établissant en France. La nomenclature anatomique est également commune. Ainsi ce jargon existe aussi dans d'autres langues et le sens des mots « gastroentérite » ou « coronarographie », voire même « cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique » reste facilement compréhensible pour un médecin habitué à déchiffrer l'étymologie des termes médicaux pour en comprendre la signification. « *Je vous le dis, le langage professionnel, c'est le même (...) les termes médicaux sont les mêmes.* » (MG7).

Mais le langage médical français est également plein d'images, de métaphores et d'abréviations. Les langues catalane et roumaine connaissent-elle le même *signe de la sonnette*, le même *signe du tabouret*, les mêmes *becs de perroquets* ? De plus, nous l'avons vu, le langage médical regorge d'abréviations qui sont difficiles à intégrer pour un médecin étranger : « *BPCO, HAD, TSA...* » (MG4), et qui contribuent à la jargonisation du langage médical. Hors contexte et sans l'aide de l'étymologie, elles peuvent parfois être sources de confusion lorsque par exemple un IVG peut désigner une interruption volontaire de grossesse ou une insuffisance ventriculaire gauche.

Enfin, la maîtrise d'une langue est un long processus pour intégrer non seulement une grammaire, une conjugaison et un vocabulaire, mais aussi pour en comprendre les subtilités, les niveaux de langage, les connotations de certains termes. Cela peut avoir une influence dans la relation médecin-patient si le médecin ne maîtrise pas bien ces nuances. Pour exemple, j'ai pu faire la connaissance d'une jeune médecin russophone et germanophone venue finir ses études en France. Elle est douce et bien élevée, son français est impeccable et seul un petit accent trahit ses origines étrangères. Elle m'a expliqué qu'elle avait pendant plusieurs mois utilisé en toute innocence un langage pour le moins familier devant ses patients : « *C'est vrai madame, l'arthrose c'est casse-burnes...* », disait-elle. Elle avait appris ce terme au cours de conversations privées avec ses amis en en comprenant le sens sans en connaître le niveau de langage. Il lui a fallu quelques mois avant d'apprendre que cette expression avait une connotation vulgaire et n'avait pas sa place dans une conversation avec ses patients.

#### ***4/ La médecine générale « à la française » et les médecins étrangers***

L'organisation du temps de travail était contraignante pour les médecins généralistes étrangers que j'ai interrogés. L'emploi du temps chargé, les horaires tardifs, les différents terrains d'exercice et l'importance du rôle du médecin généraliste dans les démarches médico-sociales compliquaient l'exercice pour ces médecins étrangers. Ces éléments semblent être des spécificités françaises de l'exercice de la médecine générale auxquelles n'étaient pas habitués ces médecins.

Il faut noter qu'une majorité de médecins roumains s'est dégagée de notre étude. Depuis l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne en 2007 et la reconnaissance automatique de leurs diplômes, de nombreux médecins roumains sont venus exercer en France et ils sont nombreux à pratiquer la médecine générale (1). D'après les témoignages des médecins roumains, ceux-ci semblaient ne pas avoir bénéficié des mêmes conditions d'exercice dans leur pays : restriction dans le suivi de certaines pathologies, dans leurs prescriptions, difficultés d'accès aux soins et aux examens complémentaires, coût de la santé et accès au soin...

Malgré les contraintes d'organisation, ces médecins roumains appréciaient donc les conditions de travail dont ils bénéficiaient depuis leur installation en France. Ils ont salué leur liberté de prescription, ainsi que l'accès facilité aux examens complémentaires, aux spécialistes, et aux hôpitaux. Certains se sont même sentis soulagés sur le plan administratif et la plupart reconnaissait une amélioration de leur niveau de vie.

D'après R. Séchet et D. Vasilcu, si les médecins quittent la Roumanie en partie pour fuir les mauvaises conditions économiques de leur pays, la France est un pays privilégié d'immigration pour ces médecins parce qu'ils la perçoivent comme capable de fournir des équipements et des matériels médicaux modernes, favorables à la sécurité de l'acte médical, dans un système de santé bien financé et offrant un milieu professionnel stimulant (18).

Aux vues du ressenti général positif de leur expérience, la médecine générale « à la française », avec ses contraintes et ses avantages, a donc convaincu ces médecins roumains.

## **E/ Changements à envisager**

La France n'a pas opté pour le recrutement actif à l'étranger de professionnels de santé. La proportion de professionnels de santé diplômés à l'étranger reste faible et le fonctionnement du système de soins français ne dépend pas de leur présence, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays comme au Royaume-Uni ou en Suisse où les médecins étrangers représentent jusqu'à un tiers des effectifs (4). Mais si à l'échelle de la France le système de soins ne dépend pas de la présence de personnel étranger, ce recrutement peut localement s'avérer être une nécessité. En effet ces professionnels représentent une « variable d'ajustement » dans les zones géographiques ou dans les spécialités délaissées par les professionnels de santé français (19).

Les migrations de médecins sont de plus en plus fréquentes, nous l'avons vu, et sans inciter les médecins étrangers à s'installer en France, il peut s'avérer nécessaire de prendre en compte leurs difficultés afin d'améliorer les conditions de leur arrivée.

### ***1/ Maîtrise de la langue française***

Alors que pour les médecins diplômés hors de l'Union européenne, l'alliance française délivre des attestations de français qui leur permettent ensuite d'obtenir une autorisation d'exercice, le contrôle du niveau de langue française pour les médecins étrangers diplômés d'un pays de l'Union européenne est effectué par le rapporteur du Conseil de l'Ordre des médecins du département d'inscription du médecin. En cas de doute la maîtrise du français peut être laissée à l'appréciation de l'ARS. Cependant, et nous l'avons vu dans notre enquête, même s'ils passent avec succès cette épreuve, certains médecins peuvent éprouver des difficultés avec la maîtrise de la langue française.

Vu l'importance d'une bonne communication dans la relation médecin-patient mais aussi dans l'intégration personnelle et professionnelle d'un médecin étranger, proposer une formation en français préalable à l'installation ou en parallèle en début d'activité pourrait être utile. Elle pourrait s'attacher à renforcer leur maîtrise de la langue française en général et du langage médical en particulier.

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Dans sa note d'analyse de décembre 2012, il propose de rendre obligatoire le suivi d'une formation complémentaire de français durant leur première année d'exercice pour tous les professionnels de santé diplômés dans l'Union européenne, excepté pour ceux qui parlent couramment le français. (19)

## ***2/ Intégration au système de soins***

Nous l'avons vu, il est difficile pour des médecins formés à l'étranger de s'intégrer dans le système de soins. Le Centre d'analyse stratégique en avait fait le constat, « *un individu dont les qualifications professionnelles ont été reconnues peut se heurter à des difficultés de compréhension de l'organisation du système, mais aussi d'adaptation à la technologie et à la culture professionnelle, ou à des difficultés relationnelles avec les patients. Il peut aussi, selon le système de santé dans lequel il a exercé, avoir été habitué à des degrés différents de responsabilité ou de supervision.* »(19).

On peut se demander à quel point les médecins étrangers étaient informés sur notre système de soins et quelle représentation ils se faisaient de l'exercice de la médecine générale « à la française » avant leur installation en France. Selon l'OMS et son *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* (20), tous les personnels de santé migrants devraient se voir proposer des programmes appropriés d'orientation et de préparation à l'entrée en fonctions qui leur permettent d'exercer leur activité efficacement et en toute sécurité au sein du système de santé du pays de destination.

Au Royaume-Uni, le *Welcome to UK practice programme* s'adresse à tous les nouveaux médecins exerçant sur le territoire, qu'ils soient diplômés de l'étranger ou non. C'est un programme donnant des informations sur les questions éthiques et déontologiques, sur la relation médecin-patient et sur les recommandations de bonnes pratiques. Le programme permet aussi de recevoir des témoignages de médecins autour de l'exercice de la médecine au Royaume-Uni et de se confronter à des cas cliniques en ligne explorant des questions éthiques dans des scénarios cliniques. C'est un programme accessible par internet, qui organise également des événements dans différentes villes du royaume (21).

Dans la même démarche, le centre d'analyse stratégique proposait en 2012 la publication d'un guide à l'usage des nouveaux médecins comportant une liste des sites ressources comme celui de l'HAS (Haute Autorité de Santé) et des informations sur l'éthique, la relation médecin-patient, le système médico-social, les valeurs du service public hospitalier et l'organisation du système de santé. Il envisageait un volet local susceptible d'y être ajouté par les ARS concernant des acteurs sanitaires et sociaux de la région (19).

Comme cela se pratique dans certains pays étrangers mais aussi en France, comme l'avait montré dans sa thèse de médecine générale Nina Hassani-Raslova (8), le compagnonnage pourrait optimiser l'intégration des médecins étrangers dans le système de

soins français. Il permettrait au médecin étranger de se familiariser avec le système de soins français et les différents aspects du métier de médecin généraliste tel qu'il est pratiqué en France. Une meilleure information aux médecins candidats à l'immigration pourrait aussi leur être fournie : il s'agirait d'expliquer les exigences et des difficultés auxquelles ils doivent s'attendre, que ce soit sur le plan professionnel : charge de travail, horaires, formation médicale continue, déontologie, éthique... que sur le plan personnel avec notamment les possibilités d'intégration pour leurs conjoints et/ou enfants.

Comme suggéré par un des médecins interrogés, un guichet unique permettant de réaliser rapidement toutes les démarches administratives liées à une installation en un seul et même lieu et en quelques heures faciliterait l'installation des nouveaux médecins, qu'ils soient étrangers ou non.

### ***3/ Les agences de recrutement***

En 2010, le Conseil de l'Ordre met en garde les élus locaux : « *Concernant le recrutement par des « agences spécialisées » offrant leurs services aux municipalités en recherche de médecins, le Conseil National, une fois encore, émet les plus grandes réserves sur ces pratiques et appelle à la prudence les élus , les exemples de déconvenue étant malheureusement fréquents. »* (22)

Ces agences de recrutement de professionnels de santé se multiplient. Elles se font l'intermédiaire entre des municipalités ou des centres hospitaliers et des médecins à l'étranger. Les tarifs sont variables selon les agences, jusqu'à 40 000 euros pour un médecin spécialiste. Mais les prestations aussi diffèrent : alors que certaines agences s'assurent d'avoir rencontré le médecin dans son pays d'origine, de le préparer à son lieu d'accueil, offrent des cours de langue ou aident l'intégration de la famille du médecin, d'autres ne se soucient que de contrôler les diplômes et de mettre les médecins en relation avec un centre hospitalier ou une commune, parfois en faisant payer leur prestation par le médecin recruté... Les médecins mal préparés s'intègrent moins bien et jettent alors plus facilement l'éponge. La déconvenue peut alors coûter très cher aux municipalités. (23)

D'après le *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* de l'OMS (20), les États membres devraient établir et mettre à jour à intervalles réguliers un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire par les autorités compétentes et encourager et promouvoir le respect des bonnes pratiques par ces agences de

recrutement. Ce code insiste sur la nécessité d'informer les médecins recrutés à l'étranger sur les avantages et les risques que présentent les postes à pourvoir

Plusieurs pays ont pris la décision de réguler le secteur en certifiant les agences. C'est le cas de la Pologne, des Pays-Bas, de l'Italie et du Royaume-Uni. Le Centre d'analyse stratégique proposait de dresser une liste d'agences agréées pour recruter des professionnels de santé à l'étranger (19).

#### ***4/ Échanges internationaux***

Des échanges d'étudiants en médecine au cours de leur formation pourraient harmoniser et améliorer les pratiques médicales, mais aussi former ces étudiants à un exercice de la médecine dans une idée d'interculturalisme :

Le programme ERASMUS s'adresse à tous les étudiants européens. Il permet ainsi aux étudiants en médecine de la 2<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année de réaliser des échanges de 3 à 6 mois dans l'un des 28 pays de l'Union Européenne, mais aussi en Islande, au Liechtenstein, en Norvège, en Suisse et en Turquie. Ces échanges visent à acquérir des compétences linguistiques, interculturelles et professionnelles (24).

Le mouvement *Vasco de Gama*, fondé par la WONCA, permet également des échanges, mais s'adresse spécifiquement aux internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes jusqu'à 5 ans après leur soutenance de thèse. Ces échanges se font sous la forme de conférences ou sous la forme du programme *Hippocrates* en Europe, ou *Family Medicine 360°* dans le monde, Ce programme leur permet de réaliser un stage d'observation de deux à quatre semaines dans le cabinet de médecine générale afin de découvrir le rôle du médecin généraliste dans un autre système de soins (25).

## **VI / CONCLUSION**

Nous proposons d'étudier l'hypothèse selon laquelle les médecins généralistes étrangers s'installant en Picardie étaient susceptibles de rencontrer des difficultés dans chacun des aspects que présente cette spécialité.

L'exercice de la médecine générale et ses caractéristiques propres, au plus près du patient, présentent certaines différences selon le pays où on l'exerce. Ces différences ont été la source des difficultés rencontrées par ces médecins. Ces médecins étrangers, nés et formés dans un autre pays, ont pour bagage ce qu'ils ont appris et compris dans leur pays et vont désormais devoir s'adapter à leur nouveau terrain d'exercice.

En tant que médecin généraliste « à la française », premier contact habituel avec le système de soins et coordinateur des soins et des aides médico-sociales, un médecin venu d'ailleurs va devoir intégrer le système de soins français et en comprendre toutes les subtilités pour prendre en charge au mieux ses patients. La méconnaissance de ce système de soins est problématique et les médecins étrangers ont peu de ressources pour l'appréhender.

En tant que médecins de famille, certains freins compliquent la tâche de ces médecins: la maîtrise de la langue et de ses subtilités demande un certain temps d'adaptation et il peut exister quelques préjugés des deux côtés de la relation médecin-patient. Les différences culturelles qui existent devront être prises en compte par ces médecins, tant dans la prévalence de certaines pathologies chez leurs patients que dans leur représentation de la santé et de la maladie. L'assimilation de cette culture prend également du temps et il n'existe pas de mode d'emploi pour en saisir les nuances.

En tant que médecin libéral, la lourdeur administrative des démarches accompagnant une installation est également contraignante et fatigante. Un meilleur fonctionnement des organismes dédiés pour mener à bien toutes ces formalités est attendu.

En tant que médecin-messie pour les déserts médicaux, le cadre de vie et l'intégration des proches sont des éléments importants qui conditionnent l'installation et le maintien de ces médecins dans les communes désertées.

Le ressenti général de ces migrations de médecins généralistes reste positif et peu regrettent leur venue en France. Les difficultés sont surmontables mais certaines pistes demandent à être explorées pour améliorer l'intégration de ces médecins sur le plan professionnel.

Il serait également intéressant d'analyser le ressenti des patients face à un médecin généraliste étranger et d'explorer la relation médecin-malade qui en découle.



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Le Breton Lerouvillois G, Romestaing P, Rault J-F. Les flux migratoires et trajectoires des médecins, Situation en 2014. CNOM, 2014:136p.
2. Le Breton Lerouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014. Paris: CNOM, 2014:274p.
3. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [en ligne] WONCA [Consulté le 8 janvier 2015]. Mis à jour le 23 décembre 2014. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/>
4. Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA. Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale. Synthèses, 2010;8p.
5. Le Breton Lerouvillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Paris: CNOM, 2013:238p.
6. Combessie J-C. La méthode en sociologie. 5e Edition. Paris: La Découverte, 2007:128p.
7. Alami Benabdeljalil S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France, 2009:126 p.
8. Hassani-Raslova N. Les difficultés d'un médecin généraliste provenant de l'Europe de l'Est exerçant en France. Thèse de doctorat en médecine. Paris, 2010:160p.
9. Séchet R, Vasilcu D. Les mobilités des médecins en Europe. Le cas des mobilités entre la Roumanie et la France. Genre, médecins, mobilités .Sofia, Bulgarie., 2012:13p.
10. Schutz A. L'étranger un essai de psychologie sociale suivi de L'homme qui rentre au pays Alfred Schütz traduit de l'anglais par Bruce Bégout. Allia. Paris; 2010. 77 p.
11. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : herméneutique [en ligne] Paris : Larousse [consulté le 8 janvier 2015]; disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hermeneutique>
12. Grondin J. L'herméneutique. Paris: Presse Universitaire de France; 2008. 128 p.
13. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
14. UNESCO. La diète méditerranéenne [en ligne] UNESCO [Consulté le 3 février 2015] mis à jour le 30 décembre 2014. Disponible sur: <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=fr&pg=00011&RL=00884>
15. Kastorini C-M, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. Journal Of The American College of Cardiology 2011; 57:1299-1313

16. Vega A. Introduction à l'approche anthropologique des soins. Documents de recherches en médecine générale 2007; 64:33-54
17. Turpin B. Le jargon, figure du multiple. La linguistique 2002;38:53-68.
18. Séchet R, Vasilcu D. Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. Norois. 2013 ;223:63-76.
19. Reynaudi M. La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ?. La note d'analyse 2012;308:12p
20. OMS. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé [En ligne]. OMS [Consulté le 19 décembre 2014]. Mis à jour le 19 décembre 2014. Disponible sur : [http://www.who.int/hrh/migration/code/full\\_text/fr/](http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/)
21. Welcome to UK practice programme [En ligne]. General Medical Council [consulté le 30 janvier 2015]. Mis à jour le 6 décembre 2014. Disponible sur : <http://www.gmc-uk.org/doctors/WelcomeUK.asp>
22. CNOM. Atlas de la démographie médicale française 2010 [En ligne] Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins [consulté le 8 décembre 2014] Publié le 23 novembre 2010. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2010-1039>
23. Le Parisien. Le recrutement de médecins à l'étranger, un marché récent et opaque. [En ligne]. Saint-Ouen: Le parisien [Consulté le 29 janvier 2015]. Publié le 3 mai 2013. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/leparisienne/sante/le-recrutement-de-medecins-a-l-etranger-un-marche-recent-et-opaque-03-05-2013-2776081.php>
24. Agence Erasmus+ France / Éducation Formation. Agence Erasmus + [En ligne] Bordeaux: Agence Erasmus+ France. [Consulté le 2 février 2015]. Mis à jour le 21 décembre 2014. Disponible sur : <http://www.agence-erasmus.fr/>
25. WONCA. The Vasco Da Gama Movement [En ligne] WONCA. [Consulté le 30 janvier 2015] Disponible sur : <http://vdgm.woncaeurope.org>

# ANNEXES

## **ANNEXE 1 : Guide d'entretien**

Merci d'accepter de m'aider pour mon travail. Cet entretien a pour but de déterminer les difficultés éventuelles que vous rencontrez en tant que médecin étranger installé en Picardie.

Les résultats seront rendus anonymes et utilisés pour mon travail de thèse.

Nom, prénom :

Lieu d'exercice : Rural  Semi-rural  Urbain

Nationalité : Pays d'obtention du diplôme :

Année de naissance : Sexe :

Date d'installation : Recrutement : oui / non

1/ Pouvez-vous me résumer rapidement votre parcours professionnel ?

2/ Avez-vous rencontré des difficultés depuis votre installation en Picardie ?

3/ Si oui, lesquelles ?

*Questions de relance :*

*Avez-vous rencontré des difficultés :*

*\*Avec la langue française ?*

*\*Avec le métier lui-même ?*

- *Avec les pathologies rencontrées/les motifs de consultation?*
- *Avec les prescriptions de médicaments et d'examens ?*
- *Avec les actes techniques réalisables en médecine générale (sutures, frottis, infiltrations...) ?*
- *Sur le plan confort/charge de travail ?*
- *Avec la part administrative de l'exercice ?*
- *Avec la part législative/déontologique de l'exercice ?*
- *Sur le plan financier ?*

*\*Relationnelles ?*

- *Avec vos patients ?*
  - *Environnement socio-culturel*
  - *Confiance*
  - *Leurs/vos a priori*
- *Avec les confrères et autres professionnels de santé ?*
- *Avec les centres hospitaliers ?*
- *Avec la municipalité ?*

*\*Avec votre cadre de vie, personnel et familial ?*

4/ Et si c'était à refaire ?

5/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

6/ Connaissez-vous d'autres médecins généralistes étrangers exerçant en libéral en Picardie ?

## **ANNEXE 2 : Enregistrement des entretiens sur CD**

Ce CD est disponible en dernière page.

Dans un souci d'anonymat, les noms de lieux où exercent ou où ont exercé les médecins interrogés ont été masqués par un bip.

Piste 1 : Entretien MG1..... 27 min 34 s

Piste 2 : Entretien MG3..... 18 min 09 s

Piste 3 : Entretien MG5..... 07 min 54 s

Piste 4 : Entretien MG6..... 09 min 03 s

Piste 5 : Entretien MG7..... 24 min 39 s

### **ANNEXE 3 : Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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





## **Les difficultés des médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie.**

### **Résumé :**

**Introduction :** De plus en plus de médecins étrangers exercent en France. Devant les spécificités de la médecine générale, les médecins généralistes étrangers s'installant en Picardie peuvent rencontrer des difficultés. **Méthodologie :** Enquête qualitative par entretiens semi-directifs de 7 médecins généralistes étrangers installés en Picardie. **Résultats :** Les médecins ont eu besoin d'une période d'adaptation pour surmonter plusieurs problèmes : le français a mis du temps à être maîtrisé et l'intégration dans le système de soins français et dans le milieu professionnel pouvait être difficile. Les différences culturelles entre ces médecins et leurs patients s'exprimaient notamment dans les pathologies rencontrées et dans la relation médecin-patient. Certains médecins ont rencontré des difficultés d'organisation ou de charge de travail. L'expérience de l'immigration présentait ses propres difficultés et l'intégration du médecin et de ses proches avait son importance. Ces difficultés sont cependant surmontables et l'expérience reste généralement positive. **Discussion :** Les différences culturelles sont un obstacle pour ces médecins généralistes étrangers qui vont devoir s'adapter à une nouvelle langue, un nouveau système de soins, à de nouveaux patients dans un autre état de santé. Des mesures accompagnant l'installation de ces médecins pourraient apporter des solutions à certaines de ces difficultés. **Conclusion :** Les spécificités de la médecine générale et les différences culturelles compliquent l'installation des médecins généralistes étrangers en Picardie. Ils ont besoin d'un temps d'adaptation pour s'intégrer dans la vie professionnelle et personnelle.

**Mots-clés :** Médecine générale, Médecins diplômés à l'étranger, Personnel professionnel étranger, Culture (sociologie), Anthropologie de la santé.

## **The difficulties of foreign general practitioners practicing in Picardie**

### **Abstract:**

**Introduction:** More and more foreign physicians practice in France. Given the special features of general practice, foreign general practitioners establishing in Picardie may encounter some difficulties. **Methodology:** Qualitative study by semi-structured interviews of 7 foreign general practitioners who practice in Picardy. **Results:** The doctors needed a period of adaptation to overcome several problems: the French took time to be mastered and integration in the French care system and in the workplace could be difficult. Cultural differences between doctors and their patients expressed in the pathologies encountered and in the doctor-patient relationship. Some doctors have encountered difficulties in organization or workload. The experience of immigration had its own difficulties and the integration of the doctor and his family was important. However, these difficulties are surmountable, and the experience is generally positive. **Discussion:** Cultural differences are a barrier for these foreign general practitioners who will have to adapt to a new language, a new health care system, and new patients in another health condition. Some measures to guide the installation of these doctors could provide solutions to some of these difficulties. **Conclusion:** The special features of general practice and cultural differences complicate the installation of foreign general practitioners in Picardy. They need a period of adaptation to fit into the professional and personal life.

**Keywords:** General practice, Foreign Medical Graduates, Foreign Professional Personnel, Culture, Medical Anthropology.