HAL
open science

Prise en charge des patients exilés par les médecins généralistes exerçant dans des structures dédiées : aspects émotionnels. Étude qualitative phénoménologique en région Sud PACA

Coralie Porcheto

To cite this version:

Coralie Porcheto. Prise en charge des patients exilés par les médecins généralistes exerçant dans des structures dédiées : aspects émotionnels. Étude qualitative phénoménologique en région Sud PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02518620

HAL Id: dumas-02518620

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02518620v1

Submitted on 25 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Prise en charge des patients exilés par les médecins généralistes exerçant dans des structures dédiées : aspects émotionnels.
- £ tude qualitative phénoménologique en région Sud PACA -

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 18 Décembre 2019

Par Madame Coralie PORCHETO

Née le 14 janvier 1989 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	**Président**
Monsieur le Professeur BOYER Laurent	**Assesseur**
Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	**Assesseur**
Madame le Docteur LAHYA Samia	**Directeur**
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003
M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal AUQUIER.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury sans hésitation et me faire l'honneur de juger ce travail à travers votre regard de médecin en Santé Publique et Chef de pôle de la permanence d'accès aux soins de Marseille. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect pour cet engagement auprès de la population de patients exilés et précaires.

A Monsieur le Professeur Laurent BOYER.

Vous avez eu la gentillesse de bien vouloir juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude, et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Christophe LANÇON.

Merci de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury et d'apporter votre réflexion sur ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect pour votre engagement auprès des Usagers.

A Madame le Docteur Samia LAHYA.

Merci Samia d'avoir accepté de diriger cette thèse avec un engouement d'emblée stimulant pour le sujet. Tu as honoré ce travail de conseils honnêtes et avisés, m'accompagnant avec patience et disponibilité sans faille durant ce parcours, qui a commencé il y a plus d'un an avec le mémoire de DES. J'ai une grande admiration pour ton investissement dans ce domaine de recherche et auprès des personnes exilés en consultations psychotrauma notamment, ainsi qu'à la CUMP. Merci infiniment pour ton soutien bienveillant et ta compréhension dans les moments les plus difficiles, et la confiance que tu m'as accordée.

A Madame le Docteur Maeva JEGO.

Merci Maeva d'avoir accepté de me faire l'honneur de juger ce travail. Tu as participé de manière déterminante à en faire ce qu'il est, m'orientant initialement vers la méthode d'analyse, que j'ai découvert avec grand plaisir. Sois assurée de mon respect pour ton investissement dans l'enseignant de la Médecine Générale à la faculté de Marseille, dans la recherche qualitative et dans la prise en soin des personnes en situation de précarité y compris dans ton cabinet médical, ou j'ai eu la chance de remplacer.

Merci aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude et au mémoire de DES, avec gentillesse et générosité. Je suis touchée par la manière dont vous avez partagé simplement la richesse de votre expérience, me permettant d'apprécier chaque entretien.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 4

CADRE CONCEPTUEL 6

I. Aspects émotionnels en Médecine Générale 6

1. Médecine basée sur les preuves 6

2. Discussion autour des limites pratiques du modèle biomédical 7

3. Vers une approche globale du patient 8

4. Approche relationnelle en Médecine Générale 9

5. Outils émotionnels en Médecine Générale 11

6. Les émotions du médecin généraliste : formation et pratique 19

II. Contexte actuel de la situation migratoire en France 21

1. L'immigration en France : chiffres, définitions et concepts 22

2. Santé et immigration en France : état des lieux 25

3. Parcours de soin des personnes immigrées en France 30

4. Le médecin généraliste : principal relais médical dans le recours au soin des patients exilés 36

5. État des connaissances sur les représentations autour de la relation de soin chez les médecins généralistes et les patients exilés 38

SYNTHESE 43

I. Problématique 43

II. Objectifs 43

MATÉRIEL ET MÉTHODE 44

I. Type d'étude 44

II. Choix de la méthode qualitative 44

III. Revue de la littérature et rédaction du guide d'entretien 44

IV. Population et construction de l'échantillonnage 45

1. Population 45

2. Échantillonnage 46

V. Recueil de donné 47

1. Posture du chercheur 47

2. Entretien compréhensif 48
VI. Analyse des données 50
1. Approche phénoménologique 50
2. Approche pragmatique 51
3. Approche sémiotique 51
4. Réalisation pratique 52

RÉSULTATS 55

I. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens 55
II. Analyse thématique des données 57
1. Peirce 1 : Perception émotionnelle de l'expérience professionnelle en contexte codifié : entre sentiment d'injustice et poursuite d'un objectif commun . . . 59
A – Accueil de l'histoire et spécificités pratiques de la consultation avec un patient exilé : entre impuissance et compassion 59
B – Précarité et transculturalité : une rencontre source d'enrichissement nécessitant un cadre de travail propice 71
C – Motivations et expériences déterminantes dans l'implication des MGsd : vers un engagement professionnel 79
2. Peirce 2 : Place de l'émotion en consultation avec un patient exilé pour les MGsd : vers l'acquisition de compétences relationnelles en situation transculturelle et contexte de précarité 90
A – La perception des émotions prenant en compte les représentations . . . 90
B – Interactions émotionnelles en situation de soin : sens accordé aux émotions par les MGsd. 97
C – Adaptabilité des MGsd aux besoins relationnels des patients exilés : vers une relation empathique 103
3. Peirce 3 : Quand la rencontre médecin-patient exilé impacte les MGsd : mécanismes et stratégies de régulation émotionnelle 111
A – Ressentis d'impact et envahissement émotionnel par les MGsd . . . 111
B – Stratégies de régulation émotionnelles développées par les MGsd . . . 113
C – Place et sens donnés à la régulation émotionnelle 119
III. Proposition synthétique générale intégrative selon l'IPA sémio-pragmatique . 123

DISCUSSION 127

I. Limites et forces méthodologiques de l'étude 127

1. Méthode d'échantillonnage 127

2. Réalisation de l'étude et des entretiens 128

3. Intersubjectivité 129

4. Validité interne 131

5. Validité externe 133

II. Discussion autour des résultats de l'étude 135

1. Présentation du résultat principal : synthèse des émotions, ressentis et sentiments perçus par les MGsd prenant en charge des patients exilés . . . 135

2. Interprétations et résultats secondaires : Analyse Interprétative Phénoménologique sémio-pragmatique 137

A – La « dimension humaine du soin » 140

B – Le « sentiment d'utilité social » 167

C – Interactions entre les représentations, les comportements et les émotions . 169

III. Modélisation dynamique de Peirce 175

CONCLUSION 177

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 179

ANNEXES 187

LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHÉMAS 198

ABRÉVIATIONS 199

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

En Médecine Générale, parfois dès la première consultation, il est étonnant de s'apercevoir comme nous intégrons intimement la vie et les ressentis des patients. Qu'il s'agisse d'une démarche diagnostique et thérapeutique, ou de la perspective d'une attention bienveillante portée à leur histoire et à leur souffrance, les personnes se tournent en premier recours, dans leur parcours de santé, vers le médecin généraliste. Médecin de soins primaires, il apporte une réponse essentielle à la grande majorité des besoins individuels [1]. Sa posture lui offre la possibilité de *« rencontrer l'homme derrière sa plainte et agir en profondeur en ne méconnaissant pas la singularité de son patient »* [2].

Pour y parvenir, il construit activement une relation singulière basée sur la communication verbale et non verbale. Échanges interhumains, les rencontres qui se déroulent au sein des salles de consultation sont de façon inéluctable imprégnées d'émotions. Elles sont à l'origine d'une réponse émotionnelle se manifestant, pour le médecin comme pour le patient, au niveau de l'expérience émotionnelle, du système physiologique et du comportement [3].

Lorsque le patient est une personne en situation d'exil, l'aspect culturel et la part de souffrance inhérente à cette situation complexe sont omniprésents au cours des consultations. Quand cette migration est contrainte, elle introduit d'autres éléments à considérer afin de mieux connaître et comprendre le patient : les circonstances de départ, les conditions du parcours et les perspectives d'avenir sont des facteurs entrant en considération dans le suivi et la prise en charge du sujet en situation d'exil. La situation actuelle du patient doit être évoquée également, ses conditions de vie représentant potentiellement un facteur de vulnérabilité sanitaire. Pour tous ces éléments, les émotions émanant de ces consultations sont, de façon évidente, complexes.

Les médecins généralistes exerçant leur profession dans des structures prenant en charge des patient(e)s exilé(e)s, y sont confrontés de façon récurrente et quotidienne. Par ailleurs, la notion de solidarité, d'accueil de l'Autre, les questions politiques relatives à la « gestion des flux migratoires », et celles en lien avec la santé des populations en cours de migration, sont des sujets d'actualité, en France et dans le monde. Plusieurs thèses explorent les difficultés et les représentations des médecins autour de la prise en charge des patients migrants ou précaires.

Aucune étude française, à notre connaissance, ne s'est intéressée de façon qualitative et phénoménologique, aux aspects émotionnels autour de ces prises en charge complexes, du point de vue des médecins généralistes.

La question des émotions alimente de nombreux débats en Médecine et en Sciences Humaines. Elles sont l'impulsion récurrente, voire l'objet principal, de nombreuses conversations informelles entre les médecins – qu'ils soient étudiants ou praticiens installés. Bien qu'elle soit au final relativement peu traitée au cours du cursus universitaire, la question des affects des médecins généralistes a été mise en exergue dans quelques études. Il s'agissait notamment d'étudier les ressentis dans le cadre de la pratique quotidienne des médecins [4] [5], au sein d'un service d'urgence [6] ou dans l'accompagnement de la fin de vie des patients [7]. Par ailleurs, les émotions ont été plus largement abordées chez les internes de Médecine Générale [8] et dans le cadre de leur apprentissage à l'annonce d'une mauvaise nouvelle [9]. Ce contexte émotionnel de la relation médecin-patient est dans ce travail, croisé avec trois autres thématiques médicales passionnantes : le soin apporté aux personnes en situation de précarité, la question des traumatismes et impacts psychiques et le contexte transculturel en consultation de Médecine Générale.

Dans cette étude, nous nous sommes donc intéressés à l'expérience émotionnelle du médecin généraliste exerçant dans une structure dédiée à la prise en charge des personnes en cours de migration, à travers une approche qualitative phénoménologique.

Dans la suite de ce travail, nous aborderons d'abord quelques éléments clefs qui définissent le contexte à partir duquel cette étude s'est construite. Il s'agira dans un premier temps de définir quelques concepts essentiels autour de la relation thérapeutique et la place de l'émotion en Médecine. Puis nous resituerons le contexte d'immigration en France et les questions sanitaires concernant les patient(e)s exilé(e)s qui y résident. Nous préciserons finalement la problématique et les objectifs de cette recherche avant d'aborder l'aspect méthodologique de l'étude elle-même. Enfin nous restituerons puis discuterons des résultats obtenus ici.

CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

I. Aspects émotionnels en Médecine Générale

Peut-on parler d'aspects émotionnels en Médecine ?

Dans la culture occidentale, la sémantique tend à opposer raison et émotion. Pourtant cette notion a tout à fait sa place dans le modèle médical actuel, et ce d'autant plus en Médecine Générale. Nous allons aborder les concepts généraux nous permettant de comprendre sous quel point de vue, définissant quelques-uns des modèles relationnels et conceptualisations actuelles autour de la question des émotions. Puis nous verrons, à partir d'études précédentes concernant le sujet en Médecine Générale, quelle place lui est accordée dans les formations théoriques et professionnelles actuelles.

I. 1. Médecine basée sur les preuves

Actuellement privilégié, le modèle médical fondé sur les preuves scientifiques et rationnelles, nommé Evidence Based Medecine (EBM), s'est imposé en ces termes dès les années 1980. Il s'agit d'un modèle médical centré sur la maladie, et d'une perspective médicale basée sur les données de la littérature scientifique, que le clinicien doit consulter pour proposer une prise en charge au patient validée par ses pairs. Son expérience clinique devrait être fondée sur une analyse systématique des observations cliniques, de manière reproductible et non biaisée, en évitant toute interprétation intuitive de l'information [10]. Cette perspective répond à un besoin de fiabilité dans le raisonnement scientifique, dont le patient est le premier bénéficiaire.

Le patient est alors perçu principalement à travers sa maladie, son mécanisme biologique et ses étiologies. Dans ce cadre, les dimensions psycho-sociales et émotionnelles non quantifiables sont considérées en second plan. L'intégration personnelle de la prise en charge qui est proposée par le médecin au patient aux valeurs individuelles et culturelles de ce dernier, lui est laissée selon sa propre estimation.

Dans un contexte EBM strictement rigoureux, le médecin est considéré comme un technicien médical. Les émotions sont alors perçues comme une fragilité, un biais, voire un manque de

professionnalisme [11]. Il est donc naturellement encouragé à les écarter. Les attentes relationnelles considérées comme prioritaires dans ce modèle sont celles de l'information du patient sur les données actuelles de la science, en toute neutralité affective.

Se basant sur les niveaux de preuve, cet abord scientifique du soin a permis de nombreuses recherches et progrès en thérapeutique médicale. Très utilisé au niveau institutionnel et en santé publique, considéré comme très fiable en théorie, il peut cependant présenter des limites en pratique. Sans critiquer cette approche, il s'agissait ici de prendre en compte des éléments échappant à la quantification. Si l'approche qualitative a permis en Sciences Humaines et Sociales d'appréhender des phénomènes non mesurables, d'enrichir notre compréhension et notre conceptualisation du monde, nous faisons le choix de nous en inspirer ici pour ce travail de recherche en lien avec la question complexe des émotions.

I. 2. Discussion autour des limites pratiques du modèle biomédical

Au sein de la communauté scientifique, les débats autour de l'EBM, fondés ou non, sont nombreux. A travers cette démarche de prise en charge, c'est en effet la place du patient au sein de la relation et le paradigme de cette relation même, qui est soumis à questionnement. En ce sens, plusieurs objections ont pu être avancées, nous les citons ici :

- Dans un premier temps, dans de nombreux cas en Médecine Générale, les preuves tangibles pour établir un diagnostic ou le profil de l'état de santé d'un patient, sont absentes. Il existe en effet une absence d'études et de données scientifiques pour un certain nombre de situations cliniques qui ne peuvent être évaluées en utilisant l'approche EBM [12].

- Pour certains, il s'agit autant d'une science, qui conclut parfois par élimination de diagnostics différentiels, que d'un art lié à l'expérience. L'EBM pourrait même « *perturber le jugement clinique, dans la mesure où la recherche de données probantes remplacerait la capacité de jugement du médecin et produirait comme résultat des protocoles d'action clinique qui enlèvent potentiellement toute initiative du soignant* » [10].

- De plus, il est souvent difficile d'appliquer à un patient précis, comportant toutes ses particularités, les conclusions d'une étude générale du point de vue d'une population [13]. En effet, il existe des problèmes à résoudre en Médecine le plus souvent liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires, économiques, le

contexte affectif et psychique des patients, indissociables en médecine de soins primaire. Le généraliste doit pouvoir interpréter la vision personnelle que le patient se fait de sa maladie, qui entre rarement dans un tableau clinique classique. Ceci est d'autant plus vrai qu'il existe différentes approches de la maladie et de sa symptomatologie selon la culture.
- Enfin, d'un point de vue éthique, les recommandations peuvent être perçues comme des limites à l'autonomie des patients, fermant la porte aux représentations moins médicalisées qu'il peut se faire de son état de santé, lui donnant un sens. Par ailleurs, « *la décision la plus fondée peut s'avérer ne pas être éthiquement acceptable ou contraire à l'intérêt du patient* » [14] qui ne serait pas en capacité de décider pour lui-même.

Pour nous, l'approche qualitative permet de répondre aux questions de recherche difficilement, voire non mesurables. Sans s'opposer à l'EBM, mais en complément à celle-ci, elle permet une analyse rigoureuse et codifiée de phénomènes humains non chiffrables. Comment appréhender avec justesse et exhaustivité des phénomènes complexes échappant à la statistique, tels que les émotions, sinon en les considérant dans leur contexte, en les conceptualisant en lien avec leur environnement social, culturel, psychologique et avec l'ensemble des déterminants pouvant agir sur leur expression ?

I. 3. Vers une approche globale du patient

G. CANGUILHEM formule sa pensée ainsi : « *Il n'y a pas de pathologie objective. On peut décrire objectivement des structures ou des comportements, on ne peut les dires "pathologiques" sur la foi d'aucun critère purement objectif […]. C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine* » [15].

Sans être opposée, la considération organique du patient peut alors être considérée comme insatisfaisante pour prendre en charge cet aspect subjectif. Le cheminement sociétal de la Médecine se fait donc vers un modèle qui se veut appréhender le patient dans sa globalité. Par cette approche globale, nous faisons référence au « *modèle bio psycho social* » [16], introduit par Balint : prendre en compte les dimensions humaines, sociales et environnementales entourant les personnes, au-delà de la prise en charge centrée sur le symptôme seul. L'auteur précise [16] « *le malade ne l'est pas toujours et [que] sa demande n'est pas nécessairement celle d'une guérison* » ; il complète « *qu'une fois pour toutes il faut reconnaître le fait que le premier désir du patient est d'être compris* ».

Ainsi, en fonction des raisons explicites ou implicites, conscientes ou inconscientes, qui poussent le patient à consulter son médecin, ses attentes au sujet de la relation de soin ne seront pas les mêmes. Il est alors évident que cette approche bio-médico-psycho-sociale aborde le concept de relation thérapeutique sous un angle tout à fait différent du modèle EBM, moins technique et plus relationnel. Pour M. BALINT [16], la relation médecin-patient est un « *investissement mutuel* ». La « *relation unique* » médecin-patient se définirait à travers un compromis entre « *l'offre du patient* » et la « *réponse du médecin* » [16].

Le patient est alors considéré comme acteur de la relation médecin-patient et sa part de subjectivité, invitée à prendre place au sein de la réflexion médicale. Elle ouvre ainsi un espace d'échange entre les deux acteurs. La disponibilité émotionnelle du médecin est alors également requise.

I. 4. Approche relationnelle en Médecine Générale

Comme nous le verrons plus loin, selon la WONCA [1], cette prise en charge globale incombe au médecin généraliste. Pour le Dr SARRADON-ECK [17], les médecins généralistes sont dans une relation de proximité avec les patients puisque celle-ci *« [...] leur permet de se différencier positivement sur le registre de la plus grande humanité en mettant en avant leur connaissance approfondie du patient, l'aspect "global" de la prise en charge et la relation humaine avec le patient ».*

Dans sa thèse sur « La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : C. LEHMANN, L. PERINO et M. WINCKLER » [18], E. MALVEZIN rapporte que selon M. WINCKLER, « dans l'inconscient collectif, un bon médecin est un médecin « *dévoué, proche, sympathique, patient, ouvert, bon, humaniste, compatissant, fort, rassurant, fiable, fin diagnosticien, habile praticien, subtil confident et parfait adepte de la neutralité bienveillante* ». Mais en réalité, selon lui, la mission première du médecin devrait être de faire en sorte que les patients « *ne se sentent pas plus mal en sortant de chez lui qu'en entrant* ». Cette notion peut introduire, à côté de son rôle scientifique, une action potentielle du médecin sur le bien-être du patient, celle-ci s'exerçant par le biais de la relation thérapeutique. Ainsi, ce lien singulier pourrait être un outil thérapeutique en soi. C'est ce que M. BALINT nomme le « *remède médecin* » [16] : « *ce n'est*

pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris ». Dans son ouvrage, il incarne le point de vue de la pharmacologie du « *médecin en tant que remède* ». Il constate qu'« *aucun manuel n'indique au médecin la dose qu'il doit prescrire de lui-même, ni sous quelle forme, à quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc* » [16].

On arrive donc à la compréhension de la perspective prônant qu'à travers l'humanité de l'échange qui se crée entre médecin généraliste et patient, accepter l'idée d'une implication affective du médecin est réaliste. Il ne peut jamais être totalement « neutre ». En tant qu'Humain, il a aussi des limites. « Il ne peut être totalement "bienveillant", du fait même de l'acte médical qui porte atteinte à l'intimité des patients » [19]. Il a parfois des émotions qui peuvent potentiellement desservir la relation thérapeutique. Tout l'enjeu de l'apprentissage de la profession est alors de savoir qu'en faire.

M. BALINT développe l'idée que l'apparition d'une émotion ressentie face à un patient devrait être interprétée comme un symptôme de la maladie du patient. Il fait émerger la possibilité de conséquences positives des émotions des médecins, celles-ci pouvant être utilisées pour mieux soigner. En effet, il montre que la réflexion sur les émotions ressenties peut dénouer des problèmes, peut expliquer des comportements des patients [20]. Enfin, M. VANNOTTI nous met en garde de ne pas tomber dans une « *psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique* » [21], allant à l'encontre du respect de l'autonomie du patient. Il explique que ce serait alors faire « *l'interprétation des dires ou des comportements du patient, selon le sens commun ou selon des modèles de compréhension psychologique pas toujours bien intégrés* » [22]. Nous rajouterons : et d'autant plus, dans un contexte de consultation transculturel.

Nous l'avons vu, plusieurs perspectives relationnelles sont envisageables. Pour parvenir à une relation de soin qui puissent aboutir à une thérapeutique efficace, quel que soit le modèle, le dialogue entre le médecin et son patient s'impose. Ce dialogue nécessite de la part du médecin, une fine utilisation des outils relationnels dont il dispose.

I. 5. Outils émotionnels en Médecine Générale

Concevoir un échange est bien sûr concevoir une communication. Celle-ci peut être verbale bien entendue : les mots et expressions utilisés doivent être intelligibles et leur portée mesurée par le médecin qui s'exprime. Mais elle est aussi non verbale : notre posture, nos expressions, notre regard, notre subjectivité observable devraient donc l'être également. Parmi les outils identifiés permettant au médecin d'ouvrir le dialogue avec son patient, abordons les notions d'empathie, d'émotion et de régulation émotionnelle, utiles à la compréhension de ce travail.

I. 5. A – Empathie

Définir l'empathie n'est pas aisé. En effet les définitions autour de ce concept ne font pas l'unanimité. Étymologiquement, « empathie » est composé du préfixe « *en»* du grec ancien signifiant « dans, à l'intérieur de » et « *páthos » signifiant* « sentiment, souffrance». Autrement dit, « souffrance ou sentiment à l'intérieur » [23].

M. VANNOTTI résume la définition de l'empathie ainsi [22] : « *Dans la pratique médicale, l'empathie désigne encore la capacité du médecin à travailler activement sur les émotions. C'est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale. Les modalités d'expression des émotions sont fort hétérogènes* ». L'auteur parle des émotions du patient, difficile à percevoir s'il tend à les minimiser, ou au contraire difficile à contenir si elles se manifestent vivement. Et des émotions du médecin lui-même, qui doit accepter d'être touché par celles-ci, « *comme une caisse de résonance* » [22]. Cette définition aborde donc l'empathie comme un vécu intuitif de l'autre. Cela implique que le médecin soit attentif à son propre vécu. Par la suite cette émotion peut être le fruit d'une élaboration cognitive, dans le contexte d'interaction avec le sujet. Enfin, ayant reconnu et nommé l'émotion du patient, le médecin peut signifier à ce dernier qu'il l'a compris et légitime ainsi son ressenti dans le contexte qu'il lui a exposé. Cette « *légitimation »* du vécu du patient est exposée par l'auteur comme : *« le point central de la relation empathique. Elle donne au patient la confirmation que le médecin peut le comprendre, peut reconnaître le bien-fondé de ses pensées et de ses émotions. C'est aussi par cette voie que le médecin et le patient peuvent expérimenter, l'espace d'un bref moment, un vécu partagé et, par là, participer à l'humanité de l'autre »* [22].

C’est dire tout l’enjeu de ce concept d’empathie. D’autres définitions ont pu être développées, notamment dans le domaine de la psychologie. J. DECETY et al. ont proposé un modèle de l’empathie [24] qui repose sur quatre composants : la contagion émotionnelle, la conscience de soi, la prise de perspective subjective de l’autre, et les processus de régulation. D’autres auteurs distinguent l’empathie cognitive et affective. Tentons de les définir simplement.

L’empathie émotionnelle ou affective ou contagion émotionnelle sont des notions distinguées par les différents chercheurs qui peuvent être rapprochées d’une définition commune : ce serait *« une réaction émotionnelle (ses propres affects) en réponse aux émotions de l’autre »* [21] J. DECETY précise qu’il s’agirait d’une *« attitude orientée vers le bien d’autrui [qui] s’inscrit davantage dans les mécanismes altruistes, particulièrement évolués de l’espèce humaine, pouvant être dirigés vers des proches, des non proches mais aussi envers d’autres espèces »* [25]. Il convient de préciser que l’empathie se caractérise par le fait qu’elle doit se faire sans aucune confusion entre soi et l'autre. Il s’agit de ce que J. DECETY appelle le processus de conscience de soi [24].

L’empathie cognitive ou prise de perspective subjective de l’autre : peuvent être définies comme le fait de comprendre les émotions des autres, leur état psychologique et donc leur perspective. La prise de perspective subjective de l’autre inclus également des processus de régulation [24]. Elle serait le fruit d’une volonté consciente et permise par la perception d’éléments externes tels que les comportements non verbaux et le contenu sémantique du langage. Cette définition de l’empathie la conçoit comme « *un avantage adaptatif majeur pour naviguer dans le monde social* » [26].

Enfin, dans divers domaines, plusieurs études récentes tendent à explorer le lien potentiel entre l’empathie et les comportements [27][28]. Ainsi peut être introduite une dimension comportementale de l’empathie ou d’action empathique. Elle pourrait correspondre dans le soin aux attitudes ou aux actes des médecins envers les patients, par le biais de la communication active de leur compréhension.

Part intuitive, part acquise, de nombreuses études explorent les déterminants de l’empathie. Certaines théories soutiennent que le médecin peut, en travaillant sa manière d’être à la relation

médecin-patient, agir dans une certaine mesure son empathie. Nous l'avons compris, de très nombreuses recherches ont comme objet d'explorer le domaine de l'empathie et de l'intersubjectivité. Selon les auteurs, certaines dimensions seront plus ou moins mises en avant. Cela laisse entrevoir la complexité de cette aptitude relationnelle.

I. 5. B – Émotions

Parlant d'empathie, nous parlons donc aussi d'émotions. L'émotion n'a également pas de définition consensuelle. Elle est largement étudiée en psychologie cognitive et en neuroscience. Nous retiendrons quelques éléments explicatifs en rapport à cette étude. L'émotion semble regrouper trois phénomènes [29] :

- Un état mental subjectif, l'« état affectif » : les affects telles que la colère, la tristesse, la peur, la joie, etc ;
- Un changement dans le corps : des réactions physiologiques, somatiques et autonomes, qui sont une préparation indispensable au 3e phénomène ;
- Une tendance ou une impulsion à agir : à travers des expressions comportementales, des postures : des réactions non verbales.

Le dictionnaire petit Robert définit ainsi : Émotion (du latin « ex-movere » qui signifie mouvement vers l'extérieur) est « *un état affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale où sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentations très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement (au sens affaibli, on parle d'un état affectif, plaisir ou douleur, nettement prononcé) ».* Les émotions renverraient donc à un moyen de s'adapter au monde et agiraient comme un régulateur des interactions sociales, permettant de caractériser subjectivement nos expériences comme plutôt « bonnes » ou « mauvaises ».

Pour le neurologue américain A. DAMASIO, il n'y a pas de cognition sans émotion, ni d'émotion sans cognition [30]. Cela introduit la notion d'évolutivité dans nos émotions. En effet, au cours de nos vies, de nos expériences et de l'analyse que nous en faisons, nous pouvons alors éprouver des niveaux de complexité émotionnelle croissants. Cette articulation s'opérerait suivant trois dimensions essentielles, que M. VANNOTTI résume ainsi [22] :

1) Dimension émotionnelle : *« L'émotionnalité confère une première ordonnance à l'expérience immédiate et lui attribue une valeur – notamment en termes de plaisir et de déplaisir »* [23]. Les émotions seraient au début de nos vies des réactions physiologiques à des stimuli principalement extérieurs

2) Dimension cognitive : *« L'expérience émotionnelle est nouée, suivant une articulation constante et circulaire, à la dimension cognitive de la signification ou de la « "donation de sens" »*. Cette deuxième dimension répond à des règles plus explicites. Elle *« transforme les schémas émotionnels implicites en une expérience émotionnelle consciente ou, tout au moins, dicible »* [22]

3) Dimension sociale : *« L'articulation de l'expérience de soi et du monde nécessite également une constante dynamique de référence à l'autre. Telle est la dimension sociale constitutive du sens proprement humain de la réalité. La référence à l'autre joue en effet un rôle essentiel dans la confirmation (ou l'infirmation) du bien-fondé de ce que l'on perçoit, de ce que l'on sent et de ce que l'on pense* » [22].

Pour A. DAMASIO, au fur et à mesure, l'émotion « *s'intériorise, si l'on peut dire, et nous habite d'une manière permanente, à la manière de nos tendances les plus instinctives* » [30]. Cette articulation dynamique entre les dimensions émotionnelles, cognitives et sociales viserait *« à obtenir une représentation exacte du monde extérieur, se protéger pour survivre, s'intégrer dans un réseau social aux règles de fonctionnement partagées, conserver une cohérence dans la relation à son environnement, garder un sentiment de continuité du Soi* » [22].

Par ailleurs, de nombreuses modélisations de l'émotion et de sa composition ont également été explorées. Là encore, différents modèles et différentes approches. Parmi eux, le modèle multi-dimensionnel de R. PLUTCHICK instaure la notion d'un degré d'intensité des émotions, à partir de huit grandes émotions qui seraient présentes chez l'individu selon lui : « *peur, surprise, tristesse, dégoût, colère, anticipation, joie, acceptation* » [31]. Cette intensité semble intéressante à prendre en compte car face à un même stimulus, les individus ne sont en effet pas affectés de la même façon.

Cette notion d'intensité émotionnelle et d'émotion cognitive mène à parler de régulation émotionnelle.

I. 5. C – Stratégies de régulation émotionnelle

Là encore, les stratégies de régulation émotionnelles ou stratégies dites de « coping » émotionnel n'ont pas de définition univoque. Elles interviennent lorsqu'une personne, dans ce cas précis un médecin, est soumis à une « *demande psychologique intense* » [32]. Selon R. LAZARUS et S. FOLKMAN, le coping est actuellement défini comme *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu »* [33]. La première étape serait celle de l'évaluation de cette « menace ». Selon les auteurs, cette évaluation dépendrait à la fois des ressources personnelles et environnementales de l'individu, antérieures au « facteur de stress » et du facteur de stress lui-même ainsi que de sa perception par la personne (en fonction de ses représentations, de son état etc.) [34]. Cette évaluation du « facteur de stress » oriente les stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation :

- Stratégies dont l'objectif est de diminuer directement la tension émotionnelle en ne changeant en rien le problème : le « coping centré sur l'émotion » ;

- Stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion : le « coping centré sur le problème ».

Alors, les personnes pourraient développer différentes options de coping : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social, ou l'action impulsive [34]. A noter que pour R. LAZARUS et S. FOLKMAN le coping pourrait avoir une action sur la santé à plusieurs niveaux, de façon positive ou négative, car il serait associé à des variations neuro-endocriniennes et immunitaires [33].

I. 5. D – Notions de transfert et de contre-transfert

On ne peut parler de subjectivité dans la relation médecin-patient sans évoquer ces notions. Cette approche psychanalytique de la relation médecin-patient est le propre du domaine auquel elle fait référence et n'est pas systématiquement applicable, dans sa conceptualisation psychanalytique initiale, au médecin généraliste. Cependant, ces processus peuvent se retrouver dans une certaine proportion dans toute relation de soin ; cela nécessite que nous les abordions. Selon *Le vocabulaire de psychanalyse* de J. LAPLANCHE et J-B PONTALIS [35], la notion de transfert désigne *« le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains*

objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué ».

Nous pourrions approcher cette définition dans le cadre de la consultation de Médecine Générale de la notion d'ensemble des projections des espoirs du patient, sur le médecin. En effet, comme nous l'avons vu, dans le cadre d'une approche globale du patient, il convient de prendre en compte celui-ci avec sa personnalité et son vécu, ainsi que ses affects, ses représentations et attentes, qui définissent son approche relationnelle, consciente et inconsciente.

Toujours dans cet ouvrage, une conception du contre-transfert est résumée en ces termes *: « c'est l'ensemble des réactions inconscientes du psychothérapeute au patient et, plus particulièrement au transfert de celui- ci ».* Il correspond au ressenti du médecin lors de la réception des émotions de son patient. Le contre-transfert est dépendant de la personnalité et de l'histoire personnelle du médecin. Selon le point de vue de FREUD, il doit être contenu et maîtrisé par l'analyste pour ne pas interférer dans la prise en charge du patient [36]. D'autre part, le contre-transfert de l'analyste est un outil diagnostique et thérapeutique. Il serait le produit de la rencontre de la subjectivité du patient et du médecin et alors un lien avec la personnalité du patient, qu'il cherche à analyser [37][38]. Ce contre-transfert peut être positif ou négatif.

S'il n'est pas nécessairement question pour le médecin généraliste d'interpréter ces affects dans le cadre de la prise en charge du patient ; il doit néanmoins connaître leur existence, et pouvoir identifier les émotions qui, dans la relation, relèvent du processus de transfert/contre-transfert pour établir un lien thérapeutique efficace, basé sur la réalité des échanges affectifs. Cette notion d'entièreté nous mène à parler d'Approche Centrée Patient (ACP).

I. 5. E – Approche centrée patient et décision médicale partagée

Ce modèle, centré sur le patient, est fortement promu actuellement. Il se base sur le concept de l'approche centrée personne de C. ROGERS qui *« repose sur l'hypothèse que tous les êtres*

humains ont un pouvoir personnel inné, des capacités de croissance personnelle et des tendances prosociales » [39]. Il repose donc sur la confiance du médecin dans les capacités de son patient à aller mieux. Les potentialités de guérison seraient *« libérées et accélérées lorsque les clients perçoivent l'empathie acceptante du thérapeute congruent »* [39] et que, dans le même temps, le thérapeute adopte une attitude non directive, centrée sur le patient.

Cette approche s'est étendue à de très nombreux domaines, médicaux et non médicaux. En Médecine Générale, elle a d'abord été élaborée dans la prise en charge de patients chroniques [40]. Elle s'appuie également sur les travaux de M. BALINT, positionnant la relation de soin efficiente comme un outil thérapeutique. Elle fait maintenant l'objet de recommandation par la haute autorité de santé (HAS) et de nombreuses formations.

L'HAS définit l'ACP ainsi : *« La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps.*

Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches » [41]. Il s'agit donc d'un travail en coopération médecin-patient.

Il place le patient et ses besoins subjectifs de santé, plutôt que sa maladie, au centre de la relation thérapeutique et de la démarche de soin. Il devient acteur et responsable de sa santé, pour laquelle il fixe lui-même les objectifs. Il s'agit alors d'acquérir les compétences indispensables pour sa propre prise en charge.

Le rôle du médecin est de lui permettre d'y accéder et de l'accompagner dans la prise des meilleures décisions médicales pour lui-même.

Le CNGE de Nice (Collège National des Généralistes Enseignants) propose une formation aux étudiants et a établi une liste de critères permettant aux médecins de se situer dans le niveau de compétence qu'ils déploient dans leur pratique quotidienne. Voici la liste des capacités correspondant à : *« un niveau compétant »* dans la mise en œuvre de l'ACP dans la démarche relationnelle pour le médecin généraliste [42][43] :

- « *Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient* ». Ce modèle nécessite une approche globale et personnalisée du patient et de son environnement.

- « *Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser* » ; « *Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant* » ; « *Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient* ». Ces items renvoient à la décision partagée et au devoir du médecin envers l'accompagnement du patient dans de meilleures prises de décisions pour sa santé, en fonction des objectifs qu'il s'est lui-même fixés et du vécu subjectif de son altération d'état de santé.

- « *En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture* » ; « *Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage* ». Ceci renvoie clairement aux capacités relationnelles du médecin, en termes de communication verbale et non-verbale, sa possibilité d'ouvrir un dialogue au cours duquel le patient peut exprimer sa singularité et ses ressentis sans être jugé. Elles mettent en évidence l'adaptation dont le médecin doit faire preuve envers le patient.

- « *Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux* » ;

- « *Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient* » ;

- « *Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci* » ;

- « *Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle* » ;

- « *Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause* ». Ces items insistent sur le fait que le médecin devrait lui aussi être ouvert à son patient, disponible émotionnellement et sincère envers son propre ressenti. Il doit rester bienveillant, gardant en tête l'objectif d'alliance thérapeutique. Il doit faire preuve d'empathie afin de percevoir ce que le patient ressent et la manière dont il le vit. Son authenticité dans son comportement, permettant un professionnalisme solide face aux situations difficiles ;

- « *Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient* ».

L'intérêt présenté de cette approche est double : une meilleure reconnaissance du patient par le médecin lui permettra de se sentir considéré. Le médecin sera alors satisfait de l'efficience relationnelle et thérapeutique de cette relation, pivot de la médecine de soins primaires qu'il estime.

I. 6. Les émotions du médecin généraliste : formation et pratique

La première partie de ce contexte laisse peu de doute à la place centrale des émotions dans la construction relationnelle singulière médecin-patient et sa compatibilité avec l'activité rationnelle que nécessite la technique. En pratique, cette évolution du modèle médical tend à s'étendre au cursus d'enseignement initial des médecins, mais sa place est encore jugée nettement insuffisante par les étudiants [44]. Elle intervient au niveau théorique bien tardivement dans le cursus et de façon principalement magistrale. Même si quelques facultés initient leurs étudiants à des outils pratiques au cours de mise en situation ou de groupes BALINT, cet enseignement n'est pas uniformisé entre toutes. En ce sens, dans un travail de thèse abordant le point de vue des médecins généralistes, la formation est perçue comme inadaptée, principalement magistrale et hospitalière. E. MALVEZIN transcrit les propos M. WINCKLER, écrivain contemporain, ainsi : *« Les médecins français négligent leurs sentiments et leurs intuitions parce qu'ils sont considérés comme des éléments parasites »* [18].

Dans une étude sur les médecins généralistes confrontés à la mort des patients, M. LADEVEZE et G. LEVASSEUR concluaient que les praticiens étaient souvent seuls avec leurs émotions, que très peu parlaient de leurs ressentis, et bénéficiaient ainsi d'un soutien, venant de collègue ou de la famille, er formulait une perspective : *« On pourrait même élargir cette formation en psychologie au-delà du domaine de la fin de vie, à l'ensemble de la relation médecin-patient, tellement importante en Médecine Générale »* [45].

Ainsi, la tendance naturelle des médecins et les conventions sociales, auxquelles les patients adhèrent, encourage plutôt à la retenue des émotions. M. VANNOTTI écrit : *« face à l'exigence d'être efficaces, de lutter pour la vie contre la maladie, la souffrance et la mort, les médecins sont progressivement amenés (activement par leurs enseignements, et involontairement par un*

réflexe d'autoprotection) à minimiser les émotions » [22]. Dans leur thèse sur les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne, C. SOULARD et M. STAMER résument ainsi : *« Les études de médecine qui valorisent le prestige et l'excellence peuvent expliquer que les médecins se cantonnent à cette idée et ne sont pas conditionnés à communiquer sur leurs difficultés »* [4]. La vision de l'enseignement médical élitiste serait celle de la formation des « Docteurs », par opposition aux « soignants » : *« le soignant fait de son mieux (en questionnant ses maigres certitudes) pour comprendre un tant soit peu ce qui arrive aux gens. Le Docteur prescrit. Le soignant panse. Le Docteur cultive le verbe et le pouvoir. Le soignant dérouille »* [46].

Des médecins qui abordent avec difficultés leurs propres émotions, pourraient avoir des difficultés à accueillir les émotions des patients également. M. WINCKLER écrit : *« Beaucoup de médecins craignent de se remettre en question et ne prennent pas en compte leur individualité propre, le fait qu'ils soient une personne comme une autre. On leur laisse entendre qu'ils sont des êtres à part et on leur interdit d'exprimer les sentiments et les émotions qui les rapprocheraient des gens qu'ils soignent »* [18].

<u>Synthèse du contexte émotionnel en Médecine Générale</u>

Cognition et émotion sont indissociables, dans un cycle perpétuel comprenant les processus de perception, de compréhension et de régulation. Parler d'émotions en Médecine est approprié. L'empathie et la relation médecin-patient sont des bases essentielles de la Médecine Générale. Ces notions sont complexes et nécessitent l'habileté du médecin généraliste pour être thérapeutiques. L'alliance thérapeutique résulte de la rencontre entre la subjectivité du patient et celle du médecin. Elle peut cependant être source d'insatisfaction pour ces deux acteurs. L'enjeu pour le médecin s'articule autour de ses aptitudes à reconnaître les ressentis des patients et prendre conscience des siens. En acceptant que les émotions peuvent influer sur la relation de soin, il accède à des problématiques profondes et non quantifiables, et à ses représentations. Même si cela parait acquis, le manque de sensibilisation et de préparation des médecins à cet aspect émotionnel et à son usage, implique qu'il ne soit pas toujours pris en compte dans la relation thérapeutique au quotidien.

II. Contexte actuel de la situation migratoire en France

Qui et combien sont les patients exilés en France ? En quoi leur santé a-t-elle un intérêt spécifique ? Dans quels contextes sont-ils amenés à rencontrer le médecin généraliste ?

D'après F. CORNUAU et X. DUNEZAT, il existe un certain nombre d'idées reçues en tête desquelles la notion que la France serait « *un pays d'immigration massive* ». Cette notion semble liée à trois grandes causes d'après ces auteurs : « *la première est le flou sémantique et statistique qui entoure la question de l'immigration. La deuxième cause est la politisation de cette question. Enfin, la troisième cause est la méconnaissance à la fois qualitative et quantitative de l'immigration dite irrégulière* » [47]. L'accueil des migrants semble en effet être un sujet d'actualité dans le domaine médiatique et politique, mais aussi faire l'objet de débats climatiques, sanitaires, éthiques... Pour l'Union Européenne, l'accueil des personnes traversant chaque jour la méditerranée est d'ailleurs un défi concret majeur actuel. Ce thème, relayé par une presse souvent non spécialisée, parfois accompagné d'images chocs et désolantes, divise aussi l'opinion publique. Les périodes de restriction budgétaire et de diminution du pouvoir d'achat, étant parfois perçues comme un contrepoids à la mobilisation de fonds destinés à aider les personnes en cours de migration. Par leur position, au plus proche des patients, les médecins généralistes se trouvent naturellement au premier plan des difficultés et questionnements des personnes ainsi que de l'accueil des populations exilées.

Nous abordons dans ce chapitre quelques éléments permettant de mieux comprendre la notion de patient exilé en France. Nous verrons d'abord quelles sont les notions sous-tendues par les termes utilisés pour désigner les personnes migrantes et ou en est l'immigration dans la région Sud-PACA qui nous concerne. Puis nous aborderons la santé des personnes exilées : ce qui la caractérise, les possibilités de prise en charge des dépenses de soins, les dispositifs qui permettent de consulter et la place du médecin généraliste dans ce parcours. Enfin, nous feront un état des lieux des études précédentes concernant ce sujet en Médecine Générale, pour comprendre ce qui est encore à explorer.

II. 1. L'immigration en France : chiffres, définitions et concepts

II. 1. A – Croissance et profil démographique des mouvements migratoires

Pour parler des chiffres que nous connaissons autour de la migration, procédons d'une vision globale vers le cas particulier qui nous intéresse :

- Le monde est en mouvement continu, influé par diverses lignes de fractures qui surviennent au cours de l'histoire. Avant la première guerre mondiale, le nombre de migrants internationaux dans le monde s'élevait à 5%. Tout au long du XIXe siècle, 50 millions d'Européens sont partis vers l'Amérique, soit près de 12% de la population du Vieux Continent. En 2015, on ne recense plus que 3% de la population mondiale soit 240 millions de personnes qui ont migré pour des raisons économiques, politiques ou de survie. Cependant, ce nombre a été multiplié par deux depuis la fin du XXème siècle (145 millions recensés en 1999). Il existe un phénomène de régionalisation parmi ces migrations, c'est-à-dire qu'une partie des patients migrants migrent dans leur région d'origine et ne traversent pas les continents. En Europe, 1/3 des migrants proviennent de l'Union Européenne. Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, elle accueillerait 6 % seulement des réfugiés à l'échelle mondiale [48].

- En France, l'immigration est également un phénomène ancien et a connu comme de nombreux pays européens, une augmentation du nombre d'immigrés en rapport aux différents moments de l'histoire à l'échelle du monde et des nations. Les dernières données de l'Insee dont nous disposons sont celles de 2013 qui recensent officiellement 5,8 millions d'immigrés soit 8,9% de la population Française [49]. Parmi ces immigrés 4,2 millions sont des étrangers, 1,6 millions sont Français « par acquisition ». A noter que :

- La part des femmes augmente depuis le milieu des années 1970 [50].
- Ces étrangers sont de nationalités diverses : 37% sont originaires d'Europe et 44% sont nés dans un pays d'Afrique [51]. Les personnes nées au Maghreb représentent 30 % de l'ensemble des immigrés, proportion stable depuis les années 1980. L'immigration d'Afrique subsaharienne est plus récente et concerne surtout des pays autrefois sous administration française. Enfin, 14 % des immigrés sont originaires d'Asie [49].
- Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les ressortissants des pays-tiers étaient 3 millions à la fin de l'année 2017 [52].
- Les demandeurs d'asile et les réfugiés représentent 252 000 personnes placées sous la

protection de l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides). En 2015, l'Ofpra résumait que « *si la France connaît ainsi la même hausse que l'ensemble des États membres de l'Union européenne, elle apparaît nettement moins forte qu'en Allemagne (+ 175,4%) ou en Suède (+ 100,3%) ou encore en Autriche (+ 215%). [...] La France continue néanmoins de se situer au 3e rang des pays d'accueil de demandeurs d'asile au sein de l'Union européenne derrière l'Allemagne et la Suède* » [53].

- Trois régions rassemblent près de 60 % des immigrés vivant en métropole : principalement la région Île-de-France, puis la région Rhône-Alpes et la région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) [54].

- La région PACA, à la fois frontalière et portuaire, est depuis toujours une terre d'accueil [55]. En 2009, 482 800 personnes immigrées sont recensées, ce qui représente 9,9 % de la population régionale. Entre autres chiffres :

- Dans cette région, 42 % de la population immigrée est originaire du Maghreb et 39 % d'Europe ;
- En région PACA, c'est dans les Alpes-Maritimes que la part de la population immigrée est la plus enlevée ;
- Parmi les immigrés résidant en région PACA, 45 % ont acquis la nationalité française, contre 41 % au niveau national. Cet écart s'explique notamment par la présence de vagues d'immigrations anciennes en PACA et donc d'immigrés aujourd'hui plus âgés ;
- En 2015, le flux des arrivants était directement lié à la situation internationale qui conduit à une forte augmentation [56]. Les immigrés nés en Europe (hors Italie, Espagne et Portugal) sont en effet davantage représentés qu'avant, ainsi que ceux originaires d'Afrique subsaharienne [55].

II. 1. B – Quelques définitions : des personnes et leurs histoires

Définissons maintenant les termes communément utilisés pour désigner les personnes dans cette situation de migration. Nous parlons d'une personne immigrée pour une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, ayant ou non, depuis son arrivée, acquis la nationalité française. À l'inverse, les Français nés à l'étranger et résidant en France et les étrangers nés en France ne peuvent y être assimilés [57]. Le terme d'étranger désigne une personne qui n'a pas la nationalité française. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale [58]. L'étranger en séjour

irrégulier [58] est qualifié de sans-papiers ou de clandestin.

Pour le terme migrant, dont l'usage est le plus fréquent actuellement, il renvoie selon l'UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization) à la notion de « migrant international » et peut être défini comme *« toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays »* [59]. Le Comité médical pour les exilés (Comede) regroupe les termes « immigré » et « migrant » sous la définition suivante : *« personne résidant en France née étrangère dans un pays étranger »*. Selon ces définitions, un migrant peut donc être étranger ou avoir acquis la nationalité française.

Une personne est dite exilée lorsqu'elle est contrainte de vivre hors de son pays d'origine. On peut également utiliser le terme de déplacée, signifiant qu'elle a dû quitter son pays de façon contrainte, ou qu'elle en a été éloignée, lors d'une guerre, d'un changement de régime politique, ou d'une situation climatique. On parle de primo-arrivant pour désigner un étranger arrivé sur le territoire français pour la première fois.

Par ailleurs, le demandeur d'asile désigne toute personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951 : *« [personne] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques »*. Ce sont donc des étrangers entrés en France, en séjour régulier dans l'attente de la réponse à leur demande de statut de réfugié [60]. Une autorisation provisoire de séjour est alors délivrée. Les demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire ou déboutés par l'Ofpra ou la Commission des recours des réfugiés (CRR) sont en séjour irrégulier.

Le terme de réfugié concerne une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'Ofpra ou la CRR. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) précise la distinction entre réfugié et migrant : les premiers sont des *« personnes qui fuient des conflits armés ou la persécution »* alors que les seconds ont une démarche de migration motivée par des raisons économiques, familiales, éducatives ou autres [61].

Cependant, comme l'exprime l'historienne N. GREEN : « *on essaie de faire une distinction entre réfugiés et migrants. Les uns auraient des raisons politiques, les autres économiques ; les*

uns seraient forcés, les autres volontaires. Pourtant les historiens des migrations le savent bien : la frontière entre une émigration choisie et un départ contraint est souvent ténue » [62]. Toutes ces définitions sont parfois difficiles à nuancer mais quel que soit le motif, l'impossibilité matérielle ou psychique à vivre dans leurs pays implique la nécessité du départ de ces individus exilés. Ils entament alors un « aller sans retour ». La « *perte d'équilibre plurielle* » et les difficultés qui y sont liées sont inhérentes à cette situation, comparable à un « *deuil multiple* » [58] (perte des terres, des paysages, de la nation, de la langue, de la famille, de la profession, de la place dans la société, des relations, de la culture, de l'identité et des repères et activités qui s'y rapportent définissant notre façon d'être au monde, etc.). Par ailleurs le sentiment d'éloignement de son pays (nostalgie, déracinement etc.) peut s'associer à la culpabilité d'être parti : par exemple le fait d'avoir sauvé sa vie ou de décevoir sa famille vivant dans des conditions d'extrême pauvreté et une attente d'aide financière qu'on ne peut lui apporter. Enfin, les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible dans le pays d'origine se trouvent dans une situation « d'exil thérapeutique » [58], envisager un retour n'étant pas une solution viable.

Dès lors, les personnes doivent apprendre à habiter et à vivre dans un environnement nouveau, alors même que leur situation administrative reste instable. En effet ils se trouvent longuement dans l'expectative d'une réponse des instances compétentes à leur demande de séjour, limitant les possibilités de projections constructives. A titre d'exemple, la procédure de demande d'asile peut durer plus d'1 an, surtout si elle a été déboutée et qu'elle nécessite de passer en seconde instance devant la Commission Nationale des Demandeurs d'Asile (CNDA).

Dans ce travail de thèse, nous utilisons le terme « exilés » pour désigner tous les individus nés à l'étranger et vivant en France suite à une migration contrainte, quel que soit le motif du départ.

II. 2. Santé et immigration en France : état des lieux

L'état de santé des immigrés semble avoir changé. En effet, dans les années 1980 - 1990, il était en apparence meilleur que celui des non immigrés. Plus tard, une étude menée dans les années 2000 a montré que les immigrés se déclaraient alors plutôt en moins bonne santé que le reste de la population de l'étude [52].

Selon des travaux réalisés aux États-Unis, au Canada et en Australie, repris dans le Bulletin

épidémiologique hebdomadaire (BEH) de 2012, ce décalage dans la santé semblait être lié aux conditions de vie des personnes une fois arrivées dans le pays d'exil. Pour les auteurs : *« ne migrent que les personnes en bon état de santé, mais une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait de moins bonnes conditions de vie et d'une sous-utilisation des dispositifs de santé »* [63]. Autrement dit, leur état de santé s'altérerait seulement après leur arrivée sur le territoire. Ces conclusions seraient selon nous à nuancer, notamment concernant la question des traumatismes psychiques, qui peuvent être à expression retardée, mais aussi des pathologies préexistantes à l'exil, et dont le diagnostic s'établit à distance, comme c'est le cas de certaines pathologies infectieuses.

Dans ce contexte, la santé et l'accès aux soins des personnes en cours de migration est considéré aujourd'hui comme une préoccupation majeure, et un enjeu de santé publique et de société [64]. Malgré des stratégies de santé publique visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en cours de migration, de nombreuses inégalités persistent quant à l'accès et à la qualité des soins obtenus. Nous allons aborder ce point dans la suite de ce chapitre. En 2017, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) communiquait sur son attachement à *« renforcer la capacité du système de santé à répondre aux besoins sanitaires des migrants et des populations d'accueil ; promouvoir des interventions de santé immédiates ; veiller à ce que les politiques de santé tiennent compte des migrants ; améliorer la qualité des services de santé prodigués ; et optimiser l'utilisation des structures et des ressources sanitaires dans les pays accueillant des populations migrantes »* [65].

Nous disposons de peu de données épidémiologiques officielles sur la santé des migrants. Les problématiques de santé rencontrées par les personnes en situation d'exil sont cependant ciblées par les travaux successifs du Comede [58] [66], de l'InVeS (Institut de Veille Sanitaire) [67] et de Médecins du Monde [68].

II. 2. A – Notion de « bagage traumatique » [69] et altération de l'état de santé des patients exilés

Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies chez les personnes en situation d'exil :

1 - Les psycho-traumatismes

Les troubles psychiques représentent plus d'un tiers des maladies graves chez les patients exilés [66], contre 32% environ de troubles psychiques confondus en population générale (hors insomnie et risques suicidaires) [70].

Le professeur de psychologie T. NATHAN parle de « *traumatisme migratoire* » considérant que la migration entraîne « *une perte du cadre culturel interne, permettant le décodage de la réalité externe »* [71].

Parmi les situations documentées par les psychologues et les médecins selon la nouvelle catégorisation utilisée depuis 2013, les tableaux cliniques les plus fréquents sont :

- 64% de syndromes psycho-traumatiques et 5% de traumas complexes. On note une prépondérance plus importante chez les demandeurs d'asile, les personnes en situation de détresse sociale et les victimes de violence intentionnelle, en particulier les hommes victimes de violence de genre. On note également une fréquence élevée parmi les Guinéens :
- 22% de dépressions ;
- 7% de troubles anxieux ;
- 2% d'autres troubles (incluant des psychoses).

Par ailleurs, 62% des patients du Comede suivis en Médecine déclaraient des antécédents de violence volontaire, 15% des antécédents de torture, et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle.

Illustrant ces données quantitatives, dans leur article « Psychotraumatisme et transculturalité », les C. ARAPIAN et S. LAHYA décrivent les patients qu'ils accueillent au sein de leur dispositif de soins psychiatriques dans un Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO) ainsi [69] : « [*Les patients exilés*] *ont subi des pressions cumulatives liées aux situations de guerre, de conflits religieux, de régimes politiques ou de dictatures. Ils ont pour la plupart expérimenté une forme de misère sociale et personnelle. Ils ont souvent été poursuivis, emprisonnés, torturés, parfois réduits aux travaux forcés sinon en esclavage au cours de leur périple pour arriver là où ils sont aujourd'hui. Certains ont dû quitter femmes, enfants, familles, et amis. Beaucoup ont vu leurs proches être martyrisés, ou tués sous leurs yeux, sur la terre ou dans la mer. Ils ont pu*

être exploités, ou spoliés de leurs économies. En arrivant en France, ils sont porteurs d'un bagage traumatique, à la fois physique et psychique ».

2 – Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont majoritairement les infections virales chroniques B et C et VIH, mais aussi des pathologies tuberculeuses et bactériennes, justifiant la réalisation de bilans biologiques de dépistage pour les primo-arrivants.

3- Les maladies chroniques

Les maladies chroniques sont en premier lieu des maladies cardiovasculaires et le diabète. Toujours d'après le Comede, les patients exilés consultent en Médecine Générale pour les mêmes raisons que la population générale, avec quelques spécificités. La plupart des symptômes poussant ces patients à consulter sont : les troubles du sommeil, de la concentration/mémoire, céphalées, troubles digestifs, symptômes cutanés.

II. 2. B – Situations de précarité et vulnérabilité sanitaire des patients exilés

La précarité en santé peut être définie comme : *« un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »* [72]. Les situations de précarité se développent *« lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique, sont défavorables »* [72]. Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société dans lequel évolue l'individu. Elle peut être matérielle et/ou relationnelle [73], objective ou subjective.

D'après G.L. ENGEL, exil et précarité peuvent être considérés par les médecins comme des facteurs de risque de morbi-mortalité [74]. Dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) de 2017, la situation sanitaire des personnes précaires a fait l'objet d'un rapport : les migrants y sont identifiés comme l'une des populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessitent qu'« *elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical* » [75].

Dans leur bilan présenté en 2017, le Comede retrouvait au moins 5 de ces critères de vulnérabilité sociale chez 24% des patients ayant effectué un bilan de santé [67] mettant en avant une « *grande précarisation »* sociale des exilés et « renvoie aux injustices sociales » que les personnes en cours de migration rencontrent :

- Faible ressource financière ;
- Absence ou conditions très précaires d'hébergement (97% des patients ayant consulté étaient sans « chez soi ») ;
- Difficulté d'alimentation ;
- Précarité du séjour ;
- Restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie ;
- Discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins ;
- Barrières de la langue ;
- Isolement et situation de détresse sociale.

II. 2. C – Des difficultés de recours aux soins : refus et obstacles administratifs

Dans un numéro thématique du BEH de 2012 les auteurs exposent que l'état de santé des migrants est aggravé par des difficultés d'accès aux soins [76]. Toujours d'après cette revue de la littérature, les indicateurs du MIPEX (Migrant Integration Policy Index), qui évaluent les politiques d'intégration des migrants dans de nombreux états), la France est parmi les pays où les droits accordés aux migrants semblent les plus avantageux et pourtant « *les barrières administratives et juridiques figurent paradoxalement parmi les premiers obstacles* » :

- « Complexité du droit en matière d'immigration et succession de reformes et de nouveaux textes de loi
- « Complexité des situations par rapport au droit de l'assurance maladie » [68].

Ces obstacles sont majorés par « *des difficultés de communication relevant à la fois des registres linguistique et culturel », et « les problèmes de discrimination à l'égard des migrants* » [76] ainsi que de *« la peur de la stigmatisation et du contrôle effectué par les administrations* » [77]. Au sujet des patients bénéficiaires de l'Aide Médicales d'État (AME) dont les migrants peuvent faire partie, la mission IGAS-IGF de 2010 (Inspection Générale des Affaires Sociales Inspection Générale des Finances) [78] soulignait que « *la complexité de l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis-à-vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité* ».

Par ailleurs, les situations de « refus de soins » par les professionnels de santé peuvent également représenter une limite à l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière [79]. Dans un rapport d'enquête de 2006, Médecins Du Monde rapportait 37% de refus de soins des médecins généralistes enquêtés envers les bénéficiaires de l'AME et 10% pour les bénéficiaires de la CMU [88]. Une seconde étude, plus récente, montrait que « plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien » [81]. D'après une enquête récente du Défenseur des droits, les patients bénéficiaires de CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ou ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) se voient plus souvent refuser des soins par les professionnels de santé que les autres, notamment en psychiatrie de ville.

Les raisons de ces problématiques d'accès au soin en consultations de ville sont multiples, allant de la difficulté pour les soignants à être rémunérés pour les actes effectués (ceux-ci mettant en avant des démarches administratives supplémentaires auprès des caisses d'assurances pour faire valoir le droit des patients bénéficiaires de l'AME à ne pas avancer les frais de santé), au déremboursement de certains soins médicaments et produits pharmaceutiques par les caisses d'assurances maladies, ou à la complexité des prises en charges des patients exilés nécessitant un temps de consultation dédié non valorisé actuellement et demandant parfois le recours à un interprétariat, non accessible en médecine de ville.

Il s'agit à la fois pour les soignants et pour les patients de consultations complexes. Pour S. LAHYA, alors que de nombreux Médecins Généralistes de ville ont le sentiment de devoir *« pallier aux carences du système de soins »* [82], il n'en demeure pas moins que l'accès aux soins chez les patients exilés en France est impacté par ces problématiques. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : *« Réduire les inégalités de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle »*.

II. 3. Parcours de soin des personnes immigrées en France

Un accès « gratuit » aux soins est-il possible pour les patients exilés en France ?

En France, le cadre légal prévoit que toute personne peut accéder aux soins que nécessite son état de santé, dans l'ensemble des services de santé du territoire. En pratique, l'accès aux soins

est parfois complexe pour les plus démunis, dont les patients exilés font partie. Différentes protections sociales permanentes ou temporaires, dont la vocation est de permettre cet accès, sont possibles.

II. 3. A – Protections prévues par l'assurance maladie et conditions d'accès

En France, c'est le statut juridique et administratif des individus qui conditionne l'accès aux droits sociaux. Ainsi, toute personne ayant un titre de séjour peut légalement faire valoir ses droits à une assurance maladie. Un titre de séjour peut être attribué aux personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière. La demande de droits à l'assurance maladie est à déposer auprès de l'organisme de Sécurité Sociale, qui attribuera à chaque assuré un NIR (numéro d'identification au répertoire), une carte Vitale-SESAM (système électronique de saisie de l'assurance maladie) et la couverture maladie de base. Cette dernière, dénommée PUMA (Protection Universelle Maladie), remplace la CMU de base depuis le 1er janvier 2016. Ce changement a simplifié les démarches d'accès à l'assurance maladie pour la majorité des personnes. Cependant elle complique l'accès des patients en situation de migration, car leurs droits à la protection maladie s'interrompent à chaque expiration du titre de séjour [83].

Depuis novembre 2019, Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) et Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) ont été regroupées sous le terme de « Complémentaire Santé Solidaire ». Son objectif est de venir compléter la PUMA pour les personnes qui ont de faibles ressources et ne peuvent souscrire à une mutuelle ou une assurance complémentaire privée. C'est une dispense complète d'avance des frais de santé ou « tiers-payant intégral », octroyée aux personnes dont les ressources annuelles ne dépassent pas un certain plafond. Pour les bénéficiaires de l'ACS jusqu'à lors, une participation financière mensuelle est établie en fonction de l'âge.

Par ailleurs, les personnes en situation irrégulière ne peuvent avoir accès aux droits sociaux. Deux types de protection sociale peuvent être envisagés :

- L'AME peut être demandée s'il y a plus de 3 mois de résidence continue et prouvée sur le territoire français. Elle est attribuée selon des critères de ressource. Elle n'est pas applicable à Mayotte ;

- Le Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) s'il y a moins de 3 mois prouvés de résidence

en France, pour lesquels l'absence de soin compromettrait le pronostic vital ou aurait des conséquences graves pouvant altérer durablement la santé des personnes.

Au final, l'accès aux soins pour des pathologies graves ou dont la prise en charge est urgente, est en théorie possible pour tous. Cependant le système de soin et les dispositifs existants ne sont pas évidents à cerner, ni à appliquer, particulièrement en médecine de ville. Cette difficulté constitue le premier obstacle à l'accès aux droits et explique leur non-recours fréquent pour des personnes qui y sont pourtant éligibles. De plus, le manque d'information des patients se double d'un déficit d'information des soignants médecins et paramédicaux, voire des agents administratifs, amenés à promouvoir et mettre en œuvre ce dispositif [67]. En effet, celui-ci est réformé régulièrement, ne prend pas toujours en compte les difficultés de son application et les conditions d'exercice des soignants sur le terrain. La valorisation de ces consultations dédiées aux patients les plus vulnérables paraîtrait nécessaire, tout comme une facilitation de la mise en place de ces dispositifs pour les soignants et pour les patients qui en bénéficient.

Malgré tout, certaines personnes se retrouvent donc sans protection sociale. Des dispositifs de soins sont mis en place pour leur permettre de se soigner.

II. 3. B – Différents dispositifs de soins et structures dédiées

En France, grâce aux politiques de santé nationales ou aux associations d'aide les mettant en place, plusieurs types de dispositifs de soins sont distingués :

- Les dispositifs de droit commun : regroupent les cabinets médicaux et paramédicaux, les cabinets de radiologie et laboratoires d'analyses, centres de santé et hôpitaux publics et cliniques privées. Ils sont payants et/ou nécessitent une couverture maladie et des droits permettant la dispense d'avance des frais pour les personnes ne pouvant faire l'avance. À défaut, il est parfois possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite (actes gratuits en médecine ambulatoire) ou sans avance de frais (urgences hospitalières, avec réception consécutive de la facture à domicile).

- Les dispositifs de santé publique : assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population dans des domaines d'action ciblés

- Les dispositifs de « soins gratuits » : permettent théoriquement de pallier aux périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies.

D’après un rapport du ministère des solidarités et de la santé en 2018 [84], la prise en charge de la personne migrante primo-arrivante suppose d’initier le parcours de santé par un rendez-vous santé ayant pour objectif : l’information, la prévention, le dépistage, l’orientation et l’insertion dans le système de soins de droit commun. Selon l’avis du HCSP en 2015 (Haut Conseil de la Santé Publique) ce rendez-vous santé devrait intervenir dans un délai optimal de 4 mois après l’arrivée des personnes.

Des structures d’accueil de soins sont considérées comme les pivots de ce parcours de santé :

- Permanences d’Accès aux Soins de Santé (PASS) ;

Créées dans le cadre de la Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, ces dispositifs de soins « gratuits » sont prévus pour permettre l’accès aux soins à tous ceux n’ayant pas de protection maladie et ceux qui en bénéficient mais sont exclus du réseau de droit commun du fait de leur vulnérabilité sociale.

Elles sont situées dans les établissements participant au service public hospitalier. En effet, l’article L6112-6 du code de la santé publique se rapportant au cadre des Programmes Régionaux pour l’Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), prévoit que tous ces établissements doivent, en théorie, mettre en place des PASS. Le budget d’une PASS est couvert par une dotation finançant les missions d’intérêt général, sur déclaration de l’établissement de santé.

Leur mission est de fournir des actes diagnostiques à travers des consultations médicales, à l’exclusion de la gestion d’urgences médicales, l'accès au plateau technique de l'hôpital et la fourniture de médicaments. Des professionnels accompagnent de façon synchrone les personnes dans les démarches nécessaires à leur orientation vers le dispositif de soin de droit commun. Leur action est donc transitoire.

D’après une circulaire du ministre des affaires sociales et de la santé, en 2013, environ 410 PASS ont été recensées. Selon un rapport de Médecins du Monde, les PASS sont inégales en termes de services offerts. Pour exemple, presque toutes disposent comme prévu d’assistantes sociales accompagnant les patients dans les démarches nécessaires à l’accès au soin, mais seulement un peu plus de la moitié des PASS aurait des médecins et peuvent donc proposer des consultations. Moins de la moitié des PASS disposerait d’infirmiers et de psychologues. Des accompagnateurs et des interprètes ne seraient rattachés que dans un quart des PASS. Certaines sont spécialisées (comme les PASS psychiatriques).

En PACA, d'après un document regroupant les contacts des PASS dans la région, 11 PASS semblaient pouvoir proposer un accueil médico-sociale en 2018.

- Des services gratuits de prévention, de dépistage et de soins spécialisés pour tous ;

Les Centres de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les VIH, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles (CeGiDD), les services de protection maternelle et infantile (PMI), les centres de planification et d'éducation familiale (CPeF) et les centres de vaccination délivrent leurs soins gratuitement pour l'ensemble de la population résidant dans le territoire français, quelle que soit leur situation administrative. Mais ces services sont concernés par des problèmes de santé publique ciblés.

- Des structures de soins spécialisées dans le domaine de la santé mentale ;

Les Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) interviennent à l'extérieur des établissements de santé mais y sont rattachées, sur un secteur défini. Elles ont pour missions d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion au plus près de leur lieu de vie. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de secteur sont des établissements publics accueillant gratuitement toute personne en souffrance psychique. Les CMP constituent le dispositif central de la psychiatrie de proximité. L'accueil y est possible même en l'absence de droits ouverts. Les délais d'attente peuvent être très longs.

- Des structures d'hébergement avec accueil médicalisé ;

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) accueillent de manière inconditionnelle et à temps complet, pour une durée de deux mois renouvelables, des personnes en grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique est incompatible avec la vie à la rue, sans nécessiter une hospitalisation pour autant. L'admission se fait sur proposition médicale. En 2018, il existe 63 lits répartis dans le département des Bouches-du-Rhône. L'attente pour obtention d'une place peut être très longue. Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) s'inscrivent dans le prolongement des LHSS. Les besoins sont très supérieurs aux places disponibles.

- Des dispositifs de soins associatifs et organisations non gouvernementales ;

Plusieurs associations ont mis en place des actions ou dispositifs de soins à destination des personnes exclues du système de santé. Leur objectif n'est pas de se substituer aux dispositifs de santé existants, mais bien d'orienter les personnes vers les structures de droit commun, *via* notamment l'ouverture de leurs droits.

Les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) ont été créés par Médecins du Monde. Les 20 structures existantes accueillent de manière inconditionnelle et sans rendez-vous les personnes vulnérables exclues du système de santé français et proposent une prise en charge ou une orientation médico-sociale. « L'objectif des CASO est également de témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes accueillies. En 2014, les CASO ont suivi plus de 28 500 personnes. La majorité des patients sont des ressortissants étrangers en situation très précaire (90%), et la plupart ne disposent d'aucune couverture maladie lors de leur première consultation, alors qu'ils pourraient y avoir droit » [85].

Les consultations du Comede a pour objectif de promouvoir la santé des exilés en France. Il réalise des activités d'accueil, de soins et de soutien des exilés, et des permanences téléphoniques. Leurs travaux ont donné lieu à la rédaction d'un guide pratique, source d'information exhaustive sur la prise en charge des patients migrants en situation précaire, destiné à toute personne en rapport avec la thématique. Il est une source d'observation privilégiée de la santé et des conditions d'accès aux soins des patients exilés. Le Comede intervient dans diverses régions dont en région Sud-PACA, à Marseille.

On peut également citer les actions de MSF (Médecins Sans Frontière), La croix rouge.

- D'autres structures proposent des consultations médicales pour les usagers nécessiteux.

Les habitats solidaires comme les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) et Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui accueillent des personnes sans domicile, le plus souvent orientées par le Samu Social. Les résidents peuvent souvent consulter de façon libre un médecin généraliste présent sur place s'ils le désirent, à titre gratuit.

Les CAO sont des dispositifs de mise à l'abri, appelé lors de leur création, centres de répit. Les missions de ces CAO sont l'hébergement, l'accueil, et l'orientation médico-sociale des personnes en situation de migration. Les CAO sont gérés par des associations mandatées par les Préfectures, et de nombreux collectifs se sont formés pour soutenir et venir en aide aux exilés hébergés dans ces centres. Parfois une équipe médicale intervient auprès des personnes hébergées.

Cette liste est non exhaustive. Ainsi de nombreuses autres structures d'hébergement, d'accompagnement social et/ou médical existent. Même si les moyens restent bien inférieurs aux besoins, une volonté d'œuvrer pour l'accès aux soins à tous est identifiable.

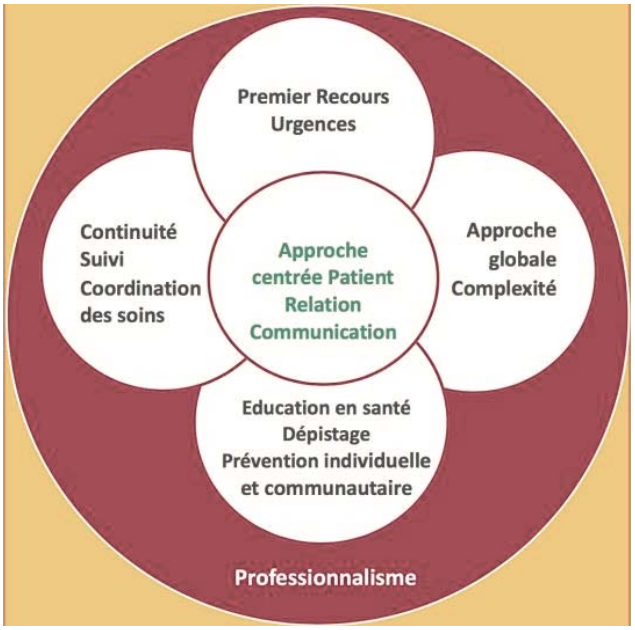
Cependant, la visibilité est plus ou moins bien connue et comprise par les professionnels à la recherche d'un relais pour les personnes qui les consultent, et les personnes elles-mêmes. Le recours ou l'orientation toujours importante des personnes migrantes dans les services d'urgence pour des situations non urgentes voire non médicales en témoignent. En dépit des efforts, des progrès sont encore à envisager, comme l'illustre également le nombre de personne sans "chez soi" que l'on peut tous chaque jour observer.

II. 4. Le médecin généraliste : principal relais médical dans le recours au soin des patients exilés

Le médecin généraliste est à la fois le premier relais dans le système de santé - le garant des soins primaires - et l'acteur essentiel du parcours de soins coordonnés tels que définis par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [86]. Sa position le place en témoin privilégié des inégalités sociales de santé et comme participant essentiel de la mécanique en marche de leur réduction. Selon la définition de la Société Européenne de Médecine Générale (WONCA), il est « *le médecin de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie* » [1].

L'ensemble des compétences du médecin généraliste selon le CNGE [87] met en évidence son rôle auprès des populations exilées et encourage une approche globale et individualisée, centrée sur le patient comme nous l'avons vue dans la partie 1 de ce contexte.

Les compétences du médecin généraliste selon le CNGE [87]



Médecins spécialisés en Médecine Générale, les médecins généralistes sont les principaux intervenants médicaux au sein des structures d'accueil de soins précitées. Ils consultent en effet à l'intérieur des PASS, du Comede, des CAO, des CHU et CHRS, des LHSS, et CASO, mobilisant les compétences bio-médicales nécessaires pour prendre en charge des pathologies et/ou problématiques médicales multiples, diverses, aux degrés d'urgence et de gravité très variés, rencontrées par les bénéficiaires de ces soins.

Des médecins généralistes sont également chargés des actes de prévention, dépistages et prises en charge dans des CLAT, dans des PMI (souvent en coopération avec des pédiatres), dans certains CMP et EMPP (en coopération avec des spécialistes psychiatres).

Des spécialités autres que la Médecine Générale peuvent également intervenir au sein de ces structures, comme par exemple des consultations de psychiatrie proposées au sein d'un CAO de la région PACA, ou des consultations de gynécologie au sein de la PASS mobile à Marseille. De façon générale, les troubles dépressifs, anxieux, et troubles de stress post traumatiques étant fréquemment rencontrés chez les patients exilés, de nombreux psychiatres sont concernés par la prise en charge de ces derniers, comme par les questions autour de la santé mentale en situation transculturelle.

Les médecins généralistes assurent le suivi des personnes avec les diverses spécialités à chaque fois que cela est nécessaire.

Dans notre étude, chaque médecin interviewé exerce dans un des types de structures dédiées sus-citées.

Par ailleurs, une fois obtenues leur régularité de présence en France et une protection maladie temporaire ou permanente comme expliqué ci-dessus, les patients exilés ont accès aux dispositifs de droits communs. La position du médecin généraliste exerçant en ambulatoire est alors centrale dans leur prise en charge.

II. 5. État des connaissances sur les représentations autour de la relation de soins chez les médecins généralistes et les patients exilés

Dans ce paragraphe, nous reprenons quelques-uns des travaux récents ayant étudié les représentations ou les ressentis des médecins généralistes ambulatoires et des patients exilés les consultant.

II. 5. A – Études concernant les médecins généralistes et leur prise en charge de patients exilés

- *Méconnaissances des spécificités de la population de patients exilés et des structures relais*

J. SALE et G. LAZIMI ont étudié dans leur thèse les connaissances et représentations des internes en Médecine Générale d'Île-de-France [88] sur les spécificités de prise en charge des patients exilés. Au total, 291 questionnaires ont été analysés : « *il ressort que les vulnérabilités spécifiques et les difficultés d'accès aux soins sont globalement ignorées* » ; « l*a protection maladie, les dispositifs publics de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins telles que les PASS ou la possibilité de recours à l'interprétariat professionnel restent également méconnus* ».

Au cours d'une étude réalisée en Meurthe-et-Moselle, les médecins généralistes estimaient qu'un tiers des patients précaires étaient des patients migrants [89]. Les résultats montraient que : :

- 92,5% des médecins rencontraient des difficultés dans la prise en charge des patients précaires et migrants précaires ;

- 87,5 % déclaraient connaître moyennement ou insuffisamment les structures médico-sociales de leur territoire. Seul 1 médecin interrogé connaissait l'existence des PASS.

➢ *Difficultés d'ordre organisationnelles*

L'accès financier aux soins constitue un frein majeur pour lequel les médecins invoquent une volonté politique d'après l'étude réalisée en Meurthe-et-Moselle [89]. Dans cette étude, des difficultés organisationnelles sont désignées par les médecins autour du suivi, du temps et de l'investissement demandé par ces prises en charge. Un désaccord au sujet des limites et les rôles du médecin généraliste, vis-à-vis des démarches sociales et administratives, est également retrouvé [90]. Elle concluait à un découragement des médecins généralistes face à leur entreprise.

➢ *Difficultés d'ordre relationnelles*

Sur les 291 internes interrogés par le questionnaire de J. SALE et G. LAZIMI [88] : « *Un cinquième des internes pensent qu'il est possible de refuser pour des raisons financières les bénéficiaires de l'AME* » et les auteurs précisent que « *la même proportion soupçonne ceux-ci d'abus* ».

Dans l'étude quantitative réalisée en Meurthe-et-Moselle [89], l'analyse des mots-clés a mis en évidence un certain nombre de représentations pouvant être « *de nature à altérer la relation médecin-patient* ». Ces difficultés influençant la relation médecin-patient étaient retrouvées chez 52% des médecins interrogés. Il s'agissait des difficultés en rapport avec :

- La communication verbale et non verbale ;
- Les comportements des patients ;
- Une insatisfaction des médecins et un sentiment de pénibilité ou de frustration associé à ces prises en charge.

L'étude qualitative [90] précisait les principales situations difficiles mises en évidence. On retrouvait l'éducation hygiéno diététique, la communication, et le mauvais état de santé perçu de ces populations : les pathologies chroniques, bucco dentaires, psychiatriques et addictions. Certains médecins pensent qu'il s'ajoute parfois, au bas niveau de revenus des patients limitant l'accès au soin, « *un problème de mauvaise gestion du budget et de leurs priorités* ». L'auteur synthétise ainsi « *les patients leur apparaissent responsables de leurs difficultés et de leurs choix* ». Au total, les médecins qui évoquaient leurs difficultés en rapport aux « *barrières*

culturelles et celles de la langue » envisageaient peu de pistes pour y remédier, comme « *résignés face à cet obstacle qui paraît immuable* ». Plus précisément, les médecins généralistes évoquaient la nécessité d'un investissement important pour prendre en charge ce groupe de patients. Ce dernier « *leur semble malheureusement souvent vain, et il leur arrive de se sentir blessés par l'absence de retour adapté à leur effort et le manque de reconnaissance* ».

Ces trois études [88] [89] [90] terminaient leur analyse en insistant sur plusieurs points :

- Les « *difficultés ressenties par les médecins contribuent aux inégalités socio-culturelles d'accès à la santé qui semblaient s'atténuer avec l'expérience des médecins auprès de cette population* » ;
- La méconnaissance des spécificités de cette population favorise « *l'apparition de représentations et de rejet* » ;
- Il est nécessaire « *d'inciter les médecins à adapter leur prise en charge aux particularités individuelles de leurs patients précaires* » et « *d'améliorer la relation médecin/patient en réduisant les sentiments négatifs des médecins liés à leurs représentations* » ;
- Le fait que « *quelle que soit la perception que les médecins ont des patients précaires, tous expriment leur volonté d'agir au mieux pour le bien du patient* » au prix d'un « *investissement important en temps et même financier quand ils évoquent les actes gratuits* » mais qu'ils sont rapidement découragés quand la relation thérapeutique ne répond pas à leurs attentes et n'envisagent pas de solution possible à certaines difficultés rencontrées.

II. 5. B – Étude concernant les ressentis des patients exilés au sujet de leur recours à la médecine générale

Dans une étude publiée en 2013 dans la revue Exercer sur la prise en charge des patients migrants en Médecine Générale [91], les patients interrogés attendent de leur médecin généraliste « *des compétences biomédicales et relationnelles* ». Ils déclarent plusieurs obstacles au cours de la consultation, d'ordre relationnel :

- La barrière linguistique même en présence d'un interprèt ;
- Les difficultés liées à la présence des enfants pendant la consultation des parents ;
- Les divergences de priorités sanitaires avec les médecins.

L'élargissement de la consultation à des motifs secondaires (dépistage, aspects psychologiques

ou sociaux), « *bien que parfois jugé intrusif, était souvent ressenti positivement* » [90]. Après la consultation, « *les migrants exprimaient soulagement et satisfaction mais aussi mécontentement quant au contexte de consultation (délai d'attente trop long avant la consultation et temps de consultation trop court). Certains patients étaient également mécontents des délais trop longs d'ouverture de droits sociaux leur permettant une prise en charge spécifique de certaines pathologies* ». Les migrants jugeaient leur relation avec les médecins généralistes français « *meilleure que celle qu'ils avaient eue avec des médecins de leurs pays d'origine ou de l'hôpital en France* ». Certains migrants ont déclaré que « *c'était à eux de s'adapter au système de soins et ont exprimé une capacité d'adaptation importante* » [91].

Dans l'étude PASSAGE [92], identifiant les éléments déterminant le recours aux soins et l'accès à un cabinet de Médecine Générale des patients bénéficiaires de l'AME à Marseille, dont des patients migrants, S. TOUATI et S. VERGAN rapportaient que les patients interviewés exprimaient « *des attentes envers leur médecin généraliste qui étaient dominées par le souhait de compétences relationnelles* ». D'après les auteurs, « [*Les compétences relationnelles*] *étaient identifiées comme la pierre angulaire de rapports médecin/patient de qualité. Bien que l'écoute et la relation de confiance occupaient une place majeure, les patients rencontrés manifestaient également le souhait d'une prise en charge adaptée de leurs plaintes somatiques* ». Comme dans l'étude précédente, des exigences différentes dans le soin entre médecins et patients étaient identifiées par ces derniers.

Dans ces études, les auteurs insistent au final sur plusieurs points [91] [92] :

- Il paraissait « *nécessaire de répondre aux besoins fondamentaux de tous les patients, préalable indispensable à toute amélioration de la santé, y compris au niveau social* ». Les patients souhaitent s'adapter aux propositions médicales des médecines occidentales et cette volonté doit être encouragée par l'établissement d'une relation de confiance ;
- Il est essentiel de « *favoriser une réponse adaptée aux attentes relationnelles dans les rapports médecins/patients* », y compris en termes de temps. Les réticences des patients étant principalement liées à une appréhension de la réaction potentielle de rejet des médecins et sont soulagés et satisfaits à la fin de la consultation lorsque cela était le cas.

Synthèse des données autour du contexte de migration en France

L'état de santé des patients exilés, caractérisé par des facteurs de vulnérabilité sanitaire, des psychotraumatismes et des pathologies acquises avant ou durant leur migration, est une préoccupation de santé publique.

Les médecins généralistes se situent en première ligne dans les structures dédiées, puis dans le parcours de droit commun, dans la prise en soin des patients exilés. Ces prises en charge font partie de leur compétences, définies par la WONCA. Ils sont naturellement volontaires pour améliorer celle-ci et, avec la mise en place de conditions favorables, ils peuvent participer à diminuer les inégalités d'accès au soin pour les patients les plus précaires.

Cependant, dans des études réalisées en Médecine Générale ambulatoire, il est encore identifié de nombreuses difficultés entravant la qualité des soins. Parmi les représentations étudiées, émergeaient surtout l'insatisfaction autour de la relation médecin-patient dans ce contexte. Dans les études s'intéressant au point de vue des patients migrants, il est mis en évidence les attentes explicites de ceux-ci au niveau relationnel et un besoin de reconnaissance de la part des soignants. Ils se disent prêts à s'adapter à leur médecin et au système de santé, et anxieux à l'idée que la consultation ne se déroule pas favorablement. Malgré l'énergie mobilisée par les deux acteurs mis en jeux, c'est autour de l'établissement de cette relation spécifique médecin-patient exilé que les difficultés semblent prédominer de chaque côté dans le contexte de Médecine Générale de ville.

SYNTHÈSE

I. Problématique

Si l'aspect émotionnel est central dans la prise en charge des patients exilés et qu'autour de la relation thérapeutique des difficultés et représentations sont encore à discuter, les médecins s'accordent à exprimer qu'il est indispensable de rendre plus équitable l'accès aux soins pour tous. A ce stade, il semble utile de nous questionner à titre collégial sur notre pratique et notre posture tant professionnelle que personnelle, dans la réalité quotidienne de ces consultations. Aussi, les aspects de cette relation thérapeutique ont été étudiés chez les médecins généralistes ambulatoires « tout venant » dans les études précédentes. Nous pouvions nous demander ce qu'il en était pour les médecins généralistes « plus sensibilisés » à la prise en charge de cette population de patients. Au cours d'un travail de mémoire de DES de Médecine Générale [93], nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique auprès de médecins généralistes ambulatoires (et non en structures dédiées) considérés comme sensibilisés à ces prises en charge, sous l'angle de l'expérience émotionnelle.

Pour ce travail de Thèse, nous nous sommes tournés vers les médecins généralistes exerçant dans les structures dédiées, que nous avons précédemment présentées. Nous les avons nommés « médecins généralistes des structures dédiées » (MGsd). Dans le but d'explorer ce champ inconnu de la relation médecin-patient exilé, en accord avec le modèle bio-psycho-social actuel et dans une volonté d'aborder la relation thérapeutique sous un angle détaché de l'aspect technique, nous nous sommes donc intéressés aux aspects émotionnels de celle-ci dans ce contexte de prise en charge.

II. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de recueillir et identifier la nature des émotions des MGsd générées par la consultation avec un patient exilé, réfugié ou demandeur d'asile.
Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Évaluer le vécu, la gestion et l'influence de ces affects sur les MGsd ;

- Déterminer la place des émotions parmi les autres composantes essentielles de la relation de soin du point de vue des MGsd interrogés dans ce contexte.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Pour ce travail de Thèse, une étude qualitative a été menée auprès de MGsd qui accueillent des patients en situation de migration dans la région Sud PACA. Basée sur l'IPA [94] d'entretiens semi-dirigés, elle a été construite avec l'objectif de satisfaire les critères de qualité COnsolidated Criteria for REporting Qualitative studies (COREQ) (Annexe 1) [95] et les critères de qualité de l'IPA [94] [96].

II. Choix de la méthode qualitative

L'étude s'intéresse à des sujets intimes et non quantifiables. L'étude répondait donc de la méthodologie de recherche qualitative. En effet ce type de recherche, descriptive et exploratoire, peut contribuer à une compréhension plus large du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux [97], comme le décrit I. AUBIN-AUGER : « *Ce type de recherche nécessite des dispositions humanistes, de la curiosité, de l'imagination et de la créativité, mais aussi un sens de la logique, la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène* » [97]. L'engagement des chercheurs a été celui d'effectuer une démarche rigoureuse en ce sens.

III. Revue de la littérature et rédaction du guide d'entretien

Comme pour toute démarche de recherche scientifique, le travail préalable a consisté à établir une revue de la littérature sur le sujet étudié. Pour cela, nous avons utilisé les bases de données usuelles (PubMed, Cairn, Sudoc, Google Scholar, BIBLIMED, BDSP) ainsi que des sources de littérature grise (Congrès Scientifiques, CNGE, SFMG, OMS, WONCA, Articles non publiés ou en cours de publication). Les principaux mots-clés recherchés étaient : recherche qualitative, analyse phénoménologique, émotions, relation médecin-patient, relation médecin-patient, Médecine Générale, exil, migrant, traumatisme psychique, consultation transculturelle. Cette étape a permis, dans un premier temps, de nous familiariser avec la thématique explorée. Partant initialement d'un intérêt brut de connaissance théorique pour la question, le but était de pouvoir en saisir les données principales. Cela nous a également permis de préciser la question étudiée et de bâtir un guide d'entretien. Cette « sensibilité théorique » acquise par la lecture de la bibliographie a ensuite été abandonnée un temps, afin de ne pas impacter la démarche inductive

durant les entretiens et leur analyse [98]. Elle a par la suite été reprise et approfondie pour évaluer la cohérence des résultats.

En lien avec la démarche qualitative et la question de recherche, le guide d'entretien a été pensé rigoureusement afin de nous permettre d'orienter le déroulement des interviews vers des thèmes jugés importants pour la récolte des données. En s'appuyant sur les données de la littérature, le guide d'entretien se présentait de la façon suivante (Annexe 2) :

- Présentation des modalités de l'entretien, de l'étude et de l'intervieweur ;
- Question d'ouverture permettant au médecin interviewé de se présenter et expliquer ses conditions d'exercice
- Question plus intime permettant de s'immerger dans la thématique en évoquant les raisons qui menaient à exercer dans la structure dédiée en question ;
- Abord d'un cas concret en l'invitant à partager son expérience autour d'une consultation vécue comme difficile émotionnellement avec un patient en situation d'exil ;
- Différents thèmes évoqués : la caractérisation des émotions éprouvées, leur perception par le médecin : place, rôle, impacts, évolution.

Le guide d'entretien a été testé auprès de 3 personnes de l'entourage proche des chercheurs. 2 médecins généralistes ayant été amenés à prendre en charge des patients exilés mais ne répondant pas aux critères d'inclusion, 1 proche non-médecin jouant « un rôle de médecin » pour l'occasion. Leurs réactions et réponses ont permis au chercheur de tester et faire évoluer la clarté de son énonciation. Ces entretiens « tests » n'ont pas été inclus dans le corpus de données.

IV. Population et construction de l'échantillonnage

IV. 1. Population

La population cible de l'étude était définie sur la base du travail de réflexion décrit ci-dessus comme étant susceptible de répondre aux questions que l'on se posait [99]. Il s'agissait de tout médecin généraliste, exerçant dans une structure dédiée ou propice à la prise en charge des personnes en situation d'exil, salarié ou bénévole. Nous avons proposé de nommer ce groupe médecins : MGsd.

Les critères d'inclusion étaient tout médecin généraliste thésé, amené à prendre en charge des patients exilés, exerçant en structure pluridisciplinaire dans la région Sud PACA. Nous avons étendu l'étude au niveau régional par volonté d'exhaustivité du recrutement et dans le but d'augmenter le nombre potentiel de participants, relativement restreint. Cette région a été choisie pour des raisons de proximité géographique, mais aussi devant la pertinence de la question dans ce territoire, troisième région de France en termes de migration.

Les critères de non-inclusion étaient les médecins dont la spécialité n'était pas la Médecine Générale, non thésés, n'exerçant pas cette activité en structure ou en dans la région.

IV. 2. Échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage raisonné permettant de sélectionner des participants considérés comme typique de la population cible, en contactant par e-mail de façon systématique toute les structures que nous avons pu identifier dans la région PACA qui sont amenées à recevoir des patients migrants et dans lesquelles interviennent des médecins généralistes à titre non libéral.

A cette première étape s'est ajouté un procédé d'échantillonnage de proche en proche permettant de compléter l'échantillon. Cette méthode d'accès indirect, médiatisée par un tiers, diminue la neutralité des participants permettant de maximiser les chances d'acceptation de participation. Elle favorise également un climat de confiance préalable à la rencontre entre participant et chercheur, alors tous deux « recommandés » mutuellement. Ceci est particulièrement intéressant dans cette étude qui aborde des sujets sensibles, pouvant créer des réactions de rejet [99].

Cet échantillonnage a permis de cibler le groupe de personnes dont on souhaite connaître l'expérience, les médecins généralistes « spécialisés ». Conformément aux lignes directrices de l'analyse choisie et dans un souci de faisabilité, l'objectif de 8 entretiens a été fixé [96]. En effet, dans l'IPA, « les analyses ne relèvent pas d'une addition des thèmes identifiés » [94], mais d'une appréhension de la complexité de l'expérience vécue par chaque participant. Le chercheur doit donc pouvoir maîtriser l'ensemble du corpus pour en dégager une vision globale,

« ce qui est d'autant plus difficile quand l'effectif croît » [94]. J. SMITH, dans son évaluation des articles utilisant l'IPA [100], recense des travaux dont les effectifs se situent entre 1 et 14. Ces faibles tailles d'échantillon sont toutes relatives car justifiées par le fait qu'une information apportée une seule fois par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les études dites "quantitatives". En effet, les entretiens sont validés par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence [99]. En IPA, le recrutement de l'échantillon et les entretiens sont antérieurs au travail d'analyse.

L'e-mail ayant permis de contacter les médecins présentait l'objectif de l'étude, le chercheur, et informait sur la modalité d'entretien. Le contact médiateur était précisé quand il y en avait un (Annexe 3).

V. Recueil des données

V. 1. Posture du chercheur

Comme beaucoup d'autres recherches, le choix du sujet a indéniablement été influencé par un intérêt préalable pour la question, né lors d'expériences personnelles au cours du cursus universitaire. Confronté à la prise en charge de patients exilés, en tant que médecin remplaçant depuis 2 ans en activité libérale et lors du dernier stage d'internat notamment, le positionnement du chercheur quant à la difficulté émotionnelle de ces prises en charge a poussé la volonté d'approfondissement de la question. En IPA, cette part de subjectivité est connue et un travail sur cette « expérience collatérale » et ces « intérêts de connaissance » [98] est possible, dans le but de les comprendre et de limiter la part du point de vue dans l'analyse.

Avec un souci de rigueur méthodologique et d'accès à une compréhension du phénomène « tel qu'il se présente » [98], un effort de mise à distance momentané des prérequis a donc été initié. Idées, à priori, suppositions et attentes du chercheur ont été consignés dans un journal de bord avant le début des entretiens. Cet effort pour ne pas introduire immédiatement la perception du sujet par le chercheur dans les données, ancré dans une démarche qualitative inductive, tend à ce que E. HUSSERL appelle l'Époché ou réduction phénoménologique.

V. 2. Entretien compréhensif

Le canevas d'entretien, semi-directif, faisait office de fil conducteur dans ce travail. Cette méthode de recueil semblait parfaitement adaptée à l'étude qui aborde en effet le sujet intime de l'émotion, comme le décrit A. BLANCHET et A. GOTMAN déclarent : « *Ce qui fait l'intérêt de l'entretien c'est la souplesse de la méthode, l'adaptabilité au sujet et au contexte, l'évaluation de la motivation, de l'implication de l'interviewé, la possibilité de recueillir la dimension émotionnelle, les réactions affectives, ce qui est difficile avec les autres méthodes de recueil* » [99].

Dans ce cas précis, la perception affective, subjective, des interviewés était recherchée, ce qui peut parfaitement être appréhendé par l'entretien qui permet « *l'étude de la perception par l'interlocuteur d'un événement ou d'une situation, ses interprétations, ses expériences, ou le sens donné à une pratique* », selon sa description par R. QUIVY et V. CAMPENHOUDT [101]. Cette recherche de sens, provenant de l'interprétation des interviewés sur leur vécu émotionnel, était intéressante dans cette étude aui fait appel « *au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan* » [99], comme l'explique A. BLANCHET et A. GOTMAN.

Par ailleurs, le médecin était libre de choisir le lieu où devait se dérouler l'entretien. En préambule, il était précisé au médecin la définition du terme « exilé » dans l'étude et nous lui indiquions qu'il était libre d'utiliser le terme adapté qui lui convenait : migrant, demandeur d'asile, réfugié etc. Ceci avait pour but de sécuriser le participant et le mettre à l'aise vis-à-vis du vocabulaire qui lui était familier. Une durée approximative de temps était précisée au participant afin qu'il puisse prévoir l'entretien mais dans les faits, le médecin pouvait parler jusqu'à épuisement de sa pensée.

Aussi, un paradigme compréhensif était associé à cette méthodologie d'entretien permettant d'obtenir des propos riches dans un climat de confiance. Certains critères étaient alors exigés au cours de son déroulement :

- Des questions ouvertes permettaient une expression libre du participant et certaines d'entre elles pouvaient ne pas être posées par l'enquêteur qui s'adaptait au discours. Cette

souplesse était justifiée soit parce que le participant anticipé les questions, soit parce qu'il semblait vouloir s'exprimer sur un point particulier, qu'il paraissait stratégique d'approfondir. Cette souplesse est en accord avec la méthodologie de l'entretien semi directif tel que précisé par J.C. VILATTE [102].

- L'absence de jugement, de bonne ou de mauvaise réponse était précisé au participant, les interactions humaines qu'amène cette rencontre étant privilégiées. Des compétences d'écoute et d'interaction étaient mobilisées [101], encourageant les réponses du répondant si nécessaire par l'explicitation d'un point de son discours, tout en respectant le principe de neutralité [102].

- L'expérience subjective des médecins participants était recueillie avec empathie et bienveillance, respectant leurs propos et leurs réactions non verbales. Les questions étaient précises et faisaient appel à l'expérience et au raisonnement intime des médecins dans des situations identifiées.

Avant de commencer l'interview, un formulaire d'information et de consentement écrit était expose, par soucis de transparence (Annexe 4). Il devait être approuvé par chacun des médecins avant le début de l'entretien. Il rappelait notamment la confidentialité de l'enregistrement et le respect de l'anonymat. L'entretien pouvait également être précédé d'une courte conversation informelle sur des sujets divers n'empiétant pas sur l'interview, afin de détendre l'atmosphère et préparer l'entrée dans celle-ci. Nous invitions ensuite le médecin à parler de son expérience.

Une fois l'interview débutée, un enregistrement vocal était réalisé par dictaphone numérique. Toute information ou impression semblant pertinente au chercheur pour la contextualisation et l'enrichissement du contenu de l'entretien, évoquées en dehors de la mise en route du dictaphone, étaient collectées de façon la plus fidèle possible sous forme de notes sur un « Carnet de Thèse » personnel. La dimension humaine et émotionnelle propre à chaque interaction était collectée. Ce carnet a également eu un rôle essentiel dans le recueil des éléments non verbaux rapportés pendant les entretiens : gestuelle (posture des bras, retrait, maintien ou fuite du regard, levée des yeux au ciel), intonations informatives, onomatopées, bruits de gorge, silences, soupirs, hésitations, rires, sourires, pleurs etc.

L'ensemble des entretiens a ensuite été retranscrit « verbatim » sur documents Word après anonymisation des données. Les caractères non verbaux, identifiables sur l'enregistrement audio et notés sur le carnet de thèse pendant l'entretien, étaient inclus à la retranscription dans l'ordre chronologique de survenue. L'analyse du corpus étaient alors possible.

VI. Analyse des données

Un entretien bien mené fournit des données en abondance, riches et nuancées, des données complexes [99]. Ne rien perdre de cette richesse était un objectif pour les chercheurs dans ce travail. L'analyse IPA, particulièrement adaptée pour les phénomènes émotionnels, a été choisie dans cette étude pour analyser ce type de données, et plus précisément, une approche sémio-pragmatique a été utilisée. Cette dernière est décrite méthodologiquement dans un article de la revue Exercer de I. AUBIN-AUGER et A. MERCIER et semblait pertinente pour ce sujet. Nous décrivons maintenant les éléments clés de cette approche phénoménologique, sémio-pragmatique.

VI. 1. Approche phénoménologique

L'approche phénoménologique s'appuie sur la description d'un phénomène. Décrire est d'ailleurs pour C. DESCHAMPS « *prendre appui sur l'expérience originaire du fait* » [103]. Dans cette étude, il s'agissait de s'appuyer sur l'interprétation des participant puisque dans l'IPA, on suppose que les gens sont des « *êtres qui s'auto-interprètent* » d'après I. PIETKIEWICZ et J.A. SMITH [96]. Selon la double herméneutique nous avons tenté de comprendre, traduire et restituer le sens que les médecins participants donnaient eux-mêmes à leur expérience vécue des ressentis, dans le contexte de consultation avec un patient exilé [96].

Dans cette démarche, il était abordé les raisons intimes et tournants marquants pour les médecins ayant mené à exercer dans la structure dédiée. Un exemple de questionnement phénoménologique centré sur la question de l'étude était aussi retrouvé dans la question 2 du canevas d'entretien (Annexe 2) : « Pourriez-vous nous donner un exemple de situation vécue en tant que médecin généraliste, où vous vous êtes particulièrement senti en difficulté émotionnelle durant une consultation avec un patient exilé ? Pourriez-vous me raconter cette consultation ? ». Il s'agit d'un rappel à la mémoire de sentiments vécus dans une expérience située.

VI. 2. Approche pragmatique

L'approche pragmatique, qui repose sur les faits, a été menée selon une démarche idiographique comme expliquée par C. DESCHAMPS ; en effet, dans ce travail nous nous sommes appliqués à faire une étude détaillée et approfondie du cas singulier décrit par chaque médecin, afin de saisir comment ce phénomène est compris de manière individuelle, pour tendre vers un ensemble universel cohérent de convergences et divergences [103].

VI. 3. Approche sémiotique

A cette étape, en accord avec la théorie des signes (sémiotique) et les catégories universelles décrites par C.S. PEIRCE [105], nous avons choisi de faire une caractérisation sémiotique des thèmes selon les trois catégories :

- La qualité (priméité), qui intègre les émotions, les ressentis, les sentiments, tout ce qui est perçu ;
- Le fait (secondéité), qui comprend les faits d'expérience, les constats, la relation au monde, la réflexivité, la prise de conscience, la mises en acte ;
- La loi (tercéité), qui concerne les principes, les habitus, les énoncés de sens commun, les pensées, les processus généraux, les concepts subjectifs et les théories.

En cohérence avec la dénomination adoptée par C.S. PEIRCE, ces catégories ont été respectivement désignées par les chiffres : 1, 2 et 3 (Tableau 1, extrait de l'article de G. BOURREL et A. OUDE ENGBERINK [106]).

Par la suite, il s'agit de hiérarchiser ces catégories. L'existence d'une catégorie 3 présuppose l'existence d'une catégorie 2 et d'une catégorie 1, selon une architecture « englobante ». Selon N. HOUSER [108], « ces catégories sont celles que l'investigation phénoménologique ne cesse de nous faire obtenir, si invariablement que nous nous sentons le droit de conclure que la structure relationnelle de la tiercéité, impliquant comme elle le fait la secondéité et la priméité, constitue la structure fondamentale de l'expérience ».

Tableau 1. Correspondances sémiotiques selon C.S. PEIRCE [106]

Priméité	**Secondéité**	**Tiercéité**
Être de la qualité (1)	**Être des faits (2)**	**Être de la loi (3)**
Qualités Sentiments Ressentis sensoriels Émotions Formes	Constats, Faits d'expériences, Existants Confrontation Action / Réaction Action réflexive	Arguments Symboles Concepts Habitus Sens commun Définition Principes Mécanismes Théories subjectives

VI. 4. Réalisation pratique

Nous avons détaillé les étapes de la réalisation méthodologique de l'analyse de ce travail dans le tableau 2 qui suit ces explications. Nous allons d'abord les décrire.

Pour commencer, de multiples lectures de l'entretien retranscrit intégralement (données verbales et non verbales) étaient réalisées afin d'avoir une vision globale du transcrit et s'imprégner de l'univers singulier du cas.

Des commentaires, visant à prendre en compte le langage comme expression orale signifiante dans leur contexte d'énonciation, ont été reportés en marge de gauche du texte tels que des commentaires descriptifs (sur les mots choisis par les participants et leur sens dans le contexte, le temps des verbes, l'énonciation à la première ou à la troisième personne, l'utilisation de connecteurs permettant d'organiser les données), et interprétatifs (sur le sens pour le médecin d'user d'une citation de patient, les non-dits, les contradictions, les points importants, les impressions, et les concepts émergents). Aussi, quelques commentaires associés à une réflexivité personnelle pouvaient également être générés. Pour illustrer cette étape, un extrait de verbatim avec les commentaires qui y ont été associés, sont présenté en Annexe 5.

Par la suite, le texte a été découpé en unités de sens c'est à dire en séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes. Puis, avec un niveau d'abstraction supérieur, une catégorie a été attribuée à chaque unité de sens pouvant être associées entre elles (ensemble transcrits plus commentaire), ainsi que la caractérisation sémiotique correspondante associée : 1, 2 ou 3. L'organisation des catégories entre elles, faisaient émerger le sens perçu par chaque médecin

de son expérience au travers de différents thèmes. Puis nous passions au second entretien et ainsi de suite.

Les catégories de Peirce identifiées dans les différents entretiens ont été regroupées sous la forme d'un tableau détaillé récapitulatif (Annexe 6).

La confrontation des thèmes entre eux, par comparaison constante, a fait émerger les divergences et les convergences entre les entretiens et apparaitre des grands thèmes. Un travail de structuration et d'interprétation a enfin permis d'organiser ces grands thèmes selon leurs relations signes 3/2/1. Ils sont ainsi présentés dans les résultats de cette étude, étayés d'extraits de chaque participant.

Par la suite une dernière étape consistait à faire émerger une catégorie argument et une « *proposition synthétique générale intégrative* » porteuse de la signification du phénomène étudié [106]. Nous reviendrons sur cette étape plus précisément dans la seconde partie des résultats.

Tableau 2. Étapes de la démarche analytique utilisée en pratique au cours de l'étude

Étape de la démarche	**Contenus procéduraux**
Recueil de matériau	Retranscription mot à mot des enregistrements et inclusion dans l'ordre chronologique des éléments non-verbaux (audio et carnet de thèse)
Lecture globale (et relectures)	Approche générale puis focalisée. Annotation des commentaires descriptifs linguistiques et contextuels, interprétatifs, personnels
Découpage en unités de sens	Séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes de sens
Formation des catégories et caractérisation sémiotique	Assemblage et/ou nomination des unités de sens pouvant être associées et couplées au caractère sémiotique 1, 2 ou 3 correspondant
Organisation des thèmes pour chaque entretien	Émergence des thèmes porteurs du sens global de l'entretien
Confrontation cyclique des données et émergence des grands thèmes	Passage au prochain entretien puis comparaison constante et recherche des thèmes récurrents et grand thèmes
Structuration des résultats	Niveau supérieur d'abstraction : organisation interprétative des grands thèmes selon leur relation hiérarchique 3/2/1
Modélisation	Émergence de la catégorie argument et proposition synthétique générale intégrative

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

I. 1. Échantillon

En pratique, 9 structures ont été contactées par e-mail dans les divers départements. Parmi les réponses, 2 médecins avaient répondu positivement mais aucune disponibilité commune n'a été trouvée ; 1 structure n'a jamais répondu.

Au total, huit médecins généralistes exerçant en structures dédiées ont été inclus. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étaient les suivantes (Tableau 3) : cinq hommes, trois femmes ; six médecins exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône, deux médecins exerçant dans le département du Vaucluse ; Quatre travaillaient en structure hospitalière, trois en structure associative, un médecin exerçait dans ces deux types de structures.

I. 2. Caractéristiques des entretiens

Les huit entretiens ont été réalisés entre décembre 2018 et mars 2019. Le plus court était de 21 minutes, le plus long 1h18 minutes. En moyenne, la durée des entretiens était de 41 minutes. Six se sont déroulés sur le lieu de travail, un au domicile du médecin et un dans un café (tableau 3). Le tutoiement a été instauré avec les participants, à leur initiative. Les conditions de réalisation des entretiens étaient plutôt favorables et l'ambiance des entretiens adaptée au sujet

Tableau 3. Abréviations utilisées dans le tableau 3 (tableau page suivante) :

Struct. :	Structure
Hosp :	Unité ou structure Hospitalière
Asso :	Unité ou structure Associative
Parcours :	Orientations professionnelles antérieures et/ou stages au cours du DES et/ou formations personnelles entreprises, indiqués par les médecins interrogés pour expliciter les éléments participants à leur expérience professionnelle en lien avec le contexte d'exercice actuel
Tu. :	Tutoiement
Vou. :	Vouvoiement
Sptmt :	Spontanément

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	Durée de l'entretien	Sexe	Age	Struc.	Parcours	Lieu de l'entretien	Langage	Éléments non verbaux et ambiance de l'entretien
MGsd 1	25'25	F	25-35	Hosp	OUI	Lieu de travail	Tu. Déjà croisé	Émotivité manifeste. S'est livrée intimement. Discours clair et auto-évaluation verbalisée.
MGsd 2	27'02	H	25-35	Hosp + Asso	OUI	Lieu de travail	Tu. Instauré sptmt par le médecin	Intérêt exprimé pour la question de recherche Volonté d'application à une parole sincère exprimée. Désir de livrer de façon authentique son questionnement personnel.
MGsd 3	31'07	H	45-55	Asso	NON	Lieu de travail	Tu. Instauré sptmt par le médecin	Expérience récente pondérant les propos. A parlé librement de son expérience.
MGsd 4	34'02	F	25-35	Hosp	NON	Lieu de travail	Tu. Déjà croisé	A verbalisé la difficulté d'accès à ses propres émotions. Détendue. Volonté de répondre avec application aux questions. Émotion manifeste lors du récit de situation précise.
MGsd 5	63	H	25-35	Asso	OUI	Café	Tu. Déjà croisé	Discours libre et construit, intérêt exprimé pour la question de l'étude. Très à l'aise avec l'aspect émotionnel. Discours riche, auto-évaluation explicite.
MGsd 6	49'02	F	25-35	Asso	OUI	Domicile	Tu. Déjà croisé	Émotivité manifeste. S'est livrée intimement. Discours clair et auto-évaluation verbalisée.
MGsd 7	29'05	H	25-35	Hosp	NON	Lieu de travail	Tu. Instauré sptmt par le médecin	Intérêt exprimé pour la question de recherche. Discours calme et ressenti livré avec émotivité. A insisté sur le fait qu'il soit le reflet d'un instant T de son expérience professionnelle, reflet d'une auto-évaluation dynamique consciente.
MGsd 8	56'26	H	45-55	Hosp	OUI	Lieu de travail	Vou. Instauré sptmt par le médecin	Intérêt exprimé pour la question de recherche, message à transmettre. Discours clair. Émotivité palpable, bien que peu exprimée en des termes explicites.

II. Analyse thématique des données

Dans ce chapitre les résultats de l'analyse sont présentés. Il ressortait de celle-ci que l'aspect émotionnel de la consultation médecin-patient dans ce contexte d'exil interagit avec de nombreux facteurs. La perception par les médecins de leur expérience émotionnelle, telle qu'ils l'ont livrée, était une vision globale de leur ressentis et de ces facteurs d'influence. L'IPA a permis de tenir compte de ces différents rapports. L'analyse sémio-pragmatique des données, a permis une mise en perspective de ces derniers, selon l'ordonnancement logique de Peirce. L'ensemble des catégories identifiées dans l'analyse ont été regroupées dans un tableau Excel récapitulatif (Annexe 6). Celles qui pouvaient être explicitées dans les résultats sont transcrites en MAJUSCULE. Un code couleur arbitraire a été utilisé au cours de ce travail pour identifier chaque catégorie de Peirce 1, 2 ou 3, avec plus de clarté.

Une table des thèmes (Tableau 4) explicite la réflexion entreprise dans ce travail et le choix des résultats présentés. Ils sont ensuite décrits comme suit :

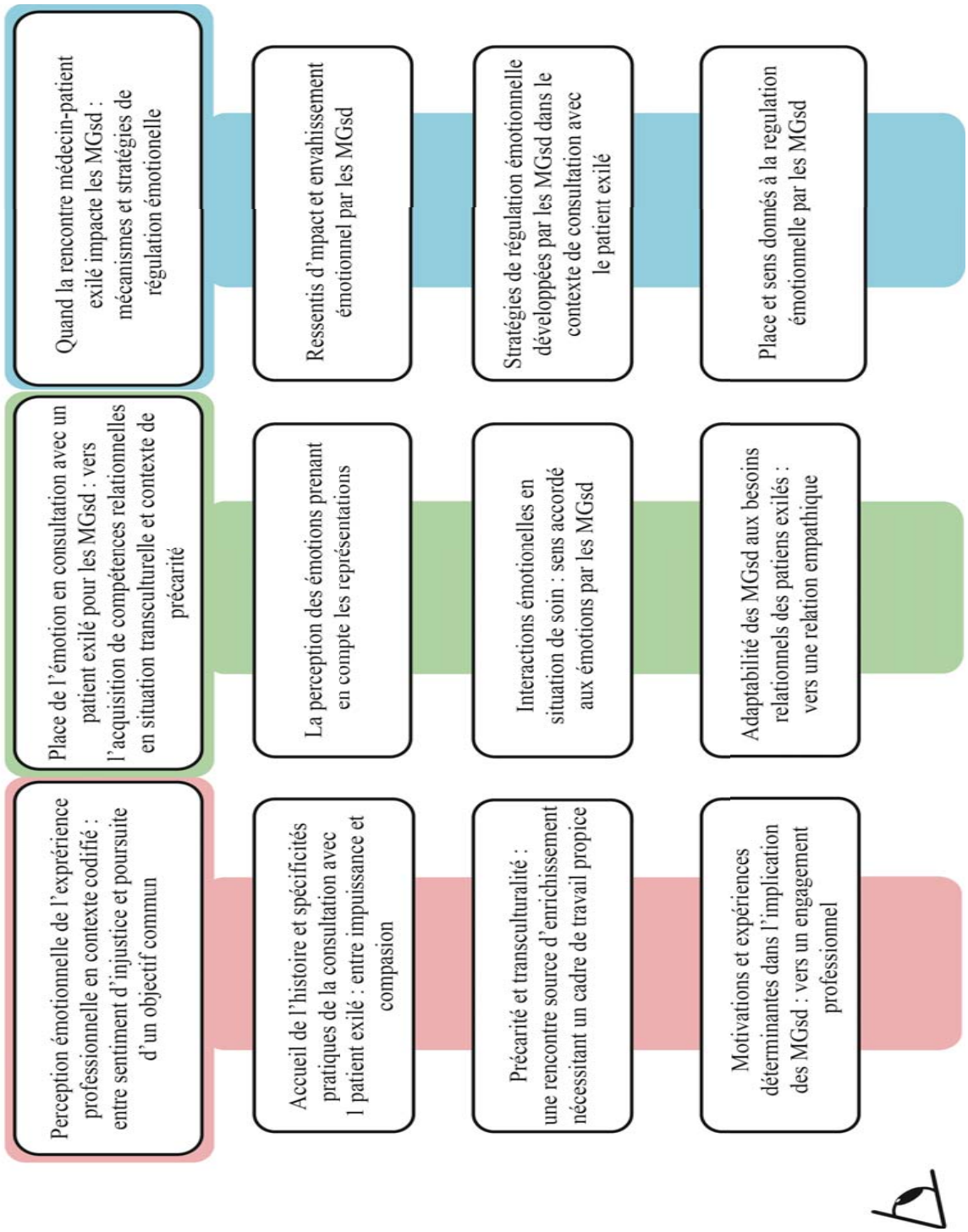
Peirce 1. Perception émotionnelle par les MGsd de l'expérience professionnelle en contexte codifié : entre sentiment d'injustice et poursuite d'un objectif commun

Peirce 2. Compétences émotionnelles des MGsd : vers l'acquisition de compétences relationnelles en situation transculturelle

Peirce 3. Quand la relation médecin-patient exilé impacte le médecin : mécanismes et stratégies de régulation émotionnelle

Les extraits du discours des médecins interviewés figurent encadrés, entre de guillemets, précédés de MGsd+n° qui leur avait été attribué après anonymisation des données. Les caractères non verbaux ont été mis en avant ***entre parenthèses, en italique et en gras.***

Tableau 4. Table des thèmes



II. 1. Peirce 1 : Perception émotionnelle de l'expérience professionnelle en contexte codifié : entre sentiment d'injustice et poursuite d'un objectif commun

Ce grand thème, comprenant trois sous thèmes, correspond à la description des émotions livrées par les MGsd pour rendre compte de leur expérience émotionnelle selon trois axes principaux. Les médecins s'appuyaient d'abord sur une situation clinique précise. Ceci correspond au premier point développé dans cette partie, au sujet des affects associés à l'accueil et aux spécificités pratiques de la consultation avec un patient exilé. Puis, l'analyse a fait émerger des émotions décrites plus particulièrement en association avec le contexte de précarité et la situation transculturelle qui entoure la pratique en structure dédiée. Enfin, ce sera le troisième axe, les éléments apportés par les MGsd pour décrire les déterminants ayant mené à l'expérience professionnelle actuelle en structure dédiée seront expliqués. Ils étaient mis en rapport avec leur perception émotionnelle, amenant des éléments d'analyse pertinent à la compréhension de celle-ci. Nous les développerons dans cet ordre.

II. 1. A – Accueil de l'histoire et spécificités pratiques de la consultation avec un patient exilé : entre impuissance et compassion

Dans ce paragraphe sont développés les émotions, affects et ressentis exprimaient par les MGsd en rapport avec le moment de consultation, qui s'organisaient autour des spécificités de l'histoire, de l'examen clinique puis des conditions de vie et du suivi des patients exilés.

- **Émotions, affects et ressentis des médecins généralistes liés à l'histoire des patients exilés**

Certaines consultations, en rapport avec les histoires de vie que les médecins généralistes découvraient des patients, les mettaient particulièrement en difficulté émotionnelle. Les médecins interrogés confiaient leurs émotions en lien avec deux contextes fréquents qu'ils pouvaient rencontrer dans ces situations, et qui sont présentées ici :

- Celui des récits de patients ayant vécus des violences et tortures
- Celui de patients présentant une situation médicale grave et dont l'accès aux soins était entravé.

a) *Émotions autour du contexte de violences et tortures*

ÉMOTIONS « DIFFICILES » en réponse aux évènements caractérisant les histoires difficiles des patients exilés

L'accueil des histoires de vie des patients exilés suscitait chez le médecin des émotions « difficiles » qui reflétaient la nature des évènements vécus par ces personnes et les affects liés à la dimension morale associée qu'ils suscitent ; on retrouvait principalement le sentiment d'impuissance, la colère, l'indignation, le malaise ou l'inconfort, l'étonnement voire la stupéfaction, l'horreur, l'incompréhension et le sentiment d'injustice.

- Impuissance, colère, horreur, étonnement, malaise et inconfort

Face aux évènements vécus par les patients, les médecins décrivaient un sentiment d'impuissance et de colère voire malaise et d'inconfort émotionnel lié à la réception de ces histoires de torture.

IMPUISSANCE, COLÈRE, MALAISE, INCONFORT ÉMOTIONNEL

MGsd 2 : « Tu vois mercredi c'était dur pour moi […] J'ai eu un ***(soupir)***… J'ai eu un certificat de mutilation sexuel féminine qui m'a raconté son… son histoire heu... […] donc ça a été un peu chaud et ensuite j'ai fini par la famille de géorgiens avec la fille de 9 ans qui a vu sa mère se faire violer et qui m'a raconté […] [j'ai ressenti] de l'impuissance mais je ne sais pas si c'est un sentiment l'impuissance ? mais, l'impuissance... le... enfin, non en fait pour moi c'est dur ».
MGsd 5 : « LA ***(il insiste sur le mot)*** consultation méga difficile c'est un demandeur d'asile, et y en a un paquet, en procédure Dublin qui est en état de stress post-traumatique, qui a un émoussement affectif , qui a une perte d'élan des fois, qui a du mal à raconter sa vie, qui a du mal à raconter où il a mal, c'est pas forcément somatique, et qui a une déshumanisation par son état de stress post-traumatique et en plus par la considération de la société. Et donc là en tant que médecin quand tu reçois ça, alors déjà, tu es dans un inconfort émotionnel du fait ne que t'es pas formé au départ pour ça, tu es dans une colère qui est propre au fait que ben tu te ressens heu… une colère notamment par rapport à la situation ».
MGsd 3 : « puis tu te sens quand même heu très très impuissant quoi […] C'est des choses je pense que en tant que médecin généraliste t'es pas forcément formé à la faculté pendant tes études quoi. Je veux dire t'es pas... pour un cabinet de ville traditionnel t'es pas armé pour ça. T'es armé pour heu pour traiter la souffrance de la maladie mais pas la souffrance de la torture

physique ou psychique hein t'es pas trop armé pour ça ».
MGsd 6 : « il me demandait comment faire et quoi faire. Alors je ne savais même pas quoi lui répondre parce que je savais pas du tout... En fait il venait pas du tout pour un problème médical du coup il venait juste voir si moi je savais comment faire pour retourner dans son pays ».

Certaines fois, découvrir ce qui était décrit par les patients alors même que cela leur paraissait difficilement imaginable, provoquait un sentiment d'étonnement et de stupéfection chez le médecin.

ÉTONNEMENT, STUPÉFACTION

MGsd 6 : « C'était un Tibétain, alors là c'est assez fou, qui s'est fait en fait prendre par des personnes des Émirats arabes unis pour heu… pour travailler soi-disant […] puis finalement ils lui ont enlevé son passeport et enlevé tous ses papiers donc pour en faire un esclave du travail quoi. Ils ne le payaient pas, rien, donc il n'a jamais pu envoyer de sous. Il a réussi à s'enfuir, il est arrivé ici je ne sais comment. […] » ; « Il s'était fait massacrer en Libye […] En plus c'est une fracture du talon hein du calcanéum plus l'astragale, il s'est fait opérer. Et depuis 6 mois, comment on peut imaginer, parce qu'il était venu à pied lui, il n'a pas pris heu je sais plus, il est arrivé en Libye et après il a réussi à s'enfuir et il est venu à pied tout le long, donc marcher 6 mois avec ça, je pensais vraiment que, enfin ce n'est pas possible […] c'était vraiment de l'étonnement et ça m'a vraiment marquée » ; « de l'admiration, je pense aussi ouais. On était tous ébahis de voir ce qu'il avait fait et ce qu'il avait pu faire pour venir ici quoi […] Finalement le... l'envie d'arriver en France est plus forte que... que la douleur quoi ».
MGsd 4 : « elle a vu que j'étais heu abasourdie on va dire, j'étais comme ça heu (***silence, mime une expression de surprise en écarquillant les yeux et bouche bée***) de découvrir son histoire depuis tout ce temps que je la suivais ».

D'autre fois, les médecins décrivaient l'horreur et l'indignation que leur évoquaient ces situations vécues.

HORREUR

MGsd 6 : « Donc ce monsieur, un jeune hein il devait avoir 25 ans quoi 26 ans, il voulait juste rentrer chez lui, alors ça c'était horrible ***(déglutit fort) (rire gênée, larmes aux yeux de nouveau)*** ».

MGsd 1 : « j'avais une GRANDE ***(insistance prolongée sur « grande »***) envie c'est qu'il arrête de me raconter son histoire ou de partir en courant ou que la consultation s'arrête ».

MGsd 4 : « elle m'a raconté heu toutes les horreurs qu'elle a vécues pendant 20 ans ».

INDIGNATION

MGsd 4 : « Mais oui je pense que je ressens à chaque fois une indignation, oui je la ressens à chaque fois »

MGsd 5 : « [histoire d'un demandeur d'asile] ben tout simplement te dire "mais putain c'est dégueulasse" c'est ça la colère et même tu te dis "c'est DÉGUEULASSE ***(parle fort et tape légèrement sur la table du café)***" ».

MGsd 3 : « y a des consultations qui te... ben qui te font, qui te remettre en question par rapport à… un peu sur tous les plans, sur le plan humain parce que tu vois quand même des choses horribles, les histoires de migration, les gens qui te racontent les tortures en Libye donc ça dépasse tellement l'humain que forcément t'es touché ».

Face à l'atrocité des sévices volontaires subis par les patients, les médecins décrivaient un sentiment d'injustice. Leur incompréhension et leur recherche de sens face à ces situations violentes impliquaient ce qu'ils exprimaient comme une remise en question sur le plan humain. Ces situations d'ordre morale pouvaient être expliquée comme renvoyant à la simple condition humaine, ce qui se traduisait parfois par la verbalisation de la honte.

SENTIMENT D'INJUSTICE, INCOMPRÉHENSION

MGsd 6 : « Après y a aussi un peu un sentiment de honte de l'être humain. De pouvoir faire ça à quelqu'un alors qu'il n'a rien demandé […] non ***(petit silence)*** en fait je n'imagine pas que l'être humain puisse faire ça donc je ne sais pas comment le dire en sentiments mais vraiment un sentiment d'injustice, de pouvoir faire souffrir autant quelqu'un d'autre, c'est assez… […] ouais c'est ça, de l'incompréhension ».

MGsd 7 : « ben je pense que par moment j'ai éprouvé de la tristesse d'entendre ce qui peut exister en fait dans ce monde ».

MGsd 3 : « Donc oui t'as... et puis tu t'interroges surtout, sur le ***(silence)*** sur ta propre part de responsabilité en tant qu'homme occidental quoi […] dans ton cabinet de ville, c'est la maladie la plupart du temps, alors que là c'est l'action de l'homme, la torture qui le fait quoi donc heu y a certainement plus d'incompréhension de...et d'interrogations que heu que devant la maladie quoi. La maladie tu sais que de toute façon heu un jour ou l'autre les gens peuvent devenir malades. Même si tu fais, t'essaies de faire le maximum pour que ça ne le devienne pas mais un jour ou l'autre ça peut arriver. La torture tu peux te dire qu'au départ elle peut être évitable et que... si y avait des, si y avait plus d'interrogations et d'interventions, à mon avis on pourrait l'éviter ».

MGsd 2 : « en fait c'est dur quand je ne trouve pas de sens ***(silence),*** quand je ne comprends pas, mais c'est quoi ce truc ? Et pas : pourquoi ça s'est passé ? parce que tu ne sais pas, tu ne peux pas trouver les raisons pour lesquelles ça s'est passé ainsi, mais heu... pourquoi est-ce que nous, collectivement, on n'arrive pas à trouver des réponses à la personne qui y a en face de moi. C'est ça qui… qui… qui est difficile***. (Silence)*** ».

EMPATHIE, COMPASSION et « TRANSFERT D'EMOTION » face à la souffrance exprimée des patients exilés violentés

Dans ce contexte, les médecins rapportaient ressentir de l'empathie et de la compassion. Ils exprimaient également de la tristesse en regard de celle des patients. Par ailleurs, ils confiaient parfois que l'émotion transmise par le patient au moment du récit de vie pouvait donner l'impression de la ressentir personnellement. On peut parler de « forte empathie ».

COMPASSION & EMPATHIE

MGsd 6 : « puis de la compassion… […] je suis allée dans une pièce à côté, puis je suis revenue et j'ai cherché sur Internet comment l'aider parce que je me suis dit "quand même, le pauvre, il est complètement décontenancé", enfin il était complètement... morcelé on va dire ».

MGsd 4 : « y a peut-être trop d'empathie ou de la compassion à ce moment-là, enfin trop ou y en a en tout cas beaucoup ».

MGsd 5 : « parce que tu as ressenti la tristesse, t'es obligé de la ressentir. Donc c'est de l'empathie, t'es obligé de, t'aimerais bien qu'en face de toi t'aies des gens qui te sourient, que ce soit des histoires de soleil et de fleurs quoi ».

MGsd 8 : « la compassion c'est d'essayer de soulager leurs maux, leurs difficultés, leur vécu quoi. Un fardeau est toujours plus... est plutôt moins lourd à 2, à 3 que tout seul ».

Apprendre ce qu'avaient vécu les patients était souvent associé à un sentiment de tristesse pour les médecins. Celle-ci pouvait encore être visible de façon ***non verbale*** pendant l'entretien.

TRISTESSE

MGsd 6 : « ben de la tristesse déjà » ; « ce n'était pas souvent que je pleurais parce que jamais j'ai pleuré, juste lui et je ne sais pas pourquoi, parce qu'il sort sa photo comme ça qu'il avait bien cachée dans une pochette plastique, bien dans sa poche, bien protégée pour ne surtout pas la perdre, il avait perdu tous ses papiers le pauvre et il lui restait plus que ça, ***(la voix se fait plus faible)*** qui lui faisait penser à son pays, et à sa famille ***(pleure en parlant)***. C'était assez troublant »

MGsd 4 : « Je pense même que par moment j'ai éprouvé de la tristesse »

MGsd 3 : « Ouais donc heu non je pense qu'ici c'est ***(silence)*** ce qui est difficile ici c'est le contexte mais c'est pas la médecine ***(silence)*** donc heu c'est le fait de te dire que ces gens-là ils sont partis depuis des années de chez eux, ils ont fait tout un périple, ils ont subi tout...toutes sortes de choses qui sont pas très faciles à regarder et ils arrivent ici ils sont pratiquement au bout de leur chemin, il reste plus qu'une porte à ouvrir quoi. Donc heu c'est compliqué quand même ***(émotion dans la voix)*** […] évidemment là t'as...un ressenti d'infinie tristesse »

MGsd 5 : « tu peux sortir d'une journée en étant très triste parce que t'as été témoin de choses qui t'ont mis en colère trop souvent »

MGsd 7 : « donc déjà je pense que… oui, y avait de la tristesse »

Quelques fois, le récit des détails de tortures et violences subies par les patients provoquaient chez le médecin la sensation de subir lui-même ces sévices. Quand ce ressenti était très vif, les médecins pouvaient alors se sentir vulnérables et comme sidérés par l'intensité de leurs affects. Il peut s'agir d'un moment de « transfert d'émotion ». Durant l'entretien, les ***manifestations non verbales*** associées à ces instants confiés par les médecins, étaient témoins de leur ressentis.

Ressentir soi-même la VIOLENCE subie par le patient.

MGsd 1 : « Moi ce qui me met vraiment en difficulté c'est le récit des détails de ce qu'ils ont subi parce que je pense que ça me... je crois que je n'arrive pas à me défaire de l'impression que je vis le truc en même temps qu'eux au moment où ils me le racontent en fait. C'est comme si je le subissais moi aussi… ***(parle lentement, détourne le regard)*** ».

MGsd 4 : « ça m'a mis les larmes aux yeux parce qu'elle m'a raconté son histoire […] Elle a été torturée et violée et séquestrée par son mari pendant 20 ans en Albanie et moi […] j'avais besoin de détails vraiment sur tout ce qu'elle avait subi pour pouvoir décrire, enfin déjà regarder toutes ses cicatrices après examiner et écrire, et donc j'étais un petit peu heu (***déglutit fort***) bon déjà c'est dur à vivre émotionnellement effectivement ***(détourne le regard)***, c'est heu… c'est vraiment atroce ce qu'elle a vécu […] c'est une des consultations marquantes qui a été très longue et très éprouvante pour nous toutes (***visiblement émue***) ».

MGsd 7 : « ben je pense que par moment j'ai éprouvé de la tristesse d'entendre ce qui peut exister en fait dans ce monde […] justement je vais en discuter avec les internes parce que parfois c'est vraiment difficile à recevoir, je pense que c'est un stage qui est très... très intense en ***(rire)*** en émotions et en remise en question ».

MGsd 3 : « y a des consultations qui te... ben qui te font, qui te remettre en question par rapport à… un peu sur tous les plans, sur le plan humain parce que tu vois quand même des choses horribles, les histoires de migration, les gens qui te racontent les tortures en Libye donc ça dépasse tellement l'humain que forcément t'es touché ».

SIDÉRATION ET SENTIMENT DE VULNÉRABILITÉ

MGsd 1 : « quand j'ai une consultation qui m'amène à mes limites émotionnelles en fait je me mets dans l'anesthésie affective et… J'attends juste que la consultation se termine » ; « je... ça a été très compliqué pour moi d'entendre son récit de vie. J'ai lutté toute la consultation pour...heu... pour... pour pas lui demander, lui dire "mais là je ne peux pas entendre ça, j'suis désolée", c'était... c'était vraiment compliqué […] et le simple fait d'être préparée fait que je me sens plus protégée ***(insiste sur ce mot)*** du récit ».

b) *Émotions, affects et ressentis difficiles des médecins face à une situation médicale grave, dans le contexte de problématique d'accès aux soins*

Si la nature des évènements subis par les patients étaient source d'émotions décrites comme intense et fréquentes, le second contexte qui revenait fréquemment comme suscitant des difficultés émotionnelles chez les médecins était celui des patients présentant des problématiques médicales graves, et dont l'accès à des soins optimaux était compromis.

ÉMOTIONS « DIFFICILES » face à des problématiques médico-sociales complexes

Les médecins relataient plusieurs exemples de situations délicates dans ce contexte de problématique médico-sociale complexes ; un cancer avancé qui ne peut être pris en charge car l'ouverture de droit est impossible pour des raisons administratives complexes ; une fin de vie dans des conditions ne respectant pas la dignité des personnes car les droits ne permettent - à priori - pas l'accès à des soins palliatifs ; des patients atteints de psychotraumatismes graves, suicidaires ou délirants, et dont l'état n'est pas reconnu par les autorités ; la fermeture de PASS hospitalière incitant les personnes à renoncer aux soins, sont des exemples de situations d'entrave aux soins fréquentes auxquelles nous ont confié être confrontés les médecins généralistes. Elles génèrent des émotions difficiles, décrites comme : un sentiment d'injustice, de colère, d'impuissance et de tristesse voire de découragement par les médecins.

SENTIMENT D'INJUSTICE : IMPUISSANCE, COLÈRE, TRISTESSE

MGsd 7 : « je vois aussi beaucoup de... on a des situations pour lesquelles tu ne peux pas ouvrir les droits des gens tout de suite parce qu'il y a des problèmes de blocages administratifs, y a des gens qui arrivent avec une urgence de soins, ben des cancers métastatiques par exemple et là tu sais que t'es obligé de différer. Ça, c'est hyper difficile à... à intégrer pour toi-même quoi » ; « et puis une sensation de colère qu'on ne puisse pas... qu'on ne puisse pas améliorer les choses et qu'on soit...bloqués à ce point-là par des cadres administratifs. Sachant finalement en France on a des dispositifs, ce n'est pas tellement un problème d'argent puisqu'on a des fonds qui sont dédiés pour soigner des gens qui ne sont pas de nationalité française, de toute situation et se retrouver face à des cas particuliers comme ça où la sécu fait un blocage total ça te met dans... ça te donne un sentiment de colère. […] c'est un mélange de... y a une part de colère quand même, ben de sentiment d'injustice aussi un peu par procuration » ; « Puis après c'est aussi le... oui c'est ça c'est le... je reviens sur le sentiment d'impuissance que ça peut te donner […] qui est assez déstabilisant ».

MGsd 6 : « Je pense aussi à un monsieur qu'on a amené en fin de vie, ***(voix chargée d'émotion)***, et du coup c'est avec l'infirmière coordinatrice qu'on a contacté le réseau de soins palliatifs parce qu'on était obligées au bout d'un moment... on voyait bien que... en fait l'urologue ne prenait aucune décision : patient AME je ne sais pas pourquoi… Il ne l'a jamais mis en soins palliatifs. Il continuait la chimiothérapie orale mais dans une "structure" comme ça bon… donc je l'ai pris moi-même ».

MGsd 8 : « « il est suicidaire hein ! On a fait, j'ai fait, un certificat comme quoi ce monsieur

n'était pas bien. Avec d'autres médecins, avec d'autres avocats, on a fait tout un dossier pour que, le vendredi le bureau des personnes qui disent "toi tu t'en vas, toi tu restes" ben malgré tout ça, le bureau il a dit "non, vous rentrez chez vous" ***(silence)*** voilà. Donc on se bat contre des moulins à vent. […] J'avoue que pour le patient heu... ça m'attriste. Je suis triste pour ce monsieur mais ça ne m'affecte pas. Je suis même révolté mais ça ne m'affecte plus… parce que je suis impuissant » ; « la réponse pour cette personne qui a dû retourner dans son pays, ça, ça nous a asséché ***(silence)*** […] Venant des autorités, ça ne m'offusque même pas, tellement ***(soupir)*** ça ne m'intéresse pas. Je suis dégoûté et découragé de toute façon, quoique l'on fasse ce ne sera pas pire. Donc ça ne m'affecte pas non plus ».

MGsd 2 : « du camerounais qui s'est... qui a fait un... une conversion, les psychiatres ils parlaient de conversion heu... heu... psycho heu... psychiatrique dans un État de stress post traumatique où ils ont dû contentionner chimiquement et physiquement parce que tu savais qu'il avait vécu des choses horribles. Voilà j'en ai vu qui se sont retrouvés incarcérés parce que... on ne sait pas pourquoi et que tu te dis que leur place elle n'est pas en prison ».

MGsd 8 : « Si on propose la maison médicale à nos patients résidents émigrés, migrants ou sans droits, la maison médicale ne va pas les prendre en charge parce qu'ils peuvent pas payer et donc ils ne seront pas pris en charge par la maison médicale, ils ont attendu 7h, 8h. Une personne qui est constituée normalement, elle partirait, on la perd de vue, on perd tout. On perd sa pathologie, on perd sa problématique, on perd ses besoins, ses exigences économiques, sociales, ce que vous voulez, et donc ça, c'est de la maltraitance ».

<u>EMPATHIE et COMPASSION suscitées par les problématiques médico-sociale complexes</u>

Face à la souffrance des patients, les médecins exprimaient directement dans cette situation également, de l'empathie et de compassion.

EMPATHIE, COMPASSION

MGsd 6 : *«* il pouvait même plus bouger, il avait mal partout, il avait mal aux os, il avait des métastases partout. Donc on a fini par prendre, tant pis hein on s'est dit, bon ben, enfin surtout moi ***(rire),*** donc je l'ai pris moi-même […] ***(la voix redevient normale)*** j'me suis dit bon ben j'écoute plus l'urologue, c'est fini, c'est bon y a un moment il faut... et il a pu terminer ses jours un peu plus dignement qu'à la "structure associative", avec les cafards et les punaises ».

MGsd 8 : « de la compassion aussi, c'est d'essayer de soulager leurs maux, leurs difficultés, leur vécu quoi. »

MGsd 7 : « c'est une situation d'impuissance médicale où tu ne peux pas l'aider sur le fond du problème » […] « nous on vous donne tout ce qu'on peut vous donner dans le cadre de la PASS, vous recevoir régulièrement, faire les prises de sang, tout ce qui est technique et finançable on le fait, c'est le genre de personne que tu reçois plus facilement entre deux, dans le cadre de l'urgence […] j'essaie de rassembler au maximum de choses que je peux faire pour elle ».

- **Émotions, ressentis et affects autour de l'examen clinique et la rédaction de certificat**

Dans le cadre d'une démarche administrative, lorsque le patient souhaite faire attester des lésions physiques, le moment du récit de vie est suivi d'un examen clinique minutieux et précis et de la rédaction d'un certificat médical. Il s'agit d'un temps complexe pour le patient et le médecin. A côté des difficultés émotionnelles associées au récit de vie traumatique qui se doit d'être détaillé, les médecins décrivaient une appréhension et un malaise au moment de la découverte des marques corporelles, ainsi qu'un inconfort au moment de la rédaction du document légal.

APPRÉHENSION

MGsd 1 : « le récit était décalé avec la plainte médicale heureusement et donc il n'y a pas eu besoin d'un examen physique heu... il n'avait pas de signes urinaires, pas de signes douloureux, il avait juste une crainte pour sa fertilité et y avait pas de danger en fait par rapport à ce qu'il avait vécu. Y avait tout un tas d'autres problématiques qui étaient reliés mais il n'y avait pas celle-là, du coup heu... non [il n'y avait pas de nécessité d'un examen clinique]. HEUREUSEMENT ***(insiste sur le mot, sourire)*** […] Je ne sais pas si je me serais sentie, je pense si un examen physique avait été nécessaire ».

MGsd 4 : « y avait de l'anxiété parce qu'après je savais que je devais l'examiner et du coup ça m'a... enfin je me suis dit "houlàlà comment je vais faire" […] c'est des trucs super précis où je mesure chaque cicatrice […] ça va être très long, je vais tout mesurer, j'ai besoin de beaucoup de détails pour dire que ces cicatrices sont en rapport avec leur histoire ».

MALAISE/ INCONFORT

MGsd 4 : « et c'est vrai que je n'étais vraiment pas à l'aise avec ça, donc savoir que j'allais me retrouver toute seule parce on était 3, donc j'allais me retrouver toute seule après avec elle, a la mettre en sous-vêtements et à devoir tout regarder, donc y avait ça aussi heu..... (***Silence***) […]

c’est vrai que ça m’a émue de le faire et au moment de la consultation je ne me suis pas épanchée sur cette émotion-là pour avoir le temps de lui expliquer tout ce qui allait lui arriver ».
MGsd 3 : « Quelquefois j'ai fait des certificats qui relataient un petit peu leur parcours et leurs antécédents au niveau des blessures ou des souffrances ou des tortures qu'ils avaient eues dans leur pays et tout au long de leur périple et là c'est vrai que quand tu lis leurs histoires t'es beaucoup plus impacté […] quand tu vois un patient qui te montre une cicatrice par balle ou des cicatrices de... à un moment ils avaient été fouettés avec des câbles électriques ».
MGsd 4 : « c'est des moments où heu là par contre je suis très concentrée parce que moi je ne sais pas faire 2 choses en même temps, je suis très concentrée sur mon ordinateur et où je pense qu'ils nous regardent en se disant "mais qu'est-ce qu'elle raconte autant" ».

- **Émotions, affects et ressentis autour des conditions de vie des patients exilés**

La majorité des patients qui sont reçus dans les structures dédiées est en situation de grande précarité ; les conditions de vie associées dans ce contexte de précarité sociale sont décrites comme difficiles pour les personnes et bien connues par les médecins et peuvent induire un sentiment d’impuissance décrit par les MGsd.

IMPUISSANCE

MGsd 7 : « Donc là la dame c'est... en plus y a un gros souci d'hébergement derrière, donc elle est beaucoup en demande par rapport à ça, là on a fait une demande ce qu'on appelle les lits LHSS pour essayer d'améliorer sa situation personnelle mais bon ça fait déjà 2 mois et demi que ça a été demandé et c'est des délais super longs ».
MGsd 7 : « je ne sais pas peut-être 9 fois sur 10 au dernier moment t'as un tiroir qui va s'ouvrir et on va te poser une question, quelque chose qui sort de ton... soit qui sort de ton domaine de compétences, […] pour lequel on n'a pas beaucoup de choses à leur proposer et t'as très très souvent une consultation complexe et très souvent un sentiment quand même de... de pas pouvoir régler tous les problèmes qui en ressortent à la fin de la consultation ».
MGsd 6 : à la "structure d’hébergement", avec les cafards et les punaises […] ce n’est quand même pas un accueil chaleureux ni un endroit très chaleureux donc j'imagine qu’être là-dedans on n'a pas du tout envie. Enfin, ceux qui veulent rester, ils passent par des galères, et malheureusement ils restent parce qu'ils n'ont pas d'autres choix, parce qu’ils veulent rester essayer de trouver un boulot donc ils restent en tenant ».

Par ailleurs, l'instabilité spatio-temporelle en lien avec la situation d'exil et de précarité des patients pouvait limiter leur accès aux soins, pouvant générer une frustration chez les médecins. La majorité des médecins concevaient les « perdus de vue » comme une part inhérente de leur pratique et déclaraient l'accepter. Parfois, les conditions de vie des patients s'améliorent. Cette progression dans leur niveau de vie était source de soulagement et de joie pour le médecin et les patients.

ACCEPTATION

MGsd 6 : « les perdus de vue ben malheureusement ça fait partie de leur exil et de leur voyage, enfin pas vraiment voyage mais... de leur traversée on va dire, donc ça après on comprend, enfin moi je me dis "bon c'est peut-être pour un mieux et tant mieux". On ne pense pas trop au pire ».

MGsd 2 : « Ah ça c'est obligatoire de toute façon, si tu ne travailles pas avec des exilés ***(à très basse voix)*** ».

MGsd 4 : « A la "structure" déjà quand ils reviennent on est contents (***rire de toutes les 2***). Quand ils reviennent à un rendez-vous proposé on est contents ».

MGsd 7 : « ce fait d'avoir des gens qui ne vivent jamais au même endroit, qui vivent soit dans la rue, qui changent sans arrêt d'adresse, c'est très compliqué aussi pour les fixer dans le temps, de leur donner des rendez-vous, y a toujours un peu cette peur que l'info ne soit pas bien passée, qu'ils ne reviennent pas, qu'ils aient pas compris ta prochaine convocation. Y a une espèce de fragilité générale sur leur emploi du temps, essayer de... ben c'est une population qui est de toute façon moins fiable entre guillemets, pas de manière dépréciative, mais sur laquelle tu peux un peu moins compter de toute façon, tu sais qu'il va falloir expliquer les choses plusieurs fois, et qu'y aura des ratés, justement je pense que tous les ratés font partie du métier vraiment quoi.

FRUSTRATION

MGsd 3 : « T'as pas de suivi donc les papiers que t'as fait par exemple, j'ai dû faire 4 ou 5 certificats pour qu'ils obtiennent leur permis de séjour ou des choses comme ça, pour l'instant tu sais pas si ce que t'as écrit, si ce que t'as relaté, si les détails et les constats que tu as faits, si ça a servi à quelque chose ou pas bon, peut-être que c'est encore trop tôt peut-être qu'il faut plus de temps, c'est souvent long ces papiers à obtenir mais heu je sais pas donc c'est un peu compliqué quand même. Un peu compliqué ».

MGsd 2 : « Donc le compliqué heu logistiquement, l'accessibilité spatio-temporelle heu elle

n’est pas facile pour tous nos partenaires, et quand je dis partenaires c'est le laboratoire, la radio, la médecine ».

SOULAGEMENT, CONTENTEMENT

MGsd 4 : « C’est des petites victoires sur l’amélioration des conditions de vie d’un patient où on fait un grand OUF en même temps que le patient, ça c’est assez fort déjà ».
MGsd 6 : « heu moi j'aime bien les voir, les revoir parce que, lui par exemple j’ai suivi un peu sa consolidation, j'étais contente pour lui, bon après il est parti du foyer, il a réussi à trouver un appartement, on est content enfin, c'est vrai, ils évoluent, c'est bien ! ».
MGsd 5 : « de la joie de temps en temps quand une chose se passe heu..... Notamment quand il y a une résolution de problème médical ou dans la vie du patient ».
MGsd 3 : « Après tu peux avoir de la joie aussi ».

I. 1. A – Synthèse des émotions autour de l’accueil de l’histoire et les spécificités pratiques des consultations :

Le moment de la consultation est riche en émotions pour le médecin confronté aux récits de vie marquants de l’expérience traumatique des patients exilés. Le contexte codifié de l’accès au soin des patients exilés pèse sur la possibilité de soins perçue par le médecin généraliste les prenant en charge. L’expression d’affects « difficiles » prédominent, gouvernés par le sentiment d’impuissance et d’injustice. Face à ces situations le médecin exprime principalement de l’empathie et de la compassion pour les patients qu’il rencontre.

II. 1. B – Précarité et transculturalité : une rencontre source d’enrichissement nécessitant un cadre de travail propice

Dans ce paragraphe sont développés les émotions, affects et ressentis exprimés par les MGsd en rapport avec leur cadre d’exercice, à savoir : les conditions de travail dans lesquels ils exercent et les champs d’action de leur pratique, soit la médecine transculturelle et le soin des personnes en situation de précarité.

- **Émotions, affects et ressentis liés aux conditions d'exercice du MGsd**

Les conditions d'exercice spécifiquement relevées par les MGsd qui suscitaient l'expression d'émotions chez eux étaient :

- L'accès et l'utilisation d'un moyen d'interprétariat ;
- L'exercice en équipe pluridisciplinaire et l'accès à un réseau de professionnels ;
- Les moyens disponibles et le cadre économique qui conditionnaient les possibilités de prise en charge ;
- Le cadre juridique associé à leurs possibilités de prise en charge.

a) *Interprétariat*

La barrière de la langue a pu être citée comme complexifiant parfois les consultations avec les patients exilés. Cependant, les médecins avaient majoritairement accès à un interprétariat téléphonique dans leur structure d'exercice, ce qu'ils considéraient comme essentiel à leur pratique. Cependant, ils décrivaient d'autres difficultés en rapport avec l'utilisation de cet interprétariat : la communication non verbale, le côté émotionnel et relationnel de la consultation pouvait être présenté comme inconfortable à gérer. En effet cet interlocuteur est une troisième personne s'invitant dans la relation thérapeutique, alors que les patients ont parfois des choses intimes à partager, ce qui est à l'origine d'un inconfort pour les médecins.

BESOIN/MANQUE, INCONFORT

MGsd 2 : « la famille de géorgiens avec la fille de 9 ans qui a vu sa mère se faire violer et qui m'a raconté, qui avait vu 3 médecins différents et 5 consultations pour une énurésie secondaire et..... ça n'a pas été dépisté […] Intervieweur : et pourquoi ça n'a pas été dépisté selon toi ? MGsd 2 : L'interprétariat… (***silence, il tapote son stylo sur le bureau***). Moi j'ai utilisé ça. Je suis sûr que si les médecins avaient utilisé un interprète, il aurait posé la question. Enfin j'en suis sûr, je n'en suis pas sûr mais j'en suis persuadé ». MGsd 4 : « c'était une position dans laquelle je n'étais pas à l'aise ***(croise les bras)***. On n'avait pas réussi à avoir d'interprète physique alors que ça aurait été beaucoup mieux de l'avoir car je sais que la psychologue, elle fonctionne qu'avec l'interprète physique » ; « on a pris l'interprétariat téléphonique et en fait moi je n'ai pas pensé à demander si on pouvait avoir un interprète en particulier et la psychologue me dit "on aurait dû demander que ce soit une femme". Et donc on a eu un homme au téléphone la psychologue m'a fait finalement raccrocher » ; « J'allais faire un certificat pour la CNDA parce qu'elle avait déjà été refusée à l'Ofpra parce qu'elle avait eu un interprète masculin à l' Ofpra donc elle avait pas réussi à parler».

MGsd 1 : « heu.... Je ne dirais pas que c'est le fait qu'ils soient, que les personnes soient exilées qui est plus complexe, c'est plutôt la barrière de la langue et l'utilisation d'"interprétariat téléphonique" qui rend les consultations complexes ».
MGsd 7 : « C'est hyper spécifique alors après on a... chaque poste de travail est spécifique, y a toujours une adaptation mais là on est dans une population qui est vraiment particulière. Déjà t'as la barrière de la langue qui est plus marquée que partout ailleurs donc c'est ouais, savoir gérer justement des consultations complexes avec beaucoup d'émotionnel quand tu passes par un système d'interprète au téléphone, c'est aussi quelque chose de très difficile ».
MGsd 8 : « du fait de la barrière linguistique, ça ne pouvaient pas être verbaliser et donc le temps avec la psychologue qui va essayer de se débrouiller soit un traducteur qu'elle pouvait prendre de temps en temps soit par le Net avec un logiciel de traduction ».

b) *Travail pluridisciplinaire et réseau*

Les médecins travaillent dans des structures pluridisciplinaires, contenant à minima un service social. Ils entretiennent par ailleurs des contacts privilégiés avec le réseau de soutien extérieur, ce qu'ils considèrent comme source de satisfaction et un atout majeur. Cependant, confrontés de façon récurrente à des troubles psychiques voire psychiatriques chez les patients, ils estiment qu'il est nécessaire d'adresser fréquemment ces derniers à des spécialistes du domaine. Cependant, les relais sont décrits comme limités en nombre et en moyens et les délais d'attente longs, ce qui était parfois source de difficulté pour les patients et d'inconfort pour les médecins.

INTÉRÊT, SATISFACTION

MGsd 4 : « on a une super équipe qui est très motivée et du coup c'est très intéressant d'avoir les regards croisés entre l'assistante sociale, avec son expérience à elle en plus dans le milieu justement de la précarité et de l'immigration, l'infirmière […] C 'est ça qui est chouette avec cette équipe-là et aussi je peux avoir une aide pour la patiente en le racontant. En général je demande aux patients s'ils sont d'accord que j'en parle avec les autres membres de l'équipe ».
MGsd 5 : Et le réseau il va te permettre justement de réguler ce... réguler tes limites en fait et tes limites elles sont aussi émotionnelles. Parce que, parce que ben t'es... si tu ne veux pas être en burn-out il faut savoir dire non et savoir dire non c'est heu savoir dire non à soi-même. Dire "je ne suis pas capable de suivre quelqu'un que je ne pourrai pas soigner totalement" ou qui a besoin d'une assistante sociale aussi, ou qui a besoin d'un psychologue aussi ou qui a besoin d'un logement un peu pérennisé, ou qui a besoin… ».
MGsd 1 : « On travaille en binôme avec les assistants sociaux et on travaille à la fois sur

l'ouverture des droits et sur le soin […] On partage beaucoup mais on va partager plus sur heu... les problèmes de comportement de patients qui nous heurtent ».

MGsd 2 : « je préfère parce qu'on est plus ouverts, on est avec d'autres partenaires etc, ce n'est pas trop fermé, j'ai l'impression qu'on a plus les moyens de faire des choses ».

MGsd 6 : « on est toujours accompagné d'une infirmière avec nous. Entre autres pour la traduction parce que c'est souvent des personnes d'origine maghrébine qui viennent consulter et elle, elle parlait arabe donc elle venait tout le temps avec nous ».

MGsd 7 : « après ce qui est particulier ici c'est aussi une structure empathique en fait de manière générale. T'as tout un... c'est comme un petit univers qui est quand même assez différent du reste de l'hôpital, de ce qu'on peut… du contact qu'on peut avoir avec les urgences, avec les services ».

BESOIN/MANQUE, INCONFORT

MGsd 8 : « la nécessité ***(il élève un peu la voix)*** du psychologue parce que tous les migrants, ont tous subi un choc ***(il insiste sur le mot en élevant la voix)*** émotionnel intense, intense ***(les 2 mots sont dit avec une voix + forte)*** parce que il va pas dire à moi ce qu'il va dire au psychologue, ce qu'il va dire à l'assistante sociale ».

MGsd 5 : « déjà je vais essayer de le soigner de son état stress post-traumatique, après je suis généraliste je suis pas psychiatre, je suis pas psychologue, je suis pas psychanalyste, je suis pas spécialiste des états de stress post-traumatiques, donc déjà là aussi y a un inconfort émotionnel qui est lié aussi au déficit de connaissances pro ou scientifiques que tu peux avoir ».

MGsd 4 : « […] Il y a des mots qui sont plus simples : le stress, le cauchemar, ça c'est des mots plus simples pour dire qu'il y a des gens en souffrance. Après, moi je suis pas experte là-dedans et j'adresse aux professionnels qui sont plus à même de travailler ça avec eux. J'adresse très très souvent » ; « Ce n'est pas toujours facile parce que c'est dommage, ils sont complètement débordés et les "structures de soins psychiatriques" sont sursaturées donc ce n'est pas facile mais "X" les accompagne, même 2 mois plus tard, mais au moins ils voient quelqu'un et ils n'oublient pas les rendez-vous par ce que "X" va les amener. Ce n'est pas évident, c'est pas une orientation réactive, c'est pas "allô j'ai un patient qui a besoin et on l'amène" non, c'est pas ça, mais on y arrive à force d'insister ».

c) *Cadre économique*

Les structures dans lesquelles exercent les médecins interrogés sont majoritairement financées par des financements publics. Ainsi, les budgets alloués à la santé des personnes en situation de précarité ou de migration et les réformes politiques autour de ce domaine peuvent impacter directement les praticiens, à travers les bénéfices perdus des patients. Certains médecins s'exprimaient sur ce thème, confiant leurs sentiments de colère, tristesse, découragement face à la sensation de ne pas pouvoir faire leur travail de façon qui les satisferait.

DÉCOURAGEMENT, TRISTESSE, COLÈRE

MGsd 5 : « après il peut y avoir, dans un cadre qui est en dehors de la rencontre du patient, des colères, des tristesses aussi sur ton environnement de travail, c'est-à-dire que si t'as pas les moyens de faire ton travail tu peux aussi être en colère et triste ». MGsd 8 : « malheureusement notre directeur de finances nous a dit "mais nous n'avons pas de subventions pour pouvoir établir une journée de consultations" d'une part et deuxièmement il avait avancé que ce serait une discrimination de créer une filaire de consultation […] Les Gilets Jaunes sont pour le gouvernement ce que les blouses blanches sont pour notre hiérarchie administrative. Un ensemble vide. Voilà ***(la voix est toujours basse)*** » ; « Et l'histoire d'arrêter notre financement, d'arrêter ceci, d'arrêter cela dans notre élan ça ne m'affecte pas non plus. Ça ne m'affecte pas parce que je suis un peu découragé, je suis arrivé au bout du rouleau en fait, je suis en fin de carrière et je m'aperçois que, en fin de carrière, pendant toute ma carrière je me suis battu pour avoir ceci, pour avoir cela, pour du social, pour...et heu... ça ne sert à rien. Je vais mourir, peut-être au bout de 20 ans, peut-être demain ou après-demain, RIEN ***(il insiste sur ce mot)*** ne change, et ne changera ». MGsd 6 : « il m'a fait "Aaaaah c'est ça la structure? " ***(rire)*** et du coup il m'a dit "non mais c'est horrible" ».

Cependant, en comparaison de l'exercice en cabinet de Médecine Générale ambulatoire pour les médecins qui y ont été également confrontés, exercer dans une structure en tant que salarié - avoir plus de temps et de moyens humains autour de chaque consultation était décrit une source de satisfaction.

SATISFACTION

MGsd 4 : « Bizarrement je dirais qu'elles sont plus faciles que les autres parce que j'ai oublié de préciser que je suis à mi-temps. Du coup donc j'ai aussi une activité de médecin libéral en cabinet et c'est vrai qu'ici j'ai 1 heure par patient, je suis entourée, j'ai l'interprétariat et donc les consultations se passent beaucoup mieux. […] j'ai un confort de travail heu (***silence***) vraiment incomparable avec le libéral ».

d) *Cadre juridique et administratif*

L'exercice en structure des MGsd renvoie au soin médical mais également à la gestion du cadre juridique entourant les prises en charges (PEC). Nous avons vu les sentiments d'impuissance et d'injustice qui étaient associés aux possibilités de soins perçues face aux conditions d'accès aux soins des patients. Cependant, la position des MGsd était également décrite comme celle de rédacteur de certificats médicaux conditionnant potentiellement un accord ou un refus - de soins ou d'hébergement - pour les patients. Ils pouvaient parfois être également les messagers de cette réponse. Ils incarnent alors tout un fonctionnement du système de santé, posture que les médecins décrivaient comme inconfortable et déplaisante. Ils exprimaient également ressentir une injustice à ce statut de responsable apparent.

SENTIMENT D'INJUSTICE, IMPUISSANCE, INCONFORT

MGsd 7 : « Au début on pensait que ça serait plus simple et on lui a fait pas mal de promesses en lui disant "voilà c'est une question de temps on pourra vous ouvrir les droits après vous serez soignée comme tout le monde en France" et plus la situation avance et plus on est dans l'échec […] donc là elle s'imaginait que ça y est c'était la fin des tourments on va dire. Et à chaque fois que je la vois c'est une espèce de monté en puissance crescendo de la détresse […] c'est vraiment des gens qui remettent un peu leur destin entre tes mains, des fois qui te supplient qui te disent "mais faites quelque chose" […] Ça, c'est hyper difficile à... à intégrer pour toi-même ».
MGsd 6 : « Parce qu'on n'a pas envie d'être dans cette posture de choix et de dire "non vous allez dormir dehors" alors qu'on sait que ce n'est pas vivable mais bon on n'a pas le choix ***(à peine audible)***. Et donc là des fois je réagis un peu plus fermement mais c'est difficile parce qu'on sait qu'ils sont dans une situation horrible et du coup leur dire "non, ben non il va falloir rappeler demain", ils disent "oui mais je vais dormir dans la rue", "ben oui mais va falloir" voilà ça c'est difficile […] ces situations-là ou malheureusement il faut être un peu plus... un peu plus... ferme on va dire, c'est un peu plus compliqué du coup ».

MGsd 2 : « Tu vois mercredi c'était dur pour moi […] j'ai eu un guinéen qui est en train de s'énerver contre tout le monde parce qu'il pète un plomb contre le système de santé, parce qu'il ne comprend pas les médicaments pas remboursés ou remboursés, la carte vitale, pas la carte vitale ***(dit sur un ton agacé)*** ».
MGsd 8 : « les politiques qui utilisent ce genre de situation. Mais nous, les petites mains, on ne peut rien faire. Et c'est pour cela que je suis très pessimiste ***(la voix est plus basse)*** sur l'avenir et la prise en charge des patients que ce soit en milieu extérieur des villes et a fortiori à l'hôpital, puisque de toute façon personne nous écoute ».
MGsd 5 : « là où on est à la frontière de nos connaissances. En fait on va devoir appliquer nos connaissances médicales à des dérogations juridiques, faire des certificats, ce qui est complètement paralysant dans notre métier, savoir certifier sauf qu'on n'est pas formé du tout à le faire, savoir où on met les limites par exemple ».
MGsd 4 : « donc heu elle est bientôt sans papiers (***la voix a une intonation plus faible***), sans solution (***faible intonation***) (***silence***) […] mais elle est vraiment en demande qu'on l'aide. Donc là dernièrement on lui a dit qu'on est obligé d'attendre qu'elle soit carrément en OQTF… pour pouvoir après l'envoyer à la CIMADE faire des démarches. […] et y a une sœur qui nous a contactés en disant "mais pourquoi vous lui avez dit ça, c'est pas normal" ».
(OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français)

- **Des affects liés au champs d'action transculturel et à la situation de précarité**

L'exercice auprès des patients exilés implique une dimension transculturelle de la consultation ; Dans ce contexte, les médecins exprimaient un intérêt intellectuel à découvrir un champ de la médecine et de la vie quotidienne qu'ils connaissent peu personnellement et professionnellement. Cet aspect des consultations était décrit comme enrichissant d'un point de vue humain par les MGsd.

INTÉRÊT INTELLECTUEL ET SENTIMENT D'ENRICHISSEMENT

MGsd 1 : « je ne trouve pas que l'aspect "exil" complexifie tellement la prise en charge, je trouve même qu'elle enrichit en fait la relation et la réflexion médicale. C'est plutôt presque… c'est bizarre de dire ça mais c'est presque un plus ***(Rire de toutes les 2)*** » ; « Et... voilà, il y a une espèce d'aller-retour qui se fait qui est très satisfaisant ».
MGsd 6 : « ce n'est pas forcément des pathologies qu'on connaît en France, des pathologies habituelles qu'on a l'habitude de voir, ensuite il y a tout le problème de l'exil et de la charge

émotionnelle. Et du côté émotionnel pour eux, du côté voir psychiatrique pour certains, des chocs post-traumatiques tout ça, donc oui c'est plus complexe que... Mais c'est plus riche aussi hein d'échanges et de... et de... d'intérêt on va dire, pour moi ».

MGsd 7 : « ce sont des découvertes aussi culturelles au-delà de l'aspect médical sur la façon de vivre dans les pays d'origine, les accès au soin, la place de la famille aussi, de l'entourage, qui est quand même très différent selon les cultures ***(Silence. Il réfléchit)*** ».

MGsd 4 : « c'est intéressant, et puis ce sont quand même des suivis particuliers, y a beaucoup de prises en charge psychologique donc on partage plus, donc c'est vrai que c'est intéressant de voir l'évolution aussi du psychologique ».

- **Des affects liés au champ d'action auprès des patients grands précaires**

Le contexte de consultation en structure dédiées concerne principalement un public en conditions de grande précarité. Les médecins exprimaient un sentiment de plaisir à travailler auprès de ce public. Par l'exercice auprès des patients exilés dans ce contexte, ils décrivaient un intérêt intellectuel issu de la nécessité d'adaptation. Quand ils estimaient avoir mené une prise en charge adaptée - ciblant des objectifs visant à améliorer l'accès aux soins - les médecins déclaraient se sentir gratifiés d'un sentiment d'utilité, participant à leur épanouissement professionnel et leur enrichissement personnel.

PLAISIR

MGsd 2 : « après y a la notion de plaisir aussi, c'est important de le dire je pense, c'est-à-dire que je suis là parce que ça me fait plaisir d'être là, j'ai envie d'être là, et je suis trop content de ce que je fais, je ne me vois pas faire autre chose ».

MGsd 6 : « Après c'est... on ne peut pas obliger quelqu'un à être sensible à ce genre de public. Je pense que malheureusement il faut quand même aimer ça sinon ça se ressent. Intervieweur : et toi t'aimes ça ? MGsd 6 : ah ouais ! J'adore ça ! ***(rires de toutes les 2)*** ».

MGsd 4 : « Ça me plaît ouais ! c'est très chouette ! ».

MGsd 5 : « oui, parce que ça demande un effort et non, parce que ça.... ça t'apporte un plaisir ! C'est la balance heu... ça t'apporte un plaisir. […].

ÉPANOUISSEMENT PROFESSIONNEL ET ENRICHISSEMENT PERSONNEL

MGsd 1 : « Et ouais c'était très... très bénéfique pour moi » ; « C'était indispensable et très enrichissant. Je crois que c'est la meilleure chose qui me soit arrivée ***(sourire)*** dans ma vie de médecin de devoir m'adapter parce que je pense que la posture que j'avais au départ elle ne pouvait absolument pas fonctionner avec cette population ».

MGsd 5 : « Qui est un plus, un apport après aussi personnel, de l'épanouissement professionnel que ça t'amène et te donne une part de ton épanouissement personnel ».

MGsd 7 : « Ben je pense qu'il y a un mélange de... d'envie d'accomplissement par rapport à ça, d'être un peu complet en tant que médecin, de toucher tout le monde ».

MGsd 2 : « j'ai trouvé certaines réponses, j'ai trouvé des questions sans réponses, et j'ai compris, que c'était mieux d'avoir des questions et de les laisser en suspens ».

MGsd 3 : « dans le cadre de l'épanouissement professionnel et personnel c'est justement qu'on ressent cette émotion, ne serait-ce qu'un plaisir à apporter son aide ».

II. 1. B – Synthèse : Précarité et transculturalité : une rencontre source d'enrichissement nécessitant un cadre de travail propice

La prise en charge des patients exilés et grands précaires était expliquée avant tout comme une rencontre qui nécessite des adaptations par les MGsd. Les champs d'exercice qu'elle concerne – précarité et situation transculturelle – étaient décrits comme une source professionnelle de plaisir et d'enrichissement pour le médecin. Ils sont amenés à recevoir les patients aux seins de structures publiques ou associatives, aux financements limités, parfois dans des conditions qu'ils estimaient insuffisantes voire décourageantes. Dans ce contexte de soin encadré et multi-réglementé, les médecins expliquaient endosser une posture juridique pouvant influer sur les conditions de vie des patients. Celle-ci étant décrite comme source d'inconfort et d'injustice par procuration. Les conditions d'exercices comparées à celles du libéral pour les médecins connaissant les deux types de pratiques, étaient décrites comme satisfaisantes

II. 1. C – Motivations et expériences déterminantes dans l'implication des médecins : vers un engagement professionnel

Les éléments qui étaient présentés par les MGsd comme influant sur le sentiment d'implication éprouvé dans leur pratique quotidienne, étaient aussi décrits comme impactant sur leur

expérience émotionnelle dans le contexte. En effet, à travers leur parcours jusqu'à leur expérience professionnelle actuelle, ils confiaient ce qui leur semblait déterminant dans leur trajectoire professionnelle et confortant leur pratique. Les éléments décrits par les MGsd et qui sont présentés dans ces résultats faisaient partie : de leur histoire personnelle, des expériences professionnelles passées avec des patients exilés et précaires, de la volonté de poursuivre d'un profil professionnel caractéristique, mis en lien avec le sens qu'ils estimaient donner à leur pratique.

- **Éléments déterminants pour la pratique dans l'histoire personnelle des MGsd**

Ces éléments étaient identifiés par les médecins qui ont évoqué la notion de « sensibilité » à la précarité. Ainsi pour certains MGsd, leur éducation familiale et l'environnement dans lequel ils ont évolué au cours de leur enfance, décrits comme une expérience de confrontation personnelle aux difficultés rencontrées par les personnes précaires ou migrantes, auraient été déterminants. De la même façon, ils abordaient leurs origines et leur lien personnel avec la notion d'exil comme ayant un lien potentiel avec leur parcours professionnel. Certains médecins ont donné des précisions sur leur milieu socio-économique.

RACINES ÉDUCATIONNELLES SENSIBILISANTES

MGsd 6 : « Après j'ai toujours heu... été sensible, été éduquée, je ne sais pas heu...à la misère […] c'est mon éducation parce que mon père déjà travaillait... […] on accueillait des familles de géorgiens sans papiers pour les héberger déjà et il faisait enfin, il contactait le Préfet pour régulariser les personnes puisqu'il avait des contacts avec le Préfet, donc c'était déjà depuis toute petite ***(rire)*** et puis après bon ma mère travaille dans le social, mon père aussi » ; « Moi je pense que l'éducation fait beaucoup hein. Si tes parents ne t'ont jamais dit "le pauvre, il est dans la rue, il souffre" t'en a peur de ce monsieur qui fait la manche et qui demande de l'argent ». MGsd 2 : « Et que mon père est dans le social, il est Directeur d'un foyer et que ma mère a toujours eu aussi des engagements aussi un peu politiques, on va dire ça comme ça ». MGsd 8 : « En fait c'est une question d'éducation. C'est une question heu… d'éthique. C'est une question personnelle ». MGsd 5 : « certains des enseignements que j'ai pu avoir en tant qu'enfant et que... et que du coup, là on parle de convictions qui trouvent leur source dans une construction personnelle qui font que la précarité pour moi... c'est quelque chose qu'il faut combattre ».

ORIGINE OU LIEN PERSONNEL AVEC LE CONTEXTE D'EXIL

MGsd 5 : « peut-être aussi que mes origines... font que.... je considère ce... ce milieu précaire comme quelque chose qui a avoir avec certaines...en dehors des racines il y a aussi […] ».
MGsd 6 : « j'ai fait ma thèse sur les patients exilés Russophones vu que je suis moi-même bilingue » ; « aussi je suis mariée avec un algérien […] c'est vrai que je lui racontais comme lui il était aussi exilé, entre guillemets, un peu moins exilé quand même hein ».
MGsd 2 : « ce que je crois c'est qu'il y a aussi une part de transmissions des..... des aînés heu..... Moi en tout cas c'est sûr, voilà, heu... parce que mon grand-père il a été exilé. Mes grands-parents du côté de mon père ont été exilés et du coup, enfin exilés, ils n'étaient pas demandeurs d'asile mais ils sont, voilà heu… ».
MGsd 8 : « Si on me demande pourquoi je fais ça, je vous dis que dans mon passé que je connais pas mais peut-être que c'est dans mon subconscient. Peut-être que dans ma position où je suis, français d'origine étrangère […] mes parents sont partis du Vietnam alors qu'ils étaient français au Vietnam, comme les personnes d'Algérie françaises qui vont aller en France, ce sont des français mais qui ont migré, qui sont revenues en France et qui ont été parquées, parce que nous avons été parqués. Dans des camps, ou ça a été la misère, j'ai encore des photos où c'était vraiment la misère ».

MILIEU SOCIO-ÉCONOMIQUE

MGsd 1 : « je n'avais pas besoin de... de faire de la Médecine pour gagner ma vie ».
MGsd 2 : Même si je considère avoir été élevé dans un cadre heu... très conf… enfin confortable mais pas loin du heu.... D'un environnement précaire où au moins j'aurais été heu... témoin […] sans y être, quoiqu'après y a différents types de précarité ».
MGsd 3 : « je viens ici bénévolement. […] puis surtout je n'en ai pas besoin pour vivre quoi ».

- **Rôle de la confrontation professionnelle observée par les MGsd dans l'élaboration de leur projet professionnel**

Dans leur cheminement professionnel, certains médecins décrivaient leur début dans la structure comme relevant du hasard, d'autre décrivaient un projet d'orientation professionnelle à plus ou moins long terme, destiné à répondre à leurs attentes professionnelles,, et que l'expérience dans la structure avait confortée. Par ailleurs, quelques médecins s'étaient exprimés sur le rôle de la confrontation aux personnes exilées dans leur prise de conscience de

la situation des personnes. Ces éléments étaient également présentés comme un moyen pour les médecins de se connecter à une part de la réalité à laquelle ils n'avaient pas accès dans leur pratique ou leur vie quotidienne.

HASARD

MGsd 1 : « C'est un hasard au départ et je suis devenue médecin bénévole à "structure associative" ».
MGsd 3 : « moi je suis arrivé ici un peu par hasard heu... en fait avec mon épouse on a été à Réseau Éducation sans Frontières. J'ai rencontré un médecin qui venait travailler ici et qui m'a demandé si je voulais venir ».

ORIENTATION

MGsd 2 : « j'ai fait un D.U. Santé Précarité pour heu voilà, j'ai passé un diplôme d'entretien motivationnel, pendant mon internat en gros, j'ai énormément bossé pendant mon concours pour être bien classé pour avoir le choix de l'internat que je voulais faire. Du coup pendant mon internat j'ai été à la PASS, j'ai été en prison, j'ai été en PMI, j'ai été en quartier prioritaire ».
MGsd 4 : « je n'avais pas d'expérience dans la précarité ni dans la psychiatrie mais c'est par contact de personnes que je savais travailler dans ce milieu-là que j'ai eu ce poste ».
MGsd 6 : « puis de la "structure" ensuite j'ai gardé contact avec la Chef de service qui m'avait contactée pour travailler ».

CURIOSITÉ ET CONNEXION A LA RÉALITÉ

MGsd 7 : « C'est aussi qu'on a envie de savoir comment ça se passe, comment vivent tous ces gens-là. Je pense qu'il y a une motivation aussi très heu... ouais qui reste très personnelle, qui n'est pas forcément altruiste mais c'est une envie de... c'est une façon de découvrir le monde aussi je pense, découvrir d'autres manières de vivre. Et ça c'est vraiment ce qu'on voit beaucoup à la "structure" où on découvre tout ce petit monde un peu sous-terrain en fait, tous ces gens qui squattent à droite à gauche, qui se débrouillent... ben qui sont pas du tout dans les codes et les rouages de la société ».
MGsd 5 : « c'est bien de voir des choses différentes quoi […] vers une sorte de conscience de classe si on parle de politique, c'est-à-dire que tu te mets du côté, t'es là au service des gens qui... qui te ressemblent, qui souvent souffrent plus que toi ».

SENSIBILITÉ ET PRATIQUE DE TERRAIN / CONFRONTATION

MGsd 6 : « C'est, c'est difficile à imaginer hein c'est vrai. Même moi avant de travailler à la "structure" d'imaginer autant de traumatismes et de... On entend parler de la Libye, oui la Libye mais c'est loin et c'est que les informations, c'est que ce qu'on nous dit et ce qu'on veut nous dire, quand on est près des humains qui témoignent devant nous c'est vrai ce n'est pas la même chose […] C'est vrai que quand c'est loin, c'est loin et quand c'est devant nous ben on ne peut pas nier la misère et l'horreur en fait. C'est ce que font les gens… ». MGsd 3 : « en fait quand t'es chez toi et même que tu regardes la presse ou tu regardes la télé ou tu écoutes un peu ce qui se passe, tant que t'es pas devant un cas particulier heu t'es pas entre guillemets devant le fait accompli quoi. Quand tu vois un patient qui te montre une cicatrice par balle ou des cicatrices de... je sais plus à un moment ils avaient été fouettés avec des câbles électriques […] forcément par rapport à ce que tu lis dans la presse ou ce que tu écoutes quoi […] t'es pas mis en confrontation avec des cas réels quoi ». MGsd 5 : « Après l'éducation elle est aussi voilà dans ta vie, dans tes... dans tes heu... dans tes heu...dans ton approche de ton métier et dans tes expériences ». MGsd 7 : « j'avais vraiment fait un internat classique. C'est venu un petit peu après au fil du temps quoi […] ça correspondait à une heu... à une interrogation que j'avais depuis un petit moment sur le... justement sur comment se passe le soin des personnes sans droits, des exilés justement...Ben à Mayotte j'avais pas mal rencontré justement de... t'as beaucoup de migrants Comoriens qui arrivent sans situation de droit ».

- **Vers la poursuite d'un profil de pratique commun**

L'un des déterminants essentiels observé par les médecins comme ayant orienté leur pratique et expliquant selon eux leur perception émotionnelle était celui de s'orienter vers une Médecine Générale où la place du relationnel était centrale. Quelques-uns exprimaient aussi le choix d'une pratique bénévole ou institutionnelle. Enfin, leurs motivations à exercer dans ce champ d'action était décrites comme relevant de convictions personnelles qu'ils mettaient au service de leur profession, prenant l'aspect d'engagement professionnel « impliqué ».

a) *Profil de prise en charge relationnelle et personnalisée*

Leur choix pour la pratique actuelle était présenté par les médecins comme un choix pour une médecine plus sociale et globale, qui leur paraissait plus humaine et particulièrement adaptée au domaine émotionnel. Ils évoquaient d'autres champs de la Médecine Générale comme ayant le même profil : soins palliatifs, gériatrie et médecine en contexte de précarité.

SOCIALE

MGsd 6 : « déjà ça m'a aussi permis d'être un peu dans le social et puis la médecine je la voyais plutôt dans cette orientation-là plutôt que vraiment médical pur ».

MGsd4 : « j'avais envie d'un travail un peu plus heu social […] c'est une prise en charge qui est beaucoup plus globale et qui me correspond plus que finalement en médecine libérale ».

ÉMOTIONNELLE ET GLOBALE

MGsd 8 : « Ce qui est important, c'est la conception de la vie de chacun, dans son élément global, holistique. Holistique plus que global. Dans un sens social professionnel, économique, politique, spirituel, familial, tout ça qui m'intéresse […] à partir du migrant, on remet en cause notre façon de... de prendre en charge nos patients et à partir du migrant heu... de se remettre en cause et à partir du migrant heu voir est-ce qu'on est vrai et authentique ».

MGsd 5 : « Donc aller vers l'inconnu c'est aussi aller vers la non-stabilité et la non-stabilité c'est aussi la précarité. C'est-à-dire qu'aller vers la précarité c'est aussi aller chercher l'émotion. […] Mais du coup le protocole il ne peut pas être là parce que justement c'est heu...y a un contexte heu... de rencontre, un contexte temporel pour toi-même aussi et heu...et c'est toute la richesse du monde quand... c'est pour ça qu'on ne pourra jamais faire de médecine robotisée, en tout cas de Médecine Générale robotisée ».

MGsd 4 : « J'ai l'impression qu'il y a eu plus place à l'émotion dans les modules de Médecine Générale. C'est d'ailleurs là où je me suis dit que j'avais bien fait de choisir cette spécialité » ; « et une simple souffrance psychologique ça se retrouve chez beaucoup, beaucoup de patients qui sont en situation de précarité ».

MGsd 7 : « Après ouais je pense que de l'émotion y en a ... on va dire bon c'est un métier qui est déjà particulièrement émotionnel quoi. Le fait de faire de la Médecine Générale, de voir des gens en détresse, la douleur, la souffrance… ».

MGsd 6 : « [le réseau de soins palliatifs] étaient même intéressés on va dire, enfin ils disaient "mais n'hésitez pas à nous appeler s'il y en a d'autres" mais eux aussi ils sont très dans la communication, le psychologique donc c'est vrai que ça leur correspond aussi ».

MGsd 1 : « peut-être la gériatrie aussi parce que tu retrouves vachement ce truc de prise en charge individualisée et c'est ça qui me plaît énormément».

b) *Profil d'exercice*

Dans leur démarche professionnelle, plusieurs médecins avaient fait du bénévolat. Deux médecins évoquaient leur choix institutionnel. L'un correspondait à une volonté d'exercer dans le droit commun institutionnel, en rapport avec des convictions personnelles. Pour l'autre médecin il s'agissait de convenance personnelle.

BÉNÉVOLAT

MGsd 1 : « j'ai d'abord été bénévole à "structure associative" »
MGsd 2 : « du coup j'ai fait des, du bénévolat depuis 18 ans, depuis que j'ai réussi Médecine en fait ».
MGsd 3 « je viens ici bénévolement. Parce que c'est plus dans ma philosophie d'aider les gens bénévolement quand ils sont dans le besoin ».
MGsd 7 : « j'ai travaillé un peu à Médecins du monde dans une antenne qui soignait les SDF ».

EXERCICE DANS UNE STRUCTURE INSTITUTIONNELLE

MGsd 2 : « ce que je voulais c'était heu... c'était être dans les institutions et dans le droit commun donc être à la, enfin l'hôpital c'est une des réponses donc du coup j'ai la "structure hospitalière" ou la "structure", mais la "structure hospitalière" je préfère »
MGsd 1 : « j'aime bien être médecin salarié, ça me plaît ».

c) *Représentations autour des convictions personnelles et un engagement professionnel « impliqué »*

Les représentations autour des convictions personnelles et de l'engagement professionnel que les médecins décrivaient en lien avec leur perception émotionnelle et leur choix pour cette vocation, étaient des éléments apportés par les médecins pour expliquer leurs émotions « positives » tel que l'épanouissement professionnel décrit. Ils expliquaient donner un sens à leur expérience et leur implication professionnelle par la défense et la mise en acte de valeurs à travers leur pratique.

CONVICTIONS ET LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

MGsd 2 : « Je faisais des maraudes pour des gens qui sont sans abris après pendant presque 4 ans j'ai fait des maraudes pour les personnes qui sont en situation de prostitution […] Moi je ne crois pas que pour les patients ce soit mieux d'être pris en charge par 1% de Médecins

Généralistes qui soient des supers médecins des exilés […] je ne sais pas, c'est comme les violences faites aux femmes où tu vois on devra tous être formés aux violences faites aux femmes quoi, tu vois » ; « Ma crise d'ado je l'ai faite sur le monde en gros donc du coup j'ai essayé de trouver des réponses d'engagement de vie […] Je voulais être actif, je voulais me dire que je heu... être dans l'action, dans le vrai ».

MGsd 5 : « du coup, là on parle de convictions qui trouvent leur source dans une construction personnelle qui font que la précarité pour moi n'est pas un... c'est quelque chose qu'il faut combattre […] un épanouissement de ton idée par ta profession, par ton action et donc du coup effectivement c'est voir ce métier comme un métier D'ACTION *(il insiste)* aussi sur une mise en application de certaines idées en dehors, par ta position de... de consult...de consultant ***(il a réfléchit pour dire ce mot)*** consulté quoi ».

MGsd 7 : « Alors qu'est-ce qui a pu être un déclencheur, ben c'était... ben peut-être une... une envie aussi en tant que médecin de... je pense quand on fait de la Médecine Générale y a quand même un côté social qui est toujours assez présent avec... ce truc qui est relié au serment d'Hippocrate : soigner tout le monde, soigner les gens en difficulté finalement on découvre petit à petit qu'il y a toute une partie de la population à laquelle on n'a pas accès qui est dans les circuits médicaux et de soins qui sont parallèles à ce qu'on voit et c'était pour essayer de toucher ça petit à petit ».

MGsd 6 : « je suis sensible aux conditions de soin des personnes migrantes depuis un moment ma thèse a été à ce sujet-là. ».

MGsd 8 : « Il y a quand même un point essentiel, c'est la politique […] « fin 55 enfin dans ces années là, la situation économique française n'était pas non plus mirobolante. Mais si on la compare avec cette situation économique française d'avant et la situation économique française de maintenant avec les migrants, elle n'est pas belle non plus. […] C'est une discrimination […] Ce serait de la maltraitance ».

CONVICTIONS ET SENTIMENT D'UTILITÉ SOCIALE

MGsd 5 : « c'est l'accomplissement dans le combat de principes, de convictions et voilà ! » ; « Convictions professionnelles où je considère que mon épanouissement professionnel passe par heu... le respect de certains principes qui seraient heu..... de considérer d'égal à égal le médecin et son patient […] ».

MGsd 6 : « ça m'aide parce que déjà les gens disent "ah oui faut que tu continues, c'est vraiment bien ce que tu fais", ça c'est vrai que ça... c'est motivant […] et c'est vrai que des fois on a besoin un peu de reconnaissance et c'est plus les autres quand on en parle qui nous l'apporte ».

MGsd 2 : « Ben c'est toujours pareil, c'est compliqué comme question parce que c'est ça quand je te disais, c'est ça pour moi l'objectif, pour moi l'objectif ultime qui n'arrivera pas avant je ne sais pas combien d'année heu.... c'est que le droit commun se transforme pour être adapté pour les exilés. Ça c'est l'objectif à terme » ; « En fait ce qui est important pour moi c'est de trouver du sens à ce que je fais et ce que je vis et ce qui se passe autour de moi » ; « mon but c'est que le droit commun soit adapté à tous les exilés ***(sourire des 2)***. Ça veut dire que tu vas voir n'importe quel médecin généraliste il sait heu il sait comment faire quoi. Du coup mon engagement professionnel ce n'est pas qu'un engagement professionnel ».
MGsd 8 : « je dirais "et pourquoi pas". Si moi je ne le fais pas, toi tu le ferais ? Non. Et l'autre il le ferait ? Non. Alors qui le ferait ? […] ».

Aussi, les médecins expliquaient qu'ils pouvaient avoir un rôle de témoin de l'expérience des patients exilés et certains s'inscrivaient dans une démarche de transmission d'un savoir-faire ou d'une vision variée de la migration que celle connu par leur entourage. Nous avons nommé cette catégorie : rôle de médiateur socio-culturel.

CONVICTION ET RÔLE DE MÉDIATEUR SOCIAL ET CULTUREL

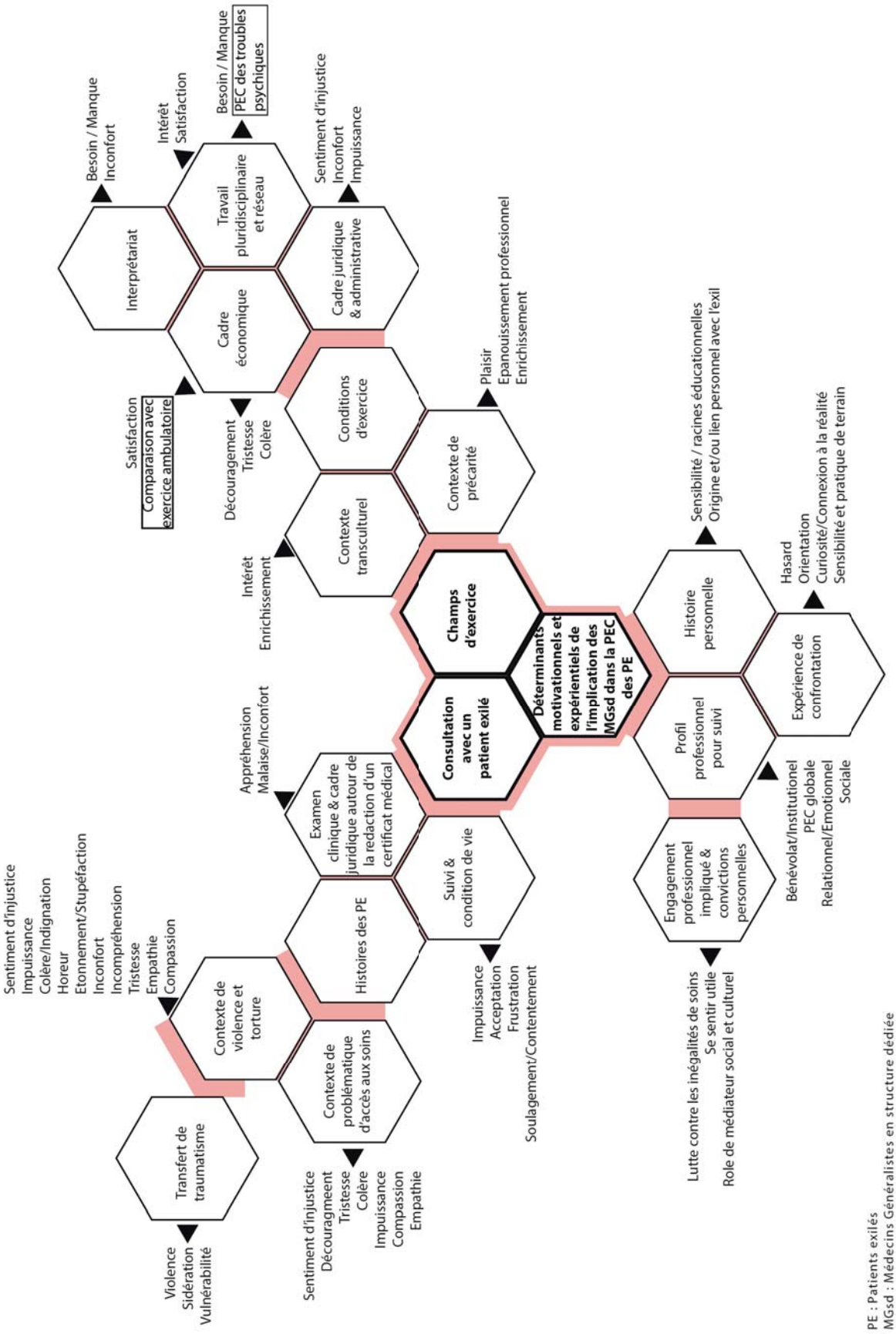
MGsd 5 : « dans une ambition de société aussi où le médecin a sa part comme pour être un enseignant dans une école maternelle, primaire, collège etc dans le système d'éducation et de lien social dans la société qui permet une égalité de tous face à la santé, face au travail, face à toutes les inégalités qui peuvent surgir au quotidien et dont les précaires sont encore plus ***(il force sur sa voix)*** par définition des... des victimes. Voilà ».
MGsd 6 : « après les autres médecins par exemple qui sont mes amis, eux par contre ils sont un peu choqués oui, quand je leur raconte [...] et le fait que moi je leur dise c'est... ça les touche beaucoup plus en fait […] c'est motivant en fait ***(la voix est + forte)*** de voir que même les autres s'y intéressent, ont envie de venir ou reconnaissent ton travail ».
MGsd 2 : « En attendant ***(silence)*** en attendant il est de la responsabilité des personnes soignantes qui ont cette expérience-là et ce savoir théorique-là heummmmm de faire un travail sur ses confrères ».
MGsd 8 : « Je pense quand même qu'à partir de situations difficiles des personnes qu'on prend en charge, on doit quand même bousculer nos tutelles. Même si nos tutelles restent sourdes et aveugles parce qu'elles ont autre chose à faire ».

II. 1. C –Synthèse des motivations et expériences déterminantes dans l'implication

Par leurs retours d'observation sur leur expérience, les médecins identifiaient des déterminants personnels motivationnels et des déterminant expérientiels à leur choix actuel d'exercice auprès des personnes exilées dans ces structures dédiées. Ils ressentaient une implication dans ce champ de la Médecine Générale, décrit comme particulièrement relationnel et holistique par les médecins. L'exercice actuel en structure dédiée correspondait avant tout à un engagement professionnel « impliqué », prolongement de leurs convictions personnelles, et gouvernant le sens qu'ils accordaient à leur pratique.

Pour une vision plus globale de cette première partie, le schéma 1 suivant résume ce premier grand thème correspondant à la catégorie de Peirce 1.

Schéma 1 : Peirce 1 : Perception émotionnelle de l'expérience professionnelle en contexte codifié : entre sentiment d'injustice et poursuite d'un objectif commun



II. 2. Peirce 2 : Place de l'émotion en consultation avec un patient exilé pour les MGsd : vers l'acquisition de compétences relationnelles en situation transculturelle et contexte de précarité

Dans cette partie sont rassemblés les résultats émergeants exprimés par les MGsd pour décrire la place des émotions en consultation avec un patient exilé. En effet, au cours des entretiens les médecins décrivaient plusieurs moments qu'ils identifiés comme nécessaires pour expliquer l'aspect émotionnel des consultations dans ce contexte. Ils sont rapportés selon trois axes retrouvaient dans l'analyse de cette étude. Dans un premier temps, pour accéder à cette expérience émotionnelle, les médecins expliquaient qu'il fallait pouvoir percevoir les émotions qui se dégageaient de la consultation. Ainsi, ils identifiaient des facteurs pouvant limiter l'identification et la compréhension de leurs propres ressentis ainsi que ceux des patients. Le second axe développé ici est l'impact que les médecins décrivaient sur la relation de soin, concrétisant l'existence d'émotions, perçues ou non. En effet, les médecins disaient associer les émotions à une étape de remise en question et à l'appréciation de leurs effets ou conséquences sur la relation thérapeutique dans ce contexte d'exil. Enfin, les médecins déclaraient pouvoir adapter leur posture dans la relation thérapeutique et décrivaient leurs comportements au cours des « moments émotionnels » qui se déroulaient. Cet aspect correspondait à l'utilisation et la mise en acte concrète de leur empathie.

II. 2. A – La perception des émotions par le médecin prenant en compte des représentations

Les médecins expliquaient leur expérience émotionnelle comme passant par un temps de perception des émotions. Celui-ci pouvait être complexe dans le contexte pour divers facteurs.

- **La perception de leurs propres émotions par les MGsd**

La perception, l'accès, l'identification et la compréhension de ses propres émotions, étaient décrits par les médecins comme façonnés par les diverses représentations qu'ils avaient au sujet du rôle et du sens des émotions en Médecine Générale. Celles-ci étaient très variées et nuancées. Par ailleurs des facteurs multiples pouvaient faire varier la perception des émotions d'un moment à l'autre ; ils décrivaient principalement des éléments de vie personnels et le rôle de la confrontation à des situations émotionnelles au cours de leur expérience de consultation.

a) *Perception et représentations autour des émotions*

Les représentations identifiées par les MGsd comme pouvant façonner leur perception des émotions s'exprimaient autour de l'impact potentiel de celles-ci sur eux-mêmes, de leur avis et leur intérêt pour le sujet des émotions, et leur théorie au sujet de la place des émotions en Médecine, perçu à travers l'enseignement pratique qu'ils avaient reçus et leurs ressentis dans les moments où ils exprimaient leurs émotions au patient.

Représentations autour de l'impact des émotions sur le médecin et sur ses capacités professionnelles

Au cours de leur pratique, les émotions étaient perçues comme indispensables pour s'adapter professionnellement ou comme un élément dont il fallait se méfier à titre personnel par le risque l'impact émotionnel qu'il conférait comme à titre professionnel lorsqu'il était perçu comme pouvant altérer la réflexion médicale.

IMPACT SUR LE MÉDECIN ET SES CAPACITÉS PROFESSIONNELLES

MGsd 5 : « Donc effectivement l'émotion fait partie de la médecine et du médecin et…tu es obligé de mettre de l'émotion parce que le patient vient avec de l'émotion. Quand tu vas chez le médecin tu y vas avec de l'émotion. Quand t'es malade t'es soit triste, soit en colère, soit... tu fais la gueule quoi, t'es pas content d'être malade. […] en fait tu viens pour demander de l'aide et déjà ça, ça suscite une émotion ». MGsd 2 : « en fait pour moi la relation avec mon patient, j'essaie d'être dedans. Y a une relation de soin, je ne saurais pas comment la décrire voilà, mais elle implique aussi des émotions. Déjà les émotions sont indispensables voilà ». MGsd 1 : « ça me fait peur […] parce que ça crée quand même une dimension affective qui est assez forte et je me dis que sur le long terme ça pourrait être dur à gérer ». MGsd 3 : « Après, tu ne peux pas tout le temps le faire parce que je pense que c'est un métier quand même difficile où heu... tu es tout le temps en contact avec de l'humain mais de l'humain qui potentiellement est malade et peut développer quelque chose de compliqué. Et gérer du compliqué, la maladie, la mort, on... on se sent... en recevant sans arrêt ce genre d'émotions, je pense que à la fin tu sais, c'est difficile pour toi quand même […] Parce que l'impact, si à chaque fois tu prends la charge émotionnelle que ça peut apporter en... en.... ***(silence)*** en additionnant tous les patients qui ont des problèmes, ben au bout de quelque temps je pense que t'exploses. Tu…tu officies ou tu travailles en tant que professionnel » ; « Et puis je ne sais pas je pense que heu, je pense que l'émotion, l'émotivité, elle va te perturber dans ta prise en charge quoi ».

MGsd 4: « effectivement ça m'arrive d'en parler mais je n'en fais pas grand-chose de plus [de mes émotions]. Je pense que c'est normal, je me retranche derrière ça, que ce n'est pas interdit non plus c'est une bonne chose même (***rire***) ».

Représentations sur l'émotion elle-même

Le fait d'avoir des émotions pouvait être perçu comme une sensibilité particulière par certains médecins, justifiant leurs perceptions supérieures par certains que par d'autre.

REPRÉSENTATIONS SUR L'ÉMOTION ELLE-MÊME

MGsd 3 : « Je ne sais pas si c'est parce que c'est une femme qui a plus de, y a plus d'émotions, de choses comme ça, mais je pense qu'elle est plus impactée que moi, je pense. Alors je ne sais pas si on peut parler de fragilité ou si c'est simplement de l'émotivité ».

MGsd 6 : « et heu en plus avec les hormones c'est facile de pleurer […] puis quand on est une femme on est plus touchée par ça, par l'enfant voilà, et... personne peut nous former à ça puisque, par exemple si je ne voulais pas d'enfant, si je n'aimais pas les enfants ça ne m'aurait peut-être pas touchée ».

Représentations sur la place des émotions acquises selon la formation professionnelle pratique

Au sujet de l'enseignement pratique, certains médecins décrivaient avoir été sensibilisés à cet aspect émotionnel et relationnel, durant leur internat. D'autres décrivaient la transmission d'un modèle de « médecin professionnel » et distant.

REPRÉSENTATIONS SUR LA FORMATION MEDICALE PRATIQUE A L'EMOTION

MGsd 1 : « j'ai décidé de lâcher la posture qu'on m'avait enseignée pendant mes études qui était heu... que le médecin ne montre rien, heu... qu'il doit rester très professionnel ».

MGsd 6 : « quand même c'est vrai qu'on est éduqué, entre guillemets les médecins à pas trop montrer nos émotions, pas trop faire-part ».

MGS3 : « Je pense que je chacun essaye de […] rester dans mon rôle de soignant. Je pense qu'en fait tu réagis de manière professionnelle quand même. Tu te blindes ***(silence)*** ».

MGsd 8 : « Et puis on discute de choses et d'autres, mais pas de sa vie antérieure. On reste pro, on reste superficiel ».

MGsd 5 : « j'ai quand même eu des médecins qui m'ont appris justement à être heu...sensible

aux émotions et être sensible aux émotions notamment même physiques, aux sensations cliniques, à apprendre à toucher, à apprendre à parler, à apprendre à... à voir. […] C'est vrai que c'est à ce moment-là notamment, je pense aux petites visites, pas aux visites où on est 15, les p'tites visites où on est avec quelqu'un qui a plus de bouteille que nous, plus d'expérience que nous. Ben la personne qui a plus d'expérience qui nous apprend aussi à aller titiller l'émotion, à aller chercher le patient dans le fond de son ressenti et de prendre en charge ce ressenti. C'est-à-dire que savoir que le patient vient vers nous mais qu'il ne peut pas tout exprimer, savoir aussi reconnaître des choses qui ne sont pas exprimées, les émotions chez lui et savoir reconnaître chez nous ces émotions-là et savoir aussi du coup remettre en question ce savoir, en allant titiller le... l'inconnu, en fait d'être curieux, mais enfin dans le sens professionnel ».

MGsd 8 : « [un de ses maîtres disait :] si vous traitez la rhinopharyngite qui était qu'un élément subterfuge pour lui de vous dire "je ne vais pas bien Docteur", vous allez passer à côté du VRAI ***(il insiste)*** problème. Donc il faut décrypter. Voilà. Je peux dire oui, que j'ai une formation à la Fac où j'étais mais ça n'a pas duré longtemps hein, on vous dit des choses, vous retenez quelque chose qui vous a frappé. Peut-être que moi j'ai été frappé par ça, le copain peut-être à côté qu'est-ce qu'il en a à foutre. Donc tout dépend de de l'impact éducatif professionnel, de l'enseignement professionnel. Qu'est-ce qu'on en tire de cet enseignement ? ».

Représentations autour de l'expression des émotions

L'expression des émotions au patient par le médecin pouvait être perçue comme gênante ou comme une preuve de transparence et de sincérité au sujet de leur compréhension de la situation aux patients.

REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS

MGsd 6 : « c'est vrai qu'on a un peu honte en fait quand on réagit face à quelque chose alors que finalement c'est juste humain ».

MGsd 3 : « Après t'es... y a des fois où c'est plus difficile de rester un petit peu professionnel quoi ***(le ton de la voix se baisse)*** donc ça peut être plus compliqué ***(presque chuchotée)*** »

MGsd 4 : « c'est difficile parce que déjà moi-même je pense que je suis assez blindée pour être dans le déni des émotions que je ressens ».

MGsd 1 : « Quel est votre besoin ? Et les patients sont assez clairs dans leurs réponses et c'est hyper surprenant ».

MGsd 7 : « J'ai formulé plusieurs fois mon sentiment d'impuissance ».

b) *Perceptions émotionnelles et situations particulières*

Quel que soit le positionnement des médecins en fonction de la place et la compréhension de leurs propres émotions, ils identifiaient des facteurs intercurrents, des éléments de vie personnelle et le rôle de la confrontation professionnelle comme pouvant influer sur leur perception émotionnelle.

FACTEURS INTERCURRENTS ET ÉLÉMENTS DE VIE PERSONNELLE CONDITIONNANT LA PERCEPTION ÉMOTIONNELLE

MGsd 5 : « Quand je suis fatigué je ressens moins d'émotions que quand je suis en pleine forme. Donc y a ces 2 choses c'est-à-dire que la carapace c'est des fois que ton signal d'alarme n'a pas été respecté ».

MGsd 6 : « j'étais enceinte en plus, donc du coup c'était encore plus dur *» ;* « Heu... oui je pense que c'est évident que c'est particulièrement difficile pour moi parce que ça s'accroche à des éléments d'histoires personnelles et... que c'est pour ça que j'ai des difficultés à accueillir ça, enfin je pense que j'en aurais de toute façon et que c'est pour ça que j'ai peut-être des difficultés supérieures à une personne qui n'a pas un vécu tu vois ».

La confrontation aux situations émotionnelles au cours de leur pratique était décrite comme un moyen d'apprentissage à percevoir leurs émotions, passant par leur ressenti.

CONFRONTATION PROFESSIONNELLE AUX SITUATIONS ÉMOTIONNELLES

MGsd 1 : « j'ai vraiment appris là du coup dans... ici justement et puis aussi ... enfin dans le parcours personnel à lâcher cette posture qui ne me satisfait pas […] mais ça je ne m'en rends compte qu'a posteriori ».

MGsd 2 : « Je sais que quand j'étais en addicto, ma chef de service, je m'en rappellerai toute ma vie, m'a dit à la fin du stage que... c'est vrai parce qu'en fait comme j'avais justement ce truc, j'étais, j'avais toujours le souci de l'exigence et de la qualité et que des fois justement j'étais très réservé avec les patients, et je n'étais pas dedans, dans la relation. Et elle m'a dit, elle m'a fait ce reproche-là, enfin elle m'a dit "n'hésite pas à rentrer dedans". Et heu... et c'est vrai que du coup depuis j'ai l'impression de l'être un peu plus ».

MGsd 5 : « On ne peut pas être sensibilisé à l'émotion sans la ressentir et sans un peu la partager […] Donc les émotions c'est plus une question de sensibilisation, d'expérience, et du coup aussi alors l'enseignement est important mais heu..... Mais pas suffisant, c'est certain ».

MGsd 7 : « Juste pour te redire que c'est encore un petit peu nouveau hein donc si on faisait l'entretien 2 ans après, je pense que les réponses ne seraient pas forcément les mêmes et y aurait plus de... plus de choses qui sortiraient, plus de... peut-être un peu plus de compréhension et de... d'auto-analyses ».

- **Perception des émotions du patient en contexte transculturel**

Dans le contexte transculturel, percevoir les émotions des patients était parfois décrit comme particulièrement complexe par les médecins. Ils évoquent la barrière de la langue et l'absence d'interprétariat comme raison à cette complexité. Ainsi, les médecins décrivaient des représentations autour de l'absence ou l'insuffisance d'expression émotionnelle chez les patients exilés qu'ils rencontraient comme un facteur limitant de leur perception émotionnelle. Cette difficulté de perception était par ailleurs liée par les médecins à une difficulté de compréhension du vécu des patients.

REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN SUR LES ÉMOTIONS DU PATIENT EXILÉ ET LEUR EXPRESSION : DES FACTEURS LIMITANT L'EXPRESSION ÉMOTIONNELLE

MGsd 3 : « En fait c'était heu ça a été assez surprenant. En fait heu... je pensais qu'il y aurait plus d'émotions et plus d'empathie mais en fait le principal obstacle c'est la barrière de la langue. Parce qu'en fait comme t'arrives pas beaucoup à communiquer avec eux, parce qu'il y en a très peu qui parlent français heu... l'échange il est quand même très limité. En fait il se limite à la pathologie. Alors quand c'est de la pathologie aiguë, si c'est une otite, une angine, des problèmes de dos, en fait c'est un peu la même chose que dans ta patientèle quoi, c'est exactement pareil » ; « En fait heu leur ressenti à eux est quand même heu très enfoui. Ils ont été obligés de se blinder évidemment, sinon tu n'y arrives pas je pense […] Et donc il y a toujours une espèce de distance qui... qui... qui pollue entre guillemets la relation que tu pourrais avoir avec le patient. […] Donc ça c'est un petit peu... c'est un petit peu dommageable mais c'est dommageable pour moi peut-être qu'eux ils n'en ont pas besoin, je ne sais pas ».

MGsd 8 : « Heu...il y a des... comment dirais-je heu...des femmes qui ont été torturées, qui ont été violées, violées devant leurs frères, leurs sœurs, leur mari et heu... on l'apprend et on sait que c'est, que c'est heu...c'est difficile. Mais je me dis aussi qu'ils ont la faculté, eux, ***(silence, il réfléchit)*** de le vivre différemment parce qu'ils ont tellement été dans la souffrance que pour eux c'est une souffrance supplémentaire. Il n'y a plus de différences de de... ils ont atteint un summum de de de... de de tristesse, de révolte, de colère, de souffrance physique, que pour eux

ce n'est presque qu'un détail quoi, presque un détail. Et pour nous ce n'est presque même pas une indifférence, c'est un état de, de... d'antécédents. Vos antécédents ? HTA, antécédents ? Viols et ça reste, ça reste heu...inhumain. C'est dur hein de dire ça ? » ; « Ce qui fait la différence dans l'émotion, c'est comment on peut connaître sa vie. Et comme on a une barrière linguistique on ne peut pas avoir la charge émotionnelle. On sait ce qu'ils ont traversé, on peut s'imaginer mais on n'a pas d'éléments pour pouvoir heu... saisir la...la force et la difficulté qu'ils ont vécues. Ils ne nous transmettent pas leur émotion. Pour qu'on soit, qu'on ait une émotion, il faut qu'ils nous la transmettent. Et ils n'arrivent pas à la transmettre » ; « Mais peut-être que c'est culturel aussi parce que là-bas, c'est pareil, la misère, les difficultés ne sont pas aussi prises en considération et peut-être qu'ils croient que nous aussi on ne prend pas en considération. […] ils sont étonnés qu'on s'aperçoit qu'ils sont tristes et qu'on prend en considération leur tristesse » ; « et je pense qu'ils ne nous laissent pas transparaître leurs émotions parce qu'ils ont probablement, également, une culture qui leur est propre et qui fait qu'ils ne parlent pas de ce genre de problèmes, peut-être, je ne sais pas » ; « Mais l'empathie c'est d'essayer de comprendre mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments, pour qu'ils puissent nous parler de leurs émotions. À supposer que nous n'ayons pas cette barrière linguistique, je suis sûr et certain que ***(silence)*** j'aurais beaucoup beaucoup d'émotions à verbaliser de telle façon à ce qu'ils puissent se soulager. C'est le temps et la barrière linguistique qui nous empêche d'avoir des émotions ».

MGsd 1 : « je trouve que le côté transculturel ça enferme le… Enfin, j'ai beaucoup enfermé les patients dans mes à priori, dans ce que je pensais qu'ils attendaient de moi, ici j'ai vraiment appris que... il faut surtout demander aux gens ce qu'ils attendent et j'essaye maintenant de couper mes projections ou en tout cas j'y suis attentive, je n'y arrive pas toujours mais je fais gaffe à ça, et effectivement d'une consultation à l'autre je le rectifie quand j'ai identifié que je n'étais pas dans le juste ».

MGsd 5 : « un demandeur d'asile avec un état de stress post-traumatique, qui a un émoussement affectif, qui a une perte d'élan des fois, qui a du mal à raconter sa vie, qui a du mal à raconter où il a mal, ce n'est pas forcément somatique, et qui a une déshumanisation par son état de stress post-traumatique et en plus par la considération de la société ».

MGsd 4 : « Après elle a été très calme aussi, elle n'a pas pleuré, elle n'était pas dans le débordement d'émotions non plus. Je pense qu'elle s'est assez blindée dans sa vie cette dame. Donc du coup je n'ai même pas eu besoin de lui tendre un mouchoir. Pas eu besoin de lui tenir la main 30 secondes pour dire "on est là", parce que, voilà, elle est dans ce comportement-là ».

II. 2. B – Interactions émotionnelles en situation de soin : sens accordé aux émotions par les médecins

Certains médecins expliquaient que leurs émotions pouvaient avoir une influence sur le soin, elle-même perceptible concrètement. Il pouvait s'agir d'influence identifiée sur le médecin et d'interaction avec la prise en charge mise en place ; ou d'influence perçue sur le patient et la relation thérapeutique.

- **Influence des émotions sur le médecin et sa prise en charge : vers une prise de conscience**

Pour les médecins qui décrivaient leur expérience, les émotions semblaient avoir un impact sur leurs pratiques et actions.

a) *Motivation à agir et facteurs déclenchant les actions pour le patient*

Cet impact identifié par les médecins était décrit comme une forme de motivation à agir, déclencher une action considérée comme adaptée et mobiliser les ressources nécessaires pour le patient, parfois au-delà de la question du soin.

MOTIVATION ET DECLENCHEMENT DE SOIN

MGsd 6 : « si j'ai été touchée par une histoire je les fais rappeler donc ça me FORCE (***intonation insistante***) à... ça me déclenche plus de suivis en fait je... je les... je les suis de plus près on va dire, que les autres qui sont un peu plus... "normaux" ». MGsd 5 : « de temps en temps t'es plus touché par un patient et ça fait partie aussi de la compréhension de sa situation médicale et heu de son environnement qui rentre en jeu du coup dans son état de santé et dans ton action » ; « Et c'est aussi parce que t'as cette émotion que tu vas mettre en marche ton action » ; « C'est à dire que t'es en colère, du coup tu vas dire ben "je vais essayer de comprendre c'est quoi cette situation", déjà je vais essayer de le soigner » ; « t'es décontenancé mais par une émotion qui peut te submerger et c'est le fait que t'aies été touché qui va permettre ben de répondre en fait » ; « En fait il faut être à l'écoute de ses émotions parce que c'est un métier de rencontre et que ça nous permet d'agir […] ». MGsd 8 : « Il y a une personne qui vient, elle est en souffrance, quelle que soit sa souffrance, qu'elle soit forte ou pas forte, qu'importe ***(il donne un coup sur la table)*** il faut traiter » ; « (la psychologue) elle, prend tout le temps de connaître son histoire de vie et c'est là qu'on aborde le psychologique. C'est son boulot de capter tout cela et de... elle va avoir une révolte parce

qu'on ne fait rien. Moi je ne suis pas révolté, je l'apprends, ça me donne une idée de, de... comment dirais-je, de l'environnement psychologique pour lequel le traitement va être fort, pas fort, va être bien ou pas bien, il y aura une composante psychologique qui va freiner, augmenter ou qui va conditionner les résultats d'une pathologie ».

MOTIVATION A AGIR DANS UN INTERET COMMUN

MGsd 8 : « Alors maintenant c'est peut-être l'empathie qui pourrait nous donner la FORCE ***(il élève la voix)***, l'empathie et l'ÉMOTION dont vous parlez qui doit nous donner le moteur pour aller vaincre les politiques. C'est ça qui est important ».

b) *Signal d'alerte pour le médecin et stimulation à l'adaptation de posture*

D'autre fois, l'impact était plus décrit comme un signal, alertant les médecins sur leur « non-réponse » au besoin prioritaire du patient, souvent relationnel. Leurs émotions étaient expliquées comme une possibilité de se remettre en question et ressentir une stimulation pour adapter leur posture aux attentes du patient. Ces émotions-signal pouvaient être décrites comme de l'INSATISFACTION, un DÉPLAISIR ou une sensation de ne pas avoir répondu à l'attente du patient, ou se rapprocher d'une forme de CULPABILITÉ face à une situation d'échec relationnel. Nous les avons regroupées sous le terme de « non-satisfaction ».

« NON-SATISFACTION » ET REMISE EN QUESTION

MGsd 1 : « Quand je ne m'y attends pas, je ne suis pas du tout satisfaite de la consultation parce que je n'ai pas la posture que j'aimerais avoir […] Comment je me suis adaptée… ? ***(Sourire)*** Je me suis questionnée sur mes... en fait à chaque fois que j'étais insatisfaite de ma posture je me suis demandé comment je pouvais faire autrement […] je continue parfois à avoir des attitudes où on n'est pas parfait, des attitudes dont je sors insatisfaite et j'essaye toujours de réfléchir à comment faire autrement » ; « Je me demande toujours ce qu'ils attendent, en fait j'arrive à sentir qu'il y a une discor..., quand je sens une discordance qui, enfin quand je ne comprends pas ce qu'attend la personne je lui demande » ; « [l'émotion enrichit la relation médicale parce qu'] il faut tenir compte de la représentation culturelle de la personne, de ses conditions de vie aussi qui conditionnent vraiment les possibilités de prise en charge, il faut s'adapter » ; « Et je trouve ça très stimulant en fait ».

MGsd 3 : « Si tu ne te remets pas en question fréquemment ***(silence)*** tu ne vas pas aller loin quoi enfin si, tu vas aller loin, mais tu vas aller toujours dans la même direction **(sourire)** » ;

« Je pense que tu... mais je pense que t'as des trucs qui te restent toute ta vie. […] parce que ça a été très difficile et que peut-être t'as pas tout gérer comme t'aurais souhaité le gérer, ou parce que y a des autres choses qui sont intervenues et que... des autres heu et que tu ne peux pas tout contrôler quoi ».

MGsd 4 : « et en plus je savais enfin, je me demandais comment c'était possible d'être passée à côté de ça pendant 1 an où elle se plaignait de douleurs partout et où je n'ai jamais réussi en fait à entendre cette histoire-là de sa part quoi. (***Silence***) […] parce que je pense que c'est quand même bien quand, au bout de 10 mois, on arrive à raconter son histoire à la personne qui, qui heu… la suit régulièrement quoi !» ; « Je me doutais bien qu'elle n'allait pas bien, mais on en voit des milliers des patientes qui ne vont pas bien, et j'avais bien compris que ces douleurs-là c'était par rapport à son vécu mais c'est vrai que moi je ne les pousse pas à me dire… je n'arrive pas, je n'arrive pas à leur dire (***silence***) "Racontez-moi". S'ils me laissent une piste je leur dis que je suis prête à écouter leur histoire mais s'ils ne me laissent pas une brèche, une ouverture, je n'arrive pas à le faire. Je n'arrive pas à aller la chercher cette ouverture ».

MGsd 6 : « personne ne croyait qu'il avait une fracture parce qu'on se disait qu'il se moquait un peu de nous […] Donc ça c'était dur parce que c'est vrai que ça nous remet en question beaucoup et on se dit que finalement il souffrait en silence […] ce n'est pas qu'on doute de la douleur, la douleur est toujours prise en compte mais disons on pensait que c'était vraiment anodin, enfin anodin, pas une fracture quoi » ; « Donc ça c'était dur parce que c'est vrai que ça nous remet en question beaucoup et on se dit que finalement il souffrait en silence ».

MGsd 5 : « essayer de se dire que ton savoir n'est pas arrêté, que justement il sera tout le temps remis en cause et ça c'est aussi une émotion. […] De savoir se dire qu'on n'est pas dans un métier technique où une fois que tu sais visser heu tu sais visser un boulon, tu sais faire ton métier, non. C'est... il faut il faut tout le temps se remettre en question et se remettre en question c'est émotionnel […] C'est-à-dire que scientifiquement il faut se mettre à jour en permanence, et émotionnellement il faut se remettre en question. En permanence. A chaque seconde, chaque seconde » ; « Si c'est parce que t'es pas capable de répondre à la question du patient, ou t'es pas capable de répondre à la rencontre avec ce type d'émotion suscitée par ce patient-là ou si c'est un problème plus personnel de... tu ne peux pas... la précarité te met tellement en colère que de toute façon tu ne pourras pas agir dessus par exemple,» ; « c'est-à-dire que la carapace c'est des fois que ton signal d'alarme n'a pas été respecté, après le signal d'alarme il n'est pas toujours lié à l'émotion que tu ressens par rapport à une transmission d'émotions par le patient. Ça peut être tout simplement une émotion personnelle liée à ton travail et à son environnement propre ou perso et heu ... et heu... et c'est le danger ».

MGsd 2 : « Ben justement je ne sais pas. Justement c'est ça, c'est ça ce qui… à partir du moment que tu crois que tu sais, c'est bon t'es fini. C'est fini quoi ! C'est FINI pour toi ! ***(rire) (parle avec insistance)*** Tu finis comme, comme plein de gens qui croient savoir, qui font n'importe quoi. […] ce qui est important par contre c'est justement cette humilité-là de dire "je ne sais pas", "je n'en sais rien". […] Parce que c'est une stimulation permanente, un questionnement permanent ».

- **Influences des émotions sur le patient et la relation thérapeutique : vers une prise de conscience**

Les effets des émotions et leurs conséquences sur la relation thérapeutiques étaient des interaction perceptibles, tangibles qui permettaient aux médecins de les décrire au cours de l'entretien. Ces conséquences étaient plutôt décrites selon deux points de vue.

a) *Conséquences perçues comme potentiellement « négatives » par le médecin sur la relation thérapeutique*

Des interactions plutôt « négatives » pouvaient être identifiaient, notamment en cas d'envahissement émotionnelle pendant la consultation. Elles survenaient selon eux lorsqu'un mécanisme de TRANSFERT et CONTRE-TRANSFERT se mettait en place entre le patient et son médecin.

AMBIVALENCE ÉMOTIONNELLE, IMPUISSANCE, ANGOISSE ANTICIPATOIRE ET AGACEMENT

MGsd 7 : « finalement c'est des consultations t'as presque une espèce d'angoisse anticipatoire ***(dit avec le sourire)*** avant de recevoir la dame parce que tu sais que ça va être, ça va être terrible, qu'elle va s'effondrer, qu'elle va te... avec beaucoup de transferts elle va te, elle va te faire passer beaucoup de ses émotions et remettre heu […] ça sort du cadre médical hein » ; « Y a aussi un moment où ça te passe par la tête […] qu'elle te casse les pieds en gros » ; « ben je sais pas peut-être de... peut-être d'incompréhension face à son incompréhension quand tu lui as dit plusieurs fois "ben écoutez"... j'ai formulé plusieurs fois mon sentiment d'impuissance […] cette dame pratiquement à chaque fois elle dit "mais Docteur c'est pas normal, il faut faire quelque chose pour moi, il faut faire plus" et au bout d'un moment tu finis par lui en vouloir d'être aussi exigeante et... et aussi demandeuse » ; « ***(en souriant)*** c'est pour ça aussi que c'est très

contradictoire, ça te met dans un, dans une posture un peu ambivalente où c'est heu ben si tu rationalises, évidemment que t'as pas envie de... tu sais très bien que ce n'est pas contre elle […] ouais un sentiment un peu négatif envers la patiente par moment ».

CONTAGION ÉMOTIONNELLE

MGsd 6 : « il hurlait donc c'était vraiment horrible quoi il était vraiment mal » […] « Même l'infirmière pleurait, enfin bon tout le monde pleurait » […] « j'ai dû partir parce que je n'arrivais même pas à reprendre mes esprits et ma respiration » […] « Je l'ai vu qu'une fois ».

b) *Conséquences perçues comme « positives » sur la relation thérapeutique*

Par ailleurs, une majorité de conséquences perçues plutôt « positives », étaient décrites comme significatives de la place des émotions dans ce contexte.

Humaniser la relation

Les émotions, travers leur caractère accueillant et rassurant, permettraient d'humaniser la relation et une nécessité.

HUMANISER LA RELATION, ACCUEILLIR, RASSURER

MGsd 1 : « et en fait ça m'a vraiment apporté un plus dans la relation à l'autre, le fait qu'à partir du moment où j'accepte, j'admets mes émotions dans la consultation, je donne la possibilité à l'autre en face d'être plus un individu qu'un patient et… et j'ai l'impression c'est comme si ça laissait aussi plus d'espace à la personne pour ses… particularités ***(intonation marquée)***, tu vois ? ».

MGsd 2 : « justement c'est une relation, c'est important il faut que ce soit humain et l'être humain il a des émotions donc c'est important que voilà d'accepter qu'il y en ait, que des fois l'autre ressente que tu en as heu voilà […] justement c'est l'aventure, c'est l'altérité pour moi la base c'est ça, c'est l'altérité donc l'altérité c'est l'autre, donc à partir du moment où ça commence par l'autre tu peux pas savoir heu... par avance comment ça va se passer, qu'est-ce qu'il va falloir dire heu ou ressentir ».

MGsd3 : « Ben de temps en temps c'est bien de montrer que sous la carapace du médecin, sous le titre de Docteur y a un être humain aussi ».

MGsd 8 : « En fait ce qui est important, c'est de prendre conscience de ce qu'on dit, de ce qu'on fait. Et l'impact qu'on veut donner à l'autre. C'est beaucoup de sciences humaines la médecine» ;

« le partage de l'émotion avec le patient permet déjà d'humaniser le médecin et en humanisant le médecin, le patient va te considérer aussi comme humain, pas que comme une blouse blanche» ; « il faut habiller la technique, voilà c'est ça. Habiller la technique des mots et des attitudes, humaniser la technique » ; « Alors comment on peut humaniser ? Mais déjà la communication. Mais qu'est-ce que c'est que la communication ? Ce n'est pas forcément parler, c'est des fois le non-parler, c'est le comportement, c'est le regard, c'est le respect. Le respect. Et la communication c'est trouver les mots qu'il faut. Et la communication c'est non seulement trouver les mots mais quand ? Comment ? Où ? Avec qui ? Pourquoi ? Et ça prend du temps ».
MGsd 6 : « Moi je ne pense pas qu'il faut que je me blinde, juste je me laisse... porter, on va dire par ce que je ressens et ce que je peux dire ou... […] Les voir à côté de moi ça me touche bien sûr, mais je n'ai pas envie de me blinder pour autant... je pense qu'on est tous humains donc heu...bon » ; « finalement c'est juste humain mais ... on veut montrer qu'on est un peu plus... c'est aussi pour rassurer l'autre ».
MGsd 3 : « Donc ça c'est des choses que voilà d'un seul coup tu laisses tomber un petit peu la barrière ou le bureau qui te sépare du patient et c'est sûr que les relations après elles s'en trouvent un petit peu changées…un petit peu... parce que non seulement t'as montré de l'empathie et en plus ... t'es allé à mon avis un peu au-delà et t'as montré que le... le savoir que la nouvelle était bonne ça t'a impacté aussi, que t'étais heureux pour la patiente ? que ça se passe bien et ça, le patient le ressent quoi… Ça c'est bien, c'est sympa ».

Créer un lien de confiance et thérapeutique

les émotions permettraient également selon les médecins de créer un lien thérapeutique solide, une relation de confiance et d'une meilleure observance dans ce contexte d'exil.

CRÉER UN LIEN THÉRAPEUTIQUE DE CONFIANCE

MGsd 1 : « je remarque le changement parce qu'il est récent heu... l'émotion permet d'établir un lien de confiance beaucoup plus rapide. Et du coup sur le long terme c'est forcément précieux » ; « elle voulait juste être rassurée, y a probablement une observance qui est meilleure ».
MGsd 6 : « je pense que ça leur permet de revenir déjà nous revoir et de... d'influer sur la confiance qu'ils ont avec nous. Parce que si on ne s'intéresse pas à eux, forcément... enfin ils ne vont pas revenir et pas être dans la confiance ».
MGsd 4 : « elle m'a paru soulagée ouais et heu j'ai senti que... que... en plus elle s'est sentie en sécurité quoi. […] et qu'on s'inquiétait pour elle je pense qu'elle s'est sentie rassurée de ça ».

MGsd 5 : « c'est-à-dire que si l'émotion c'est la sensibilité qu'il y a eu pendant l'entretien, qui te permet aussi de... de... en la transmettant, d'une part de donner de la confiance pour montrer que t'as compris la situation » ; « ton émotion en fait est aussi au service de ton humanisation, de la confiance du patient dans ce que tu vas lui dire, parce qu'à la fin d'une consultation généralement le médecin va donner une conduite à tenir, et cette conduite à tenir elle doit être comprise par le patient et en fait c'est, c'est, pour que nous, médecins, on soit compris du patient, il faut que le patient ait l'impression, en tout cas, des fois fausses hein c'est possible, que on l'ait compris ».

II. 2. C – Adaptabilité des médecins aux besoins relationnels des patients exilés : vers une relation empathique

Au cours des interviews, les médecins décrivaient comment ils se positionnaient face aux situations émotionnelles qu'ils confiaient. En réponse à leurs propres émotions, intervenant autour de situation qu'ils percevaient comme difficile pour les patients, les médecins expliquaient adopter des expressions de leur empathie aux patients, visant à renforcer la relation. Ces résultats sont présentés dans cet axe comme des postures et des comportements décrits par les médecins comme leur réponse aux situation émotionnellement difficiles évoquées.

- **Posture relationnelle et comportements**

Les médecins expliquaient avoir une écoute empathique selon leurs termes, parfois active et faire preuve de résistance, c'est-à-dire de maintenir leur attitude d'écoute même quand les récits traumatiques étaient difficiles à entendre, dans l'intérêt des patients. Ils adoptaient une attitude non intrusive lors de l'examen clinique. Ils cherchaient à porter assistance aux patients dans leur organisation de soins. Enfin, ils communiquaient verbalement ou de façon non verbale leur compréhension de leur situation aux patients, quand ils avaient pu la percevoir.

a) *Accueillir les récits de vie et résister face aux violences décrites*

L'accueil du récit de vie des patients exilés était décrit comme un moment particulier et important dans la démarche de soin pour ces personnes reçues au sein des structures par les médecins. Ce récit était décrit comme un moment à part entière, aux implications multiples. Il était perçu par les médecins comme un socle thérapeutique fort dans la relation médecin-patient et parfois nécessaire pour répondre aux inquiétudes médicales du patient sur sa santé physique.

Les médecins adoptaient une attitude d'écoute, encourageaient les récits par une posture ouverte. Leurs connaissances des conditions de traversée et notamment de la situation géopolitique en Libye était présentée comme une façon de comprendre ce qu'avait vécu le patient, sans demander de détails dans un premier temps. Même quand les descriptions prenaient place dans le discours des patients, les médecins expliquaient qu'ils devaient résister à leur malaise, pour ne pas interrompre le patient.

ATTITUDE D'ÉCOUTE EMPATHIQUE

MGsd 6 : « je pense que déjà je suis assez à l'écoute, puis j'essaye de pas heu réagir en fait, je les laisse parler, que ce soit assez fluide » ; « je pense qu'ils ont besoin à mon avis aussi, un grand besoin de parler de leur exil, et de comment ils sont arrivés jusqu'ici... ». MGsd 7 : « J'essaie […] d'écouter ». MGsd 1 : « la plupart des patients qui sont passés par la Libye ont des parcours assez marquants…Dans la plupart des cas ils n'évoquent pas ce qu'ils ont vécus » ; « J'ai lutté toute la consultation pour...heu... pour... pour pas lui demander, lui dire "mais là je ne peux pas entendre ça, j'suis désolée", c'était... c'était vraiment compliqué » ; « un monsieur en particulier m'a parlé des violences sexuelles qu'il avait subies. Il m'en a parlé parce que le motif de consultation c'est qu'il craignait pour sa fertilité » ; « On est 2 à savoir, on partage un secret, parce que la plupart du temps la personne elle vous dépose son histoire mais elle ne la dépose plus jamais ou elle, enfin c'est extrêmement rare que des personnes qui ont vécu de telles violences les racontent de manière systématique. Ils le racontent déjà souvent à contrecœur quand ils ont vraiment une inquiétude trop grande ». MGsd 4 : « elle a enfin pu raconter son histoire et donc heu... je pense que... heu... elle s'imagine qu'on comprend mieux ce qu'elle ressent heu... oui depuis on... j'ai l'impression qu'on se comprend mieux quoi ».

POSTURE OUVERTE, NON INTRUSIVE

MGsd 6 : « je les force pas du tout à parler, mais bien souvent ça vient tout seul en fait, on n'a même pas besoin de poser de questions et ils racontent... […] j'ai l'habitude en fait, du coup, je sais qu'il ne faut pas... donc je ne dis pas "vous avez traversé la Libye holàlà" ***(rire de toutes les 2)***, je leur dis "comment vous êtes arrivé, vous avez fait comment" bon. Y en a qui évoque leur traversée en bateau, d'autres à pied, heu souvent en bateau. Très souvent ouais. Et ça vient assez facilement je trouve, ce n'est pas... Ils racontent assez facilement, même pas besoin de

trop pousser » ; « Je ne voulais pas être intrusive, parfois ils viennent juste discuter donc c'est vrai qu'on ne fait pas d'examen systématique pour ne pas les brusquer ».
MGsd 1 : « heu... je... j'arrive juste à inciter la personne à continuer heu... à lui dire que j'entends ou heu... à essayer d'accueillir ».
MGsd 8 : « on leur dit "ben voilà vous allez maintenant…" heu... parce qu'il faut préserver aussi leur intimité psychologique et donc on leur dit "vous allez passer avec notre psychologue et vous allez faire ce que vous avez à faire". Nous on sait ça, ça nous suffit pour comprendre ceci et donc heu... on a un traitement ».
MGsd 7 : « petit à petit tu te formes ou tu t'habitues, tu t'auto-formes aux différentes cultures. On finit par apprendre comment vont réagir les gens en fonction de leurs origines, on retrouve des parcours aussi qui se ressemblent […] puis après on apprend… ».

b) *Adopter une posture non intrusive pendant l'examen physique*

Dans ce même sens, la compréhension des représentations culturelles potentielles des patients sur le fait d'être un homme ou une femme était exprimées par les médecins. Ils répondaient prendre cet élément en compte pendant l'examen physique des patients, tout comme ils décrivaient un respect prudent vis-à-vis des agressions physiques traumatiques potentielles.

EXPLIQUER, RESPECTER, DIFFERER

MGsd 1 : « D'abord pour tout ce qui est urologique je demande souvent au médecin homme de le faire parce que nos patients appartiennent quand même à une population qui a du mal à se faire examiner par les femmes, surtout en urologie, probablement j'aurais différé et botté en touche » ; « dans leur culture, une femme médecin par exemple c'est un peu plus compliqué parfois pour certaines personnes. J'ai déjà remarqué certains maghrébins qui se déshabillent devant une femme médecin, c'est plus compliqué que d'autres patients par exemple. C'est un peu plus embêtant, on va dire […] Bon souvent au final ils s'en accommodent, ils le font mais c'est difficile ».
MGsd 7: « certaines qui viennent du Nigeria, c'est quand même presque toujours des histoires hyper dures, donc on a des présentations un petit peu fermées, par exemple tu sais d'entrée de jeu que t'as de fortes chances qu'elles aient été victimes de violences physiques ou sexuelles. On commence la consultation avec cette espèce de présupposé, là déjà t'es obligé d'adapter ton attitude par rapport à ça puis après on apprend… ».
MGsd 4 : « Après ben pour l'examiner moi j'essaie d'avoir un contact physique doux et de pas,

surtout là, dans cette situation-là où voila j'ai essayé d'être douce » ; « mais j'explique toujours avant de raccrocher avec l'interprète que heu ça va être très long, que je vais tout mesurer, que j'ai besoin de beaucoup de détails pour dire que ces cicatrices sont en rapport avec leur histoire pour qu'ils comprennent que ça prend du temps quoi ».

c) *Aller vers une prise en charge « englobante »*

Toujours dans l'idée de s'adapter aux besoin et attentes des patients, les médecins décrivaient répondre à la méconnaissance des patient sur le fonctionnement du système de santé, la ville, la langue Française, en prenaient du temps pour expliquer, noter, orienter précisément les patients vers leurs examens ou consultations médicales, afin de favoriser leur observance.

ACCOMPAGNER, ASSISTER L'ORGANISATION DES SOINS DU PATIENT

MGsd 4 : « Donc, oui, ça c'est une pratique différente […] en plus c'est obligatoire pour qu'ils adhèrent vraiment à leurs soins et effectivement c'est une prise en charge qui est beaucoup plus heu…. Comment dire… plus englobante c'est-à-dire qu'on va beaucoup les accompagner, s'ils ont besoin d'un spécialiste je vais tout de suite prendre le rendez-vous, on ne va pas attendre, les laisser partir, parce qu'ils ne parlent pas français, ils n'ont pas la capacité mentale de prendre le rendez-vous pour eux donc je le fais. C'est plein de petites choses comme ça où on est… on accompagne beaucoup plus le patient, c'est un accompagnement beaucoup plus complet que juste une consultation où on lui dit "il faut faire ça", là on le fait ensemble. Il y a vraiment un travail à deux qui est fait, et ça c'est très différent et je pense que c'est très spécifique de la "structure" ».

d) *Communiquer son empathie de façon verbale et non verbale*

Pour exprimer aux patients qu'ils avaient compris la difficulté émotionnelle de certaines situations, les médecins expliquaient adapter leur communication verbale ou non verbale à la situation des patients, parfois en prenant position clairement. Ils déclaraient aussi pouvoir partager des éléments de leur vie personnelle avec les patients, dans un but explicité de créer un lien, une proximité. Cette posture avait pour but de favoriser la relation thérapeutique. Elle était décrite comme spontanée et sincère dans la plupart des cas. Ils cherchaient également à rassurer et réconforter les personnes selon la situation.

PRISE DE POSITION EXPLICITE FACE AU TEMOIGNAGE DU PATIENT

MGsd 1 : « Ben du coup juste le fait d'être au courant je me...je me mets dans une posture d'écoute active […] je fais attention à comment je me positionne, heu... heu... et... […] et du coup j'arrive plus à rebondir sur l'histoire ».

MGsd 6 : « Ou malheureusement je ne sais pas peut-être que c'est aussi un bien parce qu'il était peut-être rassuré que je trouve ça aussi horrible » ; « et puis je pense que des fois je réagis un peu quand même, je hausse les sourcils ***(rire de toutes les 2)***. Quand ils parlent de la Libye ou de... du bateau avec tous les morts à côté d'eux, tout ça ».

MGsd 4 : « mais je pense que c'est bien qu'elle se rendre compte que ça m'affecte. Enfin, j'imagine qu'elle a besoin d'empathie quand même un minimum ».

MGsd 5 : « Et du coup t'écoutes leur truc ***(petit silence)*** tu leur montres que t'as eu une émotion dans leur histoire » ; « après de temps en temps quand y a une colère t'as le droit de taper sur la table et de dire au patient "putain c'est dégueulasse !". Quelqu'un ben... l'histoire du demandeur d'asile putain, si tu dis pas que c'est dégueulasse le mec il te fera pas confiance » ; « Et ça déjà c'est un parti pris » ; « le médecin il n'est pas tout blanc, il doit faire des choix et heu il intervient dans les choix du patient aussi, il prend parti aussi, donc l'émotion elle va aider à prendre parti, elle va aider à dire "non là c'est dégueulasse, en fait allez à la Préfecture avec mon certificat" ».

MGsd 6 : « le plus souvent j'écoute heu... je comprends et je dis que je comprends et que je me mets à leur place et que oui en effet c'est compliqué ».

RÉCONFORTER, RASSURER, UTILISER L'HUMOUR

MGsd 2 : « quand tu sais que ce sera difficile après heu ben j'essaie d'être au maximum empathique, de, d'être réconfortant ».

MGsd 4 : « ça passe par l'humour, même avec des situations délicates on arrive souvent avec le patient à partager un moment d'humour ».

MGsd 1 : « elle voulait juste être rassurée ».

MGsd 3 : « quand je l'ai revue en consultation, à la fin elle m'en a parlé, elle m'a dit "et ben Docteur vous m'avez dit que vous m'embrassez et ça m'a fait un bien fou" et au moment de partir donc je l'ai embrassée, physiquement » ; «Toi tu vas apporter un quart d'heure, 20 minutes d'écoute heu de réconfort ».

MGsd 2 : « j'essaie d'être un peu réconfortant tout simplement, réconfortant, d'écouter ».

MGsd 7 : « Le fait que ce soit une petite équipe, un petit local un peu caché dans l'hôpital, je pense que ça aussi ça peut avoir un côté un peu réconfortant ».

PARTAGER DES ÉLÉMENTS DE VIE PERSONNELS ET CULTURELS

MGsd 6 : « Ils sont contents en fait que... ça les rattache un peu plus et les mets plus en confiance je trouve quand même quand on raconte » ; « Je partage beaucoup plus en fait avec ces patients de "structure associative" que par exemple quand je vais travailler en libéral où je ne raconte pas ma vie du tout. Alors que là j'ai plus tendance c'est vrai » ; « c'est vrai que j'évoque plus ma situation et mes voyages, ma vie, mes...du coup tu partages peut-être plus ».

- **Posture compréhensive et adaptation des attentes des médecins face aux difficultés des patients**

L'adaptation de posture des MGsd était décrite comme passant aussi par l'adaptation de leurs propres attentes médicales et personnelles autour du contrat thérapeutique. Face aux difficultés des patients liées principalement dans ce contexte d'énonciation à la précarité de leur situation, les médecins décrivaient s'être adaptés à l'incertitude du suivi et à celle de la réalisation par les patients de leurs « missions thérapeutiques ». Cette souplesse explicitait une volonté de conserver une posture ouverte et compréhensive sur les raisons de ces « ratés », même lorsque c'était difficile. Certains médecins exprimaient leur compréhension face à l'absence d'expression de la reconnaissance des patients à leur égard dans ces conditions.

SOUPLESSE

MGsd 1 : « Il faut énormément de souplesse, il faut vraiment lâcher toute rigidité parce que sinon ça ne marche pas et heu… »

MGsd 7 : « La précarité elle est à la fois sociale et médicale et liée au logement donc ce fait d'avoir des gens qui ne vivent jamais au même endroit, qui vivent soit dans la rue, qui changent sans arrêt d'adresse, c'est très compliqué aussi pour les fixer dans le temps, de leur donner des rendez-vous, y a toujours un peu cette peur que l'info ne soit pas bien passée, qu'ils ne reviennent pas, qu'ils n'aient pas compris ta prochaine convocation. Y a une espèce de fragilité générale sur leur emploi du temps, essayer de... ben c'est une population qui est de toute façon moins fiable entre guillemets, pas de manière dépréciative, mais sur laquelle tu peux un peu moins compter de toute façon, tu sais qu'il va falloir expliquer les choses plusieurs fois, et qu'y aura des ratés, justement je pense que tous les ratés font partie du métier vraiment quoi » ; « Là c'est pareil, je dis pas qu'on leur en veut pas mais t'as une proportion de perte qui est obligatoire, il faut savoir l'accepter et ça demande oui ça demande beaucoup d'adaptation, c'est aussi la durée de la consultation qui est hyper variable, ça peut passer d'une demi-heure à une heure et

demie, ça tu peux pas le prévoir avant, c'est des gens qui vont arriver deux heures avant, que parfois tu vas prendre avant parce que c'est une situation catastrophique... qu'est-ce qu'on peut avoir d'autres... ben toutes les situations qui se rajoutent en dernière minute, ça c'est pareil, ça arrive pratiquement tous les jours. De toute façon c'est un exercice qui ne sera jamais hyper cadré, il faut être, je pense que c'est obligatoire d'être adaptable et de manière générale quand tu travailles dans la précarité » ; « La manière de se projeter dans le temps aussi. On vit quand même dans une société assez cadrée où tout le monde a son agenda, son téléphone, après t'as affaire à des gens qui sont pas forcément capables de raisonner dans les 6 mois à venir. Que ce soit pour l'organisation de leurs soins, pour les démarches, pour faire un régime pour le diabète... ***(sourire)*** *».*

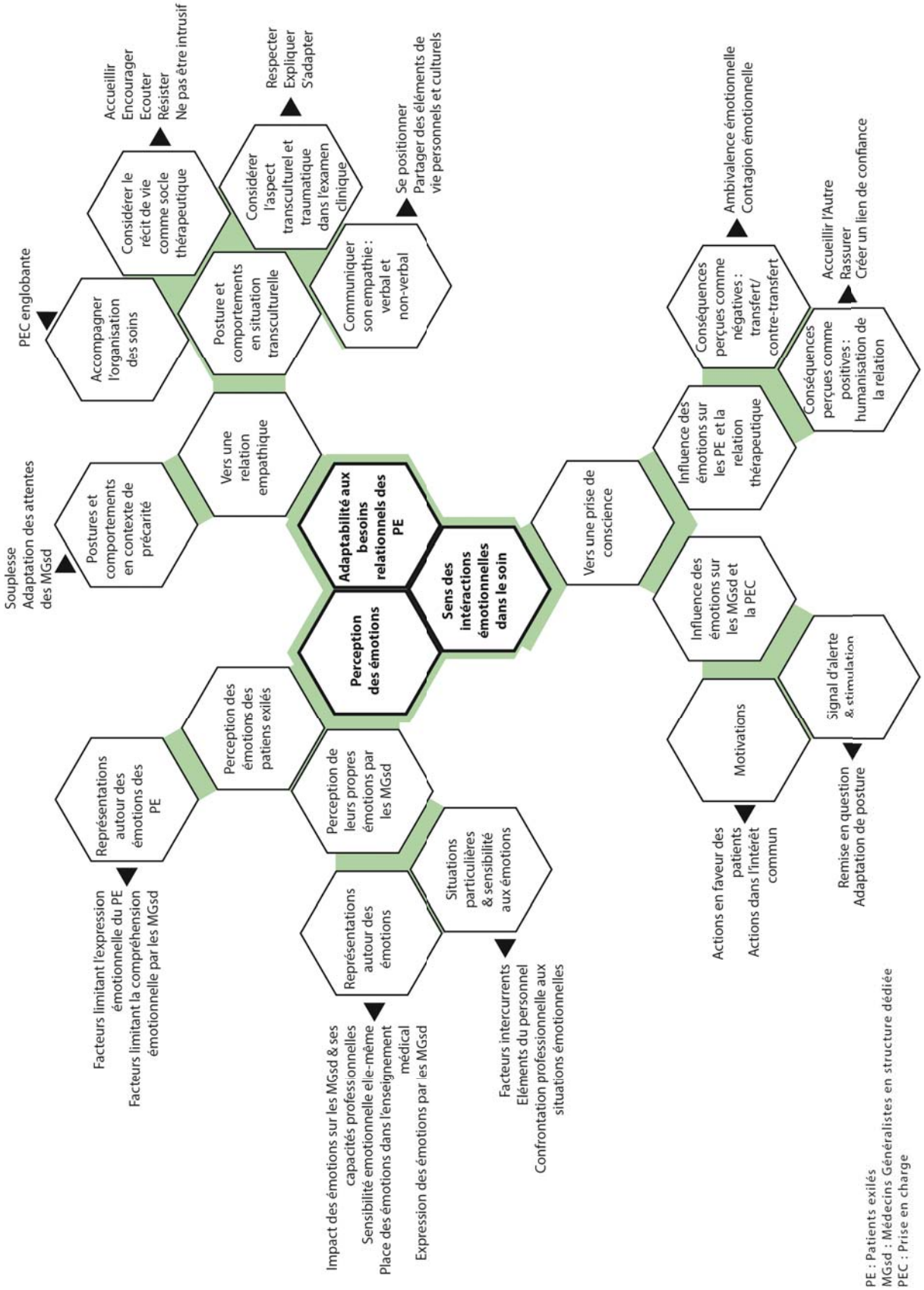
MGsd 3 : « En fait, tu, tu t'adaptes. Je pense que pour les patients c'est pareil. Il faut, faut être malléables quoi ».

BESOIN DE RECONNAISSANCE

MGsd 6 : « Parce que c'est vrai que ce n'est pas les patients qui vont dire "merci d'être là" c'est difficile pour eux. C'est... ils ont déjà trop de...ils vont trop mal pour pouvoir faire ça ».

Pour une vision plus claire de cette seconde partie, le schéma 2 suivant explicite ce deuxième grand thème, correspondant à la catégorie de Peirce 2 dans l'analyse.

Schéma 2 : Peirce 2 : Place de l'émotion en consultation avec un patient exilé pour les MGsd : vers l'acquisition de compétences relationnelles en situation transculturelle et contexte de précarité



II. 3. Peirce 3 : Quand la rencontre médecin-patient exilé impacte les médecins : mécanismes et stratégies de régulation émotionnelle en structure dédiée

Les médecins expliquaient que les émotions qu'ils éprouvaient au cours de la consultation avec les patients exilés pouvaient parfois être impactantes. Ce ressenti d'« impact émotionnel » est décrit dans le premier axe de cette partie. Ensuite, seront regroupées dans un second axe les méthodes que les médecins identifiaient développer lorsqu'ils recevaient cette forte charge émotionnelle, pour la gérer, la réguler. Ce mécanisme était explicité par les MGsd comme ayant une fonction, c'est-à-dire permettre la poursuite de la pratique. Nous avons décrit ce sens accordé à la régulation émotionnelle dans un troisième et dernier axe.

II. 3. A – Ressentis d'impact et envahissement émotionnel par les MGsd

Au cours des interviews, les médecins ont mis en évidence un ressenti : leur sphère émotionnelle pouvait être impactée par les émotions difficiles autour la consultation. En effet ces affects, décrits dans la partie I, étaient récurrents. Ils pouvaient avoir un impact plus ou moins durable que les médecins décrivaient sous forme d'une persistance plus ou moins longue dans leurs pensées, de la consultation en question. Parfois l'intensité perçue des émotions était associée à cet impact, corrélée à un sentiment d'envahissement émotionnel pour le médecin. Certains médecins ont décrit un risque d'épuisement émotionnel dans ce contexte.

MÉMOIRE ÉMOTIONNELLE DES ÉMOTIONS « DIFFICILES »

MGsd 1 : « Je me souviens d'un... ce qui me met surtout en difficultés c'est lorsque les personnes ont subi des violences physiques et des tortures heu… la plupart des patients qui sont passés par la Libye ont des parcours assez marquants… […] ***(hésitation, émotion dans la voix)*** et heu... Et c'était... Enfin ça m'a marquée... Durablement quoi j'ai vraiment repensé à cette histoire pendant… pendant plusieurs semaines, je... […] J'ai souvent repensé à son histoire ».
MGsd 6 : « Des fois c'est dur mais ça reste dur ***(le son de la voix se baisse)***, même si on en parle ça reste dur ***(toujours le son de la voix + bas)***. […] Je l'ai vu qu'une fois. Et je me demande toujours ce qu'il est devenu, s'il a réussi à rentrer chez lui […] et ça m'a vraiment marquée […] c'est vrai que quand je rentre heu... Quand je rentre d'un cabinet classique je ne parle jamais de mes patients. Quand je rentre de "la structure associative", oui, je parle de mes patients. Je dis "j'ai eu ça", "j'ai eu un monsieur il avait ça" alors que, je ne sais pas pourquoi, c'est étrange,

mais je pense qu'ils me marquent plus que... Je ne saurais pas te dire quelle histoire m'a marquée en cabinet par exemple, alors que là je sais exactement quel patient, les noms, je retiens tout quoi, c'est plus marquant quoi ».

MGsd 3 : « Je pense que tu... mais je pense que t'as des trucs qui te restent toute ta vie. Enfin je pense enfin la plupart des médecins vont te dire que y a des choses qui resteront encrées dans ta tête et que ça ne bougera pas quoi, ça ne bougera pas. Parce que heu... c'est des... des...des patients où le... c'est trop douloureux quoi je veux dire ».

ENVAHISSEMENT ÉMOTIONNEL RÉPÉTÉS

MGsd 7 : « dans la pratique classique t'as quand même beaucoup de journées où tu rentres chez toi le soir, voilà la journée était standard, ça s'est bien passé, sans être vraiment débordé mais ici c'est...mais ici c'est... les journées sont quand même rares, les journées de consultation où t'as pas une situation qui t'a vraiment chamboulé ».

MGsd 1 : « quand j'ai une consultation qui m'amène à mes limites émotionnelles comme ça en fait […] qu'en fait quand je suis prise un peu par surprise par ces récits heu... je suis d'emblée dépassée et je suis d'emblée dans mes retranchements quoi. […] je ne pouvais pas gérer euh... cette... cette histoire quoi ».

MGsd 6 : « Parfois malheureusement je n'arrive pas à les cacher […] Il vient en consultation médicale, et il sort de sa poche du manteau une photo de son bébé ***(petit silence)*** … Je vais pleurer ***(émotion dans la voix) (petit rire) …*** Il dit "je veux juste retrouver mon bébé", ***(parle en pleurant)*** "je ne veux pas rester, je m'en fous, je veux juste retrouver mon bébé" et il pleure, il pleure. Et j'ai pleuré avec lui ***(pleure en racontant)*** ».

MGsd 2 : « Et du coup, y a plein de trucs qui se passent donc je suis, voilà quoi t'es un peu submergé, mais tu ne sais pas par quoi, justement. Enfin, perso c'est ça pour moi un truc difficile c'est ça […] quand ça m'arrive je me dis houlà, là il va falloir voilà ***(rire)***, il va falloir revenir dessus ».

MGsd 4 : « Même si, oui, je suis consciente que ça m'a mis les larmes aux yeux parce qu'elle m'a raconté son histoire, elle a vécu la même chose avec son mari, voilà je suis consciente qu'effectivement ça m'affecte (***petit rire nerveux***) ».

MGsd 5 : « t'es décontenancé par une émotion qui peut te submerger […] ».

ÉPUISEMENT

MGsd 8 : « C'est dur hein de dire ça, ça m'attriste mais ça ne m'affecte pas. Ça ne m'affecte pas parce que je suis un peu découragé quoi, je suis arrivé au bout du rouleau en fait ».
MGsd 5 : « se remettre en question c'est émotionnel, c'est fatiguant, c'est heu...tu peux être épuisé de te remettre en question ».

II. 3. B – Stratégies de régulation émotionnelle développées par les médecins autour des consultations avec les patients exilés

Face à la charge émotionnelle qui incombe à l'exercice et le stress qu'elle peut représenter, les médecins décrivaient développer des mécanismes de gestion émotionnelle, regroupé dans ces résultats sous le terme de régulations émotionnelles. Celles-ci pouvaient être centrées sur l'émotion. Ce point des résultats est développé en premier. Elles pouvaient également être centrées sur le problème, comme décrit dans le second point. Enfin, le troisième point décrit par les médecins à ce sujet sont les facteurs d'influence sur ces stratégies émotionnelles.

- **Stratégies de régulation émotionnelle centrées sur l'émotion**

Les stratégies de régulation pouvaient être centrées sur l'émotion : il s'agissait alors majoritairement d'évitement, de recherche de lien social ou parfois d'acceptation pour les MGsd.

a) *Acceptation des émotions*

Certains médecins disaient réguler leurs « difficultés » émotionnelles par l'acceptation de la charge émotionnelle, alors perçu comme un outil au service de la prise en charge des patients.

ACCEPTATION

MGsd 1 : « Heu... Je pense aujourd'hui qu'elles sont un allié précieux ***(sourire)*** heu... parce que je les accepte ».
MGsd 6 : « des fois on ne contrôle pas ses émotions de toute façon. Donc on n'a pas le choix que de les accepter. Donc se blinder... est-ce que ce n'est pas plus de souffrance que de se blinder… ? »
MGsd 2: « Y a une relation de soin je ne saurais pas comment la décrire voilà, mais elle implique aussi des émotions. Déjà les émotions sont indispensables voilà. Tu ne peux pas te dire, oui je fais fis de mes émotions parce que déjà 1 je pense que ce n'est pas possible, heu 2 heu c'est important parce justement c'est une relation ».

b) *Évitement*

Les stratégies développées par les MGsd pouvaient également consister à fournir un effort cognitif ou physique, pour réguler la réponse émotionnelle induite par une consultation, dont ils ne pouvaient changer les faits ; le but explicité était alors de détourer leur attention du facteur de la consultation stressante ou impactante. Ils évoquaient l'oubli, les loisirs, le sport ou la relaxation. D'autre fois, ils décrivaient des efforts psychiques ou concrets, visant à se dégager des situations qui les angoissait.

RÉGULATION DE LA RÉPONSE ÉMOTIONNELLE

MGsd 7 : « ***(silence)*** alors déjà ben quand je reçois ce genre de personne je me prépare un peu psychologiquement, j'essaie toujours de prendre un petit temps de relax avant de la recevoir, d'essayer d'être bien avant de commencer ***(sourire)*** » ; « y a certainement plein d'autres choses à faire hein de... je ne sais pas y a des gens qui écrivent heu je pense que chacun trouve un peu son moyen de se mettre à distance après ça, peut être aussi passer par l'oubli, par les vacances, les voyages, des moments de déconnexion, des activités qui permettent de déconnecter complètement de ta pratique. Y a du travail, peut-être un travail sur le fond des choses et aussi un travail d'oubli oui je pense que ça c'est important aussi ». MGsd 1 : « En fait je... alors quand je suis préparée à accueillir ce type de récit je… J'arrive mieux du coup à contrôler mes réactions ». MGsd 2 : « je vais au stade, je fais du squatch ***(rire)***, j'évacue quoi, voilà ». MGsd 3 : « Je pars souvent en vacances, j'essaie de faire du sport ». MGsd 2 : « Moi généralement j'ai, j'essaye, pour l'instant j'arrive, du fait que j'oublie des situations aussi, j'en oublie mais heu et je crois que j'arrive en fait à, rester heu... sobre quoi ». MGsd 1 : « j'ai des petites techniques genre heu... quand j'arrive dans mon village en fait je dépose mes histoires à l'entrée du village pour essayer de ne pas les ramener à la maison. C'est symbolique mais ça m'aide pas mal. Ça me permet une fois que j'suis chez moi si l'idée me vient, de me dire "non j'ai décidé de la laisser dehors et de ne pas y penser" »

STRATÉGIES D'ÉVITEMENT

MGsd 1: « je ne sais pas si je me serais senti […] probablement j'aurais différé et botté en touche » ; « j'avais une grande ***(insistance prolongée de l'intonation sur « grande*** ») envie c'est qu'il arrête de me raconter son histoire ou de partir en courant ou que la consultation s'arrête ».

MGsd : « Après c'est aussi je pense, ça donne aussi un sentiment de rejet clairement parce que là […] et c'est vrai ben que l'insistance ça donne aussi un sentiment de rejet parce que ça te submerge » ; « au bout d'un moment je te parlais de l'angoisse anticipatoire si tu peux choisir entre cette consultation ou une autre ben clairement t'as qu'une envie c'est qu'elle arrive le plus tard possible ***(sourire)*** » ; « tu sais très bien que ce n'est pas contre elle mais t'as envie de... d'évacuer le... d'évacuer la situation, peut-être de faire comme si ça n'existait pas ».
MGsd 8 : « le temps est également trop court pour pouvoir heu... pour pouvoir heu capter leurs souffrances, capter leurs souffrances. Et dans un certain sens heu c'est peut-être bien pour nous, c'est peut-être bien ».

c) *Recherche de soutien social*

Pour réguler leurs affects, les médecins décrivaient une importance particulière à la verbalisation de leurs difficultés. Ils évoquaient le fait de parler à des personnes de leurs entourage personnel et notamment professionnel. Il s'agissait de « débriefing » officieux qui se mettaient en place en fonction de leurs ressources personnelles (selon l'utilité qu'ils accordaient à cette méthode) et de leurs ressources professionnelles (leurs réseau et conditions de travail). Le travail en structure était décrit comme un facteur facilitant le recours à cette recherche de soutien social.

PERSONNEL

MGsd 7 : « on peut parler tous de nos expériences professionnelles avec notre entourage, dans le couple, avec les amis ».
MGsd 1 : « J'ai aussi beaucoup d'amis thérapeutes mais plus dans les médecines douces et du coup qui ont déjà cultivé pendant leurs études cette posture-là. […] j'échange sur ces situations-là. Et notamment les situations pour le coup de patients qui m'amènent des récits de violences, j'ai 2 amis avec lesquels j'échange beaucoup sur ça […] Mais j'en parle toujours parce que je ne peux pas garder ça pour moi quoi ».

PROFESSIONNEL

MGsd 7 : « quand il y a des situations de patients complexes, d'essayer que tout le monde soit au courant dans l'équipe, histoire de répartir un peu le poids déjà, de savoir qu'il n'y a pas que toi qui connaît la situation, il n'y a pas que toi qui peut recevoir la personne, ça déjà c'est quelque chose qui soulage un peu du fardeau et après heu… […] y a tout un travail après de... ben de

dialogues avec le reste de l'équipe, d'extériorisation des émotions » ; « tout simplement ça aide, la libération de la parole hein c'est toujours thérapeutique, puis d'en parler entre collègues ou entre personnes du milieu je pense que c'est un... […] mais je pense que c'est important et peut-être de comparer les… ben ça aide de comparer les ressentis des uns et des autres. Le fait de savoir que ton collègue a pu ressentir la même chose, se sentir débordé, se sentir peut-être heu... peut-être pas à sa place ou inadapté mais c'est, ça permet d'enlever le, d'enlever du poids ».

MGsd 6 : « je pense que ça me fait évacuer quand même d'en parler, de voir que les autres aussi sont choqués, qu'il n'y a pas que moi, ça aide ».

MGsd 4 : « Oui oui, non seulement c'est important de décompresser en le racontant aux collègues et en plus c'est important pour la prise en charge du patient ».

Msd 2 : «Et du coup je n'évacue pas en pleurant parce que je ne crois pas que je me rappelle avoir pleuré mais j'en parle, j'en parle avec mes confrères, je... […] et après effectivement j'évacue, j'en parle […] Voilà. Et du coup ouais je suis pas resté seul, je pense c'est ça, c'est la clé pour tous, c'est ne pas rester seul. Altérité ***(insiste sur les syllabes, sourire)*** ».

MGsd 5 : «moi j'aime bien aussi parler des émotions avec les collègues parce que ça permet d'ouvrir en fait ton... ton... déjà tu t'ouvres toi-même, t'ouvre ta personne, même quand tu parles à un professionnel en fait tu sors du cadre professionnel mais en y étant encore. C'est-à-dire que tu vas lui demander conseil sur une situation personnelle mais qu'il pourrait partager parce que c'est dans une situation professionnelle qu'il peut avoir lui aussi et qu'il a pu ressentir dans d'autres situations. Donc qu'est-ce que je ferai moi ? oui moi j'ai tendance à parler avec mes collègues ».

- **Stratégie de régulation émotionnelle centrée sur le problème**

Les stratégies de régulation pouvaient également être centrées sur le problème ; alors parfois, lorsque cela était possible, les médecins cherchaient à réguler leurs émotions par la maîtrise d'outils permettant d'influer sur la source de leurs difficultés émotionnelles. Ainsi ils participaient à des formations autour de la relation thérapeutique, structuraient et préparaient leurs consultations, participaient à des groupes de parole supervisée quand cela était accessible.

FORMATIONS ET ANALYSES DE PRATIQUE

MGsd 1 : « Je suis allée chercher des formations heu...alternatives heu...et... dans ce champ-là j'ai rencontré aussi des thérapeutes très alternatifs qui m'ont amenée à ça, qui eux ont plus naturellement une attitude bienveillante vis-à-vis des personnes ».

MGsd 2 : « Donc du coup j'ai fait un D.U. Santé Précarité pour heu voilà, j'ai passé un diplôme d'entretien motivationnel » ; « ça devrait être la norme. […] c'est juste une exigence de qualité quoi […] je t'avoue qu'en fait si on fait des analyses de pratique quand on parle de cas particuliers d'ici je vais complètement parler des cas que j'ai eus dans le cadre de "structure associative" ».

ORGANISATION ET RECHERCHES DE SOLUTIONS

MGsd 4 : « Parce qu'on avait parlé avec aussi la psychologue, elle avait vu qu'on avait préparé cette consultation, que voilà on avait travaillé toutes les 2 » ; « c'est vrai que ça m'a ému de le faire et au moment de la consultation je ne me suis pas épanchée sur cette émotion-là pour avoir le temps de lui expliquer tout ce qui allait lui arriver ».

- **Stratégies et apprentissage**

Au sujet de ces stratégies développées, les médecins décrivaient leur adaptation au cours du temps et de leur expérience. Cependant ils exposaient leurs représentations sur la formation théorique qu'ils avaient reçu au cours de leur cursus à ce sujet, décrite comme quasiment absente par les médecins.

ADAPTATION DES STRATÉGIES DE RÉGULATION

MGsd 7 : « on est un peu lâché en autonomie donc on se construit nous-mêmes avec nos moyens de protection, nos moyens de défense […] Après je pense que plus t'es... certainement plus t'es jeune dans le domaine et plus c'est compliqué à gérer » ; « ben de toute façon on a tous vécu ça, on commence l'externat, l'internat avec à peu près zéro prise en charge, ce n'est pas le module de psycho ***(en souriant)*** qu'on fait en 2ème année qui nous... qui nous aide beaucoup pour affronter ce qu'on doit vivre. […]. Donc c'est vraiment, il faut faire ça un petit peu en freelance quoi ***(sourire) »***.

MGsd 1 : « j'arrive plutôt bien à gérer avec ce système-là mais j'ai longtemps cherché comment ne pas penser tout le temps à mes prises en charges ».

MGsd 3 : « chacun essaye de rester aussi dans son, pas dans son rôle mais dans son... dans son retranchement émotionnel qu'il s'est construit ».

MGsd 5 : « la carapace c'est quand tu commences à faire des choses qui desservent, tu commences à être malfaisant peut-être pour le patient et peut-être aussi pour toi. Donc la carapace elle ne va pas t'aider malheureusement c'est-à-dire qu'en fait la carapace c'est la limite

de tes actions dans le sens aussi limite de tes émotions. T'as une limite, tu te, tu te, tu te mets un mur et le mur il est autour de toi. Et vu qu'il est autour de toi ce n'est pas un épanouissement pour toi, la carapace. C'est pour ça qu'il faut le casser. Dans tous les cas ».

ENSEIGNEMENT A LA GESTION ÉMOTIONNELLE

MGsd 1 : « Alors en Médecine pas du tout, voir même je pense ma formation m'a plutôt mis des barrières pour heu... énormément de barrières ».

MGsd 6 : « Non non, on forme à la médecine pure, on forme à soigner, à savoir comment réagir face à telle maladie mais comment agir face à de telles émotions jamais. Je ne sais pas s'il y a une formation possible en même temps» ; « peut-être [qu'on pourrait imaginer une formation] plutôt dans le sens de "quoi apporter au patient ?" plutôt que nous, ce que ça nous évoque à nous ».

MGsd 4 : « Je réfléchis si ça a pris ne serait-ce qu'une heure ou deux dans notre cursus, non je ne crois pas. En tout cas si ça a été abordé ça a tellement été court qu'on ne s'en souvient pas, dans le flot de toutes les connaissances qu'on a dû accumuler. Dans le DES ça prend un peu plus de place mais bon il faut attendre 6 ans pour l'aborder par expérience, en plus c'est uniquement du partage d'expérience donc sans l'analyser et sans en faire grand-chose.

[…] On nous apprend à partager l'expérience mais pas à l'analyser, on ne nous dit pas quoi en faire ».

MGsd 7 : « alors non très peu. Non je dirais très peu parce qu'on n'a pas de... […] en tout cas non j'estime avoir eu aucune heu pratiquement aucune préparation, aucune formation ».

MGsd 5 : « le gros souci c'est qu'elle [l'émotion] s'enseigne difficilement en Médecine. En tout cas elle ne peut pas s'enseigner en amphithéâtre c'est certain, ou alors dans un cadre très scientifique ».

- **Mécanismes de protection**

A côté des stratégies d'évitement, mises en place de façon consciente pour atténuer la « difficulté » émotionnelle ressentie, les médecins décrivaient des mécanismes visant également à accepter, réguler cette réponse émotionnelle et garder un mode de fonctionnement adapté. Ces derniers semblaient se mettre en place de façon plus autonome. Ils avaient pris conscience de ces mécanismes de protection et pouvaient nous les décrire à posteriori. Il s'agissait plutôt phénomène de distanciation et de retrait émotionnel. Du point de vue des médecins, certains étaient jugés comme efficaces et nécessaires, d'autres semblaient moins satisfaisants.

DISTANCIATION, RETRAIT EMOTIONNEL

MGsd 1 : « J'étais un peu focalisée sur cette "non-émotion" quoi. Je pense que c'était un peu tout masqué par un...par heu... comment dire, un… un réflexe de... par… par mes mécanismes de protection qui seraient de l'ordre de la fuite ***(sourire)***. Je ne suis pas tellement allée creuser en dessous en fait » ; « Et c'est une tendance que j'ai un peu de manière systématique quoi, quand j'ai une consultation qui m'amène à mes limites émotionnelles en fait je me mets dans l'anesthésie affective et… J'attends juste que la consultation se termine quoi » ; « sauf que je pense que dans mon attitude physique je ne suis pas du tout dans l'accueil, je me mets dans une posture de retrait, je ne suis pas mal heu... je pense que physiquement je me retrouve un peu fermée… »

MGsd 7 : « après t'as des mécanismes qui se mettent en place pour heu... ben déjà dans l'expérience médicale du métier, apprendre à prendre un petit peu de recul» ; « ben je pense qu'il y a une partie qui est heu ouais une partie aussi intentionnelle dans... je sais pas dans le langage peut-être verbal et même gestuel, d'essayer de recadrer un peu et de faire comprendre qu'il faut pas trop en demander non plus. Donc j'imagine qu'il y a une partie oui qui est visible et puis après il y a aussi sûrement beaucoup de choses de l'ordre de l'inconscient ».

MGsd 4 : « A la "structure" des fois j'entends des histoires horribles et j'ai l'impression que je ne ressens rien et ça m'inquiète. Est-ce que c'est une bonne chose d'être blindée complètement ? […] C'est vraiment de l'ordre de l'inconscient, j'essaie le plus possible de les mettre de côté en fait ».

MGsd 3 : « je pense qu'en fait tu réagis de manière professionnelle quand même. Enfin, parce que t'as toujours ce... c'est comme quand t'es avec tes patients, tu as toujours ce recul, cette distance que t'essayes de prendre pour essayer de te... comment... de te sécuriser, toi quoi. […] Donc tu, tu te blindes quoi. Tu te blindes ***(silence)*** tu te blindes. Moi j'arrive assez bien à prendre du recul ».

II. 3. C – Place et sens donnés à la régulation émotionnelle par les MGsd

Autour des stratégies mises en place pour réguler leurs émotions, les médecins décrivaient une nécessité de trouver un équilibre, un compromis ou un cadre contenu, les médecins s'accordaient généralement sur la nécessité d'une balance entre l'investissement émotionnel et les compétences scientifiques. Certains médecins expliquaient alors que prendre en soin des personnes souffrantes nécessitait une résistance à la charge émotionnelle, de prendre en charge tous les patients équitablement. Nous avons regroupé ces résultats dans la catégorie de

« résilience ». Aussi, lorsque les stratégies de régulation émotionnelle mise en place étaient considérées comme une réussite, les médecins se décrivaient satisfaits de la relation thérapeutique instaurée avec les patients exilés. Quelques fois, ces stratégies étaient perçues comme inefficaces.

ÉQUILIBRE

MGsd 2 : « Ce qui est important […] de pas être submergé voilà et que ça reste un équilibre, un équilibre entre les émotions, l'intellect, heu les connaissances heu, le patient heu les sens je n'en sais rien enfin tout quoi […] Il n'y a pas une manière préconçue de trouver l'équilibre. Il n'y a pas une manière préconçue et justement c'est ça qui est énorme, c'est ça qui est trop bien » ; « De pas être submergé par la tristesse, de pas être submergé par l'envie de faire, heu et du coup tu fais n'importe quoi, de pas être submergé ».

MGsd 3 : « Enfin je pense qu'il faut que tu aies une philosophie de vie qui soit un peu cohérente je veux dire, on apporte ce qu'on peut, on essaie de donner le meilleur qu'on peut donner ***(silence)*** et puis après je pense qu'on est heu il faut rester à notre juste niveau ».

MGsd 5 : « Quand on parle d'un bon médecin ce n'est pas qu'un médecin sensible, ce n'est pas qu'un médecin qui a une grosse connaissance scientifique, c'est un peu des 2 et il faut essayer que ni l'un ni l'autre s'annule. Et bon courage au médecin ***(sourire, lève les sourcils)*** » ; « c'est qu'il y a un compromis entre justement ces émotions et les réponses personnelles ou que tu peux donner au patient ou les deux, un compromis qui peut être déstabilisé comme sur une balance et où du coup il faut trouver une autre façon de travailler, c'est-à-dire de répondre différemment au patient ou de comprendre mieux la situation pour être moins en colère, savoir d'où vient la mauvaise gestion de ce compromis ».

MGsd 4 : « j'arrive assez bien à heu... à rester heu dans mon cadre de... voilà de...de travail quoi, on va dire (***se gratte, grimace en parlant***) ».

« RÉSILIENCE »

MGsd 4 : « Mais je pense que je les ressens, je pense qu'on n'a pas le temps de s'attarder dessus parce qu'une heure après on a une autre histoire horrible quoi ***(Silence)*** ».

MGsd 8 : « Parce qu'on est dans l'activité de tous les jours, il y a d'autres personnes, on ne peut pas s'arrêter à une personne […] j'ai d'autres choses aussi à voir, à me battre aussi, de façon peut être indirecte mais heu il y a trop de choses à faire, trop de choses pour s'arrêter à 1 cas ou à 2 cas ».

MGsd 6 : « la misère et savoir que malheureusement y a plein de tristesse dans le monde et que le monde n'est pas tout rose et tout beau, donc les voir à côté de moi ça me touche bien sûr, mais je n'ai pas envie de me blinder ».

SATISFACTION

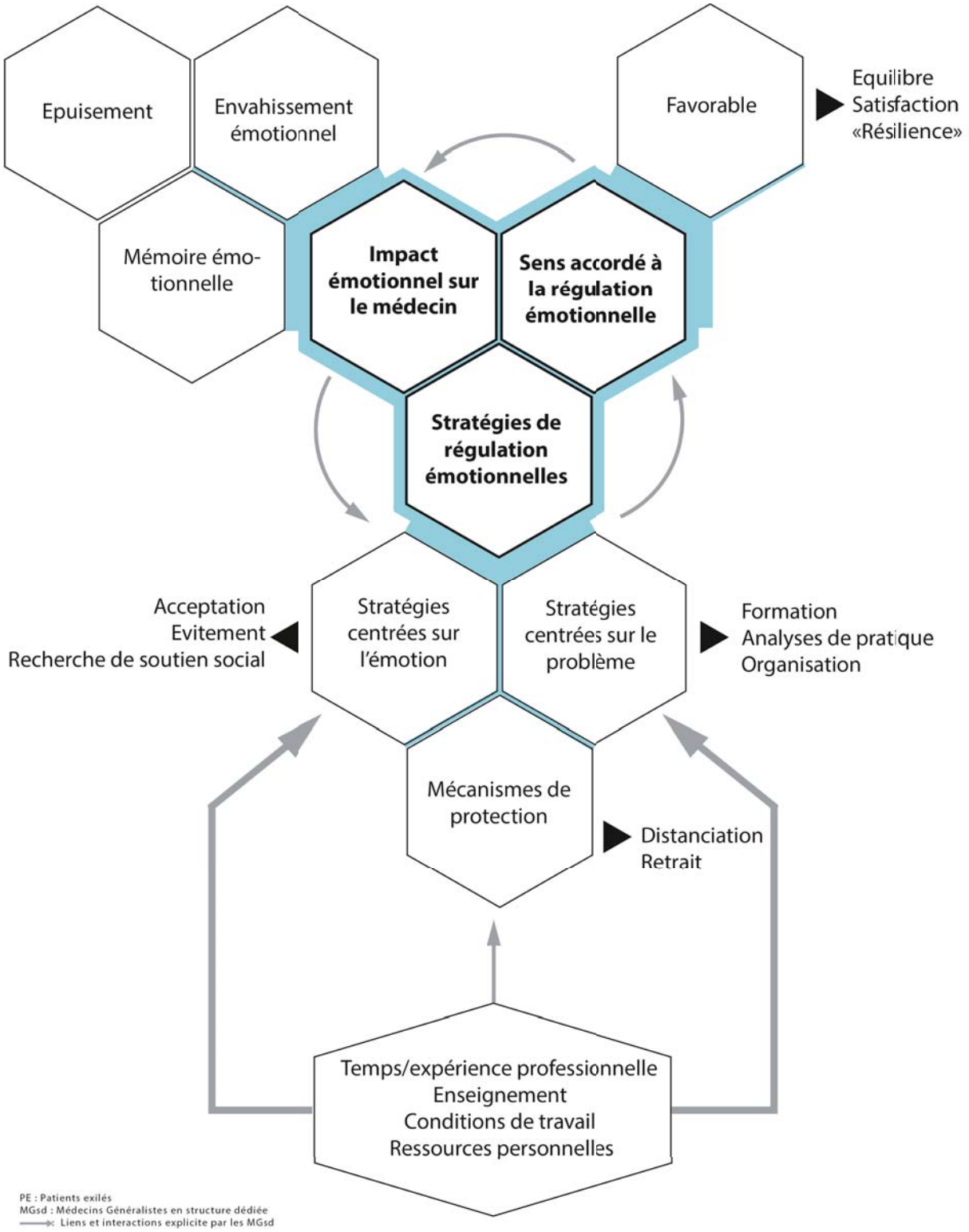
MGsd 4 : « on est quand même allées jusqu'au bout de l'examen et en repartant quand même elle m'a embrassée […] après je pense que ça a un rôle parce que le patient en face doit se sentir écouter mais heu… (***la voix plus basse***) on n'en parle pas, c'est du non-dit » ; « Ça c'est chouette et c'est quand un patient te dit « je me sens mieux » que c'est un sentiment de satisfaction ».

MGsd 5: « dans mon expérience je me considère récompensé si heu si ça répond justement à ce pourquoi je mets l'énergie […] parce que oui parce que ça demande un effort et non parce que heu ça.... ça t'apporte une satisfaction. Donc heu...c'est la balance ».

MGsd 1 : « je continue parfois à avoir des attitudes où on n'est pas parfait, des attitudes dont je sors insatisfaite et j'essaye toujours de réfléchir à comment faire autrement la fois d'après pour être plutôt contente ».

Afin de résumer cette troisième partie, le schéma 3 suivant explicite ce troisième thème, correspondant à la catégorie de Peirce 3 dans cette analyse.

Schéma 3 : Peirce 3 : Quand la rencontre médecin-patient exilé impacte les MGsd : mécanismes et stratégies de régulation émotionnelle



III. Proposition synthétique générale intégrative [106] selon la sémio-pragmatique de Peirce

Pour introduire la suite des résultats avec clarté, il est nécessaire de revenir sur la méthodologie sémio-pragmatique de Peirce pour expliquer la suite de la mise en pratique. Cette méthode d'analyse est bien décrite dans le travail de G. BOURREL et A. OUDE ENGBERINK qui définissent la suite de sa mise en place ; elle consiste à faire émerger la « *catégorie argument* » [106] qui englobe le sens de l'expérience étudiée. Nous allons détailler les étapes permettant d'y parvenir dans cette étude, telles qu'elles sont décrites dans la littérature [106].

Il était d'abord question d'assembler et catégoriser les éléments signifiants du texte, en catégorie de Peirce 1, 2 ou 3, de façon concomitante à l'analyse des verbatims. Cette catégorisation a donné lieu à un tableau de Peirce regroupant les catégories de premier niveau identifiées. Ce tableau est consultable dans les annexes (Annexe 6).

Par la suite, à partir de ces catégories de premier niveau, il s'agissait de faire monter les catégories en généralité, par comparaison constante. Celles-ci étaient associées, par signe 1, 2 ou 3, en fonction de leur sens dans le contexte. Au final, cette étape a fait émerger huit catégories principales dans ce travail, regroupées dans le tableau 5 des catégories principales de Peirce qui suit. En accord avec le code couleur arbitraire utilisé dans les résultats, la partie rosée concerne Peirce 1 ; la partie verte concerne Peirce 2 ; la partie bleue concerne Peirce 3. Les commentaires entre parenthèses explicitent les sous-catégories contenues dans chaque catégorie principale.

Tableau 5. Tableau des catégories principales de Peirce

	CATÉGORIES PRINCIPALES
PEIRCE I : QUALITÉS / PERCEPTIONS ÉMOTIONS, SENTIMENTS, RESSENTIS	**Ressentis associés à l'empathie** (Émotions, sentiments, ressentis associés au partage et à la compréhension affective des patients exilés et de leur histoire de vie)
	Émotions, sentiments, ressentis liés aux possibilités d'action des médecins dans la prise en charge des patients exilés (Affects des médecins en rapport avec leurs propres possibilités d'action dans le cadre juridique, les champs et les conditions d'exercice en rapport avec la prise en charge des patients exilés)

	Émotions qui relèvent de l'impact de la pratique quotidienne sur le médecin lui-même (Émotions, sentiments, ressentis du médecin en rapport aux champs d'exercice, au cadre juridique et aux conditions d'exercice avec les patients exilés)
PEIRCE 2 : FAITS/ CONFRONTATIONS ACTIONS RÉFLEXIVES, COMPORTEMENTS, ADAPTATIONS	**Constats et actions réflexives autour de la rencontre avec le patient exilé et dans le champ d'exercice en situation transculturelle et de précarité** (Difficultés et spécificités des prises en charge, prises de conscience autour des émotions, de leurs mécanismes et leurs fonctions)
	Mise en actes, comportements et implication personnelle et relationnelle des médecins dans la prise en charge des patients exilés (Actions/réactions, comportements et adaptions dans le contexte de prise en charge de patients exilés)
PEIRCE 3 : LOIS/ REPRÉSENTATIONS CONCEPTS, THÉORIES SUBJECTIVES, ARGUMENTS, SENS COMMUNS, MÉCANISMES	**Identité professionnelle et sens donné à la pratique en lien avec le patient exilé** (Représentations autour des patients exilés, de la maladie ou souffrance psychique des patients exilés, de leur prise en charge, de la place de l'émotion en Médecine, du rôle du médecin et du système de santé)
	Construction d'une résilience pour les médecins (Représentations sur la formation à la gestion émotionnelle, mécanismes de gestion émotionnelle et ressources professionnelles et personnelles des médecins généralistes)
	Vers un engagement professionnel « impliqué » (Représentations des médecins généralistes sur leurs motivations et convictions personnelles ainsi que sur les déterminants de leur exercice actuel)

Puis, une étape de mise « *en perspective les différentes catégories pour les ordonner et dégager la catégorie argumen*t » : « *catégorie principale englobante porteuse de la signification du phénomène étudié* » était attendue [106].

- Ainsi, pour rappel, les catégories 3 présupposent les catégories 2, qui présupposent les catégories 1 *: « c'est-à-dire que les catégories 3 "encapsulent" les deux catégories sous-jacentes* » [106] ;
- Avec un niveau d'abstraction supérieur, dans cette étude sont englobés alors : « l'identité professionnelle et le sens donné à la pratique en lien avec le patient exilé », « la construction d'une résilience » et « vers un engagement professionnel "impliqué" » - ainsi que les catégories 2 et 1 qu'elles présupposent - en : « expérience émotionnelle perçue par les médecins généralistes comme une relation empathique au service d'un objectif commun » ;
- La catégorie argument proposée dans ce travail est alors :

« **Dimension humaine du soin et sentiment d'utilité sociale** »

Enfin, il est recommandé de restituer le sens de l'analyse des résultats dans une *« proposition synthétique générale intégrative »* [106]. Cette fonction a pour but de mettre en évidence le lien hiérarchique 3/2/1 de l'expérience selon Peirce émergeant dans les résultats. Pour ce travail, nous pouvions proposer cette synthèse :

L'expérience émotionnelle des médecins généralistes exerçant en structures dédiées auprès des patients exilés, est un phénomène évolutif, qui s'organise en trois moments phénoménologiques allant de :

- L'association d'émotions impactantes en lien avec la situation des patients exilés, représentant l'empathie et les possibilités d'action des médecins autour de la prise en charge dans ces situations complexes, et de ressentis résultant de la rencontre transculturelle dans un contexte de précarité (Peirce 1),

- Vers les représentations autour d'une identité professionnelle et du sens donné à leur pratique (Peirce 3),

- Passant par l'acquisition de compétences relationnelles et émotionnelles en situation transculturelle et de précarité, induites par une implication personnelle vers une meilleure compréhension des patients pris en charge (Peirce 2).

Dans ce contexte empathique de consultation avec un patient exilé, et de considération d'un objectif commun, découle une dimension humaine du soin, associée à un sentiment d'utilité sociale, perçus par les médecins généralistes comme le reflet de leur expérience émotionnelle.

Nous pouvons désormais passer à la discussion de cette étude. Seront d'abord abordés les limites et les forces méthodologiques de l'étude, puis seront discutés les résultats.

DISCUSSION

I. Limites et forces méthodologiques de l'étude

Cette étude qualitative est originale par son thème et son approche. Nous discutons ici de la méthodologie utilisée. Un tableau récapitulatif des limites et des forces de ce travail a été placé en synthèse, à la fin de ce chapitre (Tableau 6).

I. 1. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage, raisonnée et systématique, a permis d'inclure huit participants représentatifs de la population d'étude. Il s'agissait de tendre vers l'une des exigences méthodologiques de l'IPA : obtenir un échantillon circonscrit, restreint et homogène [94], susceptible d'être de haute qualité [100]. La taille réelle d'échantillon réduite n'est pas une limite dans cette étude puisque la saturation des données n'est pas recherchée en IPA [108]. Cependant, au sujet de la similitude entre participants, l'intérêt des chercheurs se portait surtout autour du domaine d'expertise médical qui concernait l'étude, identifié par : la méthode de recrutement sur le lieu d'exercice, un intérêt pour d'éventuelles formations complémentaires et l'expérience antérieure professionnelle en lien avec les patients exilés et la démarche des participants ayant menée à l'exercice actuel. Cette similitude était ici discutable sur deux critères.

- Le fait que seuls des médecins exerçant dans les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse aient pu être inclus, était une limite potentielle : une partie de la variabilité des ressentis chez les médecins interrogés était liée aux différences perçues des conditions de travail. Sans qu'aucun lien entre dispositif de soins et département n'ait été étudié ici, les deux secteurs différaient sur le thème de l'interprétariat et de l'accès au dispositif de soins en santé mentale dans les structures dédiées où les médecins interrogés exerçaient. La confrontation des résultats à la littérature oriente vers une divergence des ressentis des soignants autour de l'utilisation de ces deux dispositifs de soins, bien étayé dans cette étude. Ainsi, on peut supposer qu'inclure d'autres structures et d'autres départements n'auraient pas significativement fait varier les résultats principaux ; cependant d'autres catégories auraient peut-être pu émerger.

- Par ailleurs, le critère d'âge et d'expérience professionnelle, pourraient eux aussi être identifiés comme une variable étayant les divergences au sein des résultats. Cependant l'âge n'était pas forcément corrélé à l'expérience auprès des patients exilés dans cette analyse, expérience qui était en effet d'ancienneté variable parmi les participants.

I. 2. Réalisation de l'étude et des entretiens

I. 2. A - Subjectivité préalable et distanciation théorique du chercheur

Dans cette étude, l'influence potentielle des perceptions et attentes préalables autour du sujet sur l'analyse était prise en compte tout au long du travail. Cette prise de conscience passait par une étape de distanciation théorique ou « *réduction phénoménologique d'Husserl* » [99] (décrite dans le paragraphe Matériel et Méthode) et une pause dans l'exploration bibliographique effectuée préalablement à la réalisation des entretiens.

I. 2. B- Conditions de réalisation de l'entretien

Le choix du lieu et du moment des entretiens, laissé aux médecins généralistes pour leur confort, s'est traduit favorablement par une durée moyenne de l'interview supérieure à celle annoncée aux médecins initialement.

Le choix du tutoiement, laissé au participant et utilisé spontanément par sept interviewés sur huit, est classiquement utilisé par les enquêtés pour rétablir un rapport de force suggéré par la position enquêteur/enquêté et signaler l'appartenance à un même groupe [109]. Cependant, pour l'interview concernée, le vouvoiement n'a pas semblé être une limite à la richesse de l'entretien perçue au cours de l'analyse.

La définition du terme exilé dans cette étude, rappelée au début de l'entretien, se voulait sans précision sur des critères comme la provenance ou le délai écoulé depuis l'arrivée en France des personnes, afin de ne pas influer sur le choix des expériences de consultations émotionnellement difficiles évoquées par les MGsd. Ceci allait avec la démarche prospective de l'étude qualitative : les résultats de l'étude n'étaient pas prévisibles à l'avance et leur contenu a orienté la recherche.

Il était demandé aux participants au cours de l'entretien de raconter une situation clinique qu'ils avaient perçue comme « difficile émotionnellement ». Comme le valorisent I. PIETKIEWICZ

et J.A. SMITH, partant du principe que le sujet est « *un être qui s'auto-interprète, et que du sens serait présent dans tout propos* » [96], le discours des médecins n'était pas interrompu. Ainsi, les réponses élargies de ces derniers autour de ce concept d'expérience émotionnelle, apportant, par exemple, des affects plutôt « positifs » ou « plaisants », évoqués spontanément, ont été intégrées au cours de l'analyse, prenant en compte l'intégralité des verbatims dans une démarche pragmatique. Ce dernier point s'est révélé pertinant dans les résultats.

Au cours de l'entretien, les résistances qui pouvaient freiner l'interlocuteur, qui est amené à dire tout haut ce qu'il pensait tout bas jusqu'alors, étaient considérées. Ce processus que A. BLANCHET et A. GOTMAN nomment l'objectivation [99], expose en effet doublement l'interviewé, à la fois à lui-même et au chercheur. Dans cette situation de face à face, l'interviewé à tendance à donner la meilleure image de lui-même (phénomène de désirabilité sociale). De plus, le sujet de l'émotion des médecins, dans un contexte cerné de représentations comme la migration, s'exposait au phénomène de régionalisation des représentations, pouvant perturber l'entretien. En effet, émotion et médecine sont à priori deux mondes séparés [99]. Les chercheurs ont été attentifs à l'identification de la gêne ou de la crainte du jugement des interviewés au cours des entretiens. Le statut de médecin de l'intervieweur, présenté aux interviewés, suggérait implicitement une compréhension entre les interlocuteurs dans ce contexte. La profession du chercheur a facilité l'écoute empathique indispensable en IPA.

1. 3. Intersubjectivité

I. 3. A - Subjectivité de l'enquêteur et entretien semi-dirigé

La méthode de recherche qualitative et l'IPA, sont interprétatives par nature et ne peuvent répondre au critère d'objectivité exigé en recherche quantitative. Les interrogations et influences mutuelles naissant du rapport en face à face sont inhérentes aux échanges et donnent du sens à la rencontre. Dans cette étude, les chercheurs avaient conscience de leur contribution potentielle dans la production des résultats et l'analyse, tendant à répondre au critère de réflexivité [110].

L'intervieweur portait attention à l'expression de ses propres affects au cours de l'entretien, notamment si les réponses apportées par les participants généraient un sentiment de surprise ou d'inattendu. Dans ce sens, il s'agissait de permettre le développement des propos, d'approfondir

une pensée qui semblait incomplète ou contradictoire au sein d'un dialogue libéré de tout jugement. Cette posture a permis de dévoiler des aspects nouveaux dans cette étude.

La maîtrise des techniques d'entretien et de communication était requise. Elle a pu constituer une limite, en rapport avec l'auto-formation de l'enquêteur à l'exercice de la recherche qualitative. Elle a été entraînée par la réalisation d'entretiens au préalable, ayant pour but de faire évoluer les compétences d'énonciation et rendre le discours plus fluide et compréhensible.

I. 3. B - Subjectivité de l'interviewé

La qualité d'un entretien est aussi liée aux compétences d'énonciation de l'interviewé. Dans cette étude, les discours étaient clairs et le sens accordé par les médecins à leurs pensées était accessible. Cependant il a pu exister des difficultés pour préciser la nature des ressentis, cet exercice étant complexe. Ces éléments étaient prévisibles et attendus, d'où le choix d'une méthode permettant de prendre en compte des éléments non verbaux.

Selon A. GIORGI, le participant est un co-chercheur qui doit valider ses propos à la fin de la retranscription. Celui-ci correspond au critère COREQ n° 23, non satisfait dans ce travail (Annexe 1). Cependant, ne pas soumettre à correction les entretiens peut être considéré comme un avantage sur ce sujet précis, favorisant la spontanéité des propos et préservant la richesse du matériau, notamment lorsque certains participants s'étaient confiés avec émotions durant l'entretien. A la fin de l'interview, il était parfois demandé à l'interviewé comment il avait vécu l'entretien, permettant, à plusieurs reprises, de confirmer que les personnes avaient exprimé ce qu'elles souhaitaient. Certains médecins ont souligné qu'ils estimaient important que la parole leur soit donnée sur ce point de leur exercice. Cet élément justifiant à notre sens un des intérêts de l'étude.

Au final, la subjectivité considérée des deux participants à l'entretien peut être considérée comme un point fort de cette étude. Le résultat obtenu n'est pas une réponse objective reproductible, mais une proposition synthétique générale, porteuse de la signification du phénomène étudié à un instant T et prenant en compte la variation des différentes logiques internes individuelles de l'échantillon.

I. 4. Validité interne

I. 4. A- Visibilité de la démarche méthodologique

La validité de cohérence [111] recherchée, par l'inscription de ce travail dans un paradigme compréhensif à travers l'entretien, et par la démarche phénoménologique adoptée pour recueillir et analyser les données, en cohérence avec la nature émotionnelle et subjective de la question de recherche, est un point fort de l'étude.

La méthode d'analyse phénoménologique expose les chercheurs à une activité interprétative des données [96]. L'IPA est assez peu utilisée dans les études de Médecine Générale, son emploi dans cette étude peut donc être un point fort. Elle a nécessité de la part des enquêteurs des efforts d'appropriation de la sémantique complexe qui lui est propre et une rigueur exigeante dans sa mise en application. D'après la littérature, laissant de nombreux aspects à l'appréciation du chercheur, la part de liberté possible en IPA peut être perçue comme une source d'opacité [105]. Dans une volonté de transparence, la réalisation de cette étude a été rendue moins hermétique par une description en détails, pas à pas, des étapes méthodologiques. Chaque phase de réflexion des enquêteurs dans l'élaboration de l'étude est justifiée dans ce travail.

Aussi, la sémiotique de Peirce à été intégrée à l'analyse phénoménologique, limitant le biais interprétatif. Le choix catégoriel se fait en tenant compte des nombreux éléments signifiants, linguistiques (mots, phrases, figures de style, énoncés) et contextuels, ce qui limite la part obscure liée à l'habileté des chercheurs à catégoriser. Notons, qu'une fois l'ensemble des entretiens analysés, une nouvelle phase du travail, peu décrite dans la littérature, consiste à dégager une logique de groupe, porteuse du résultat. Cette étape a été également explicité dans ce travail. La logique d'ordonnancement hiérarchique invariable 3/2/1 des catégories universelles de l'expérience de Peirce a été déterminante pour comprendre puis discuter les liens entre les différents résultats dans ce travail de recherche. La catégorie de la loi (3) gouverne le sens, les autres (2) (1) « *s'emboîtent à la manière des poupées Russes* » [106]. Elle a permis la restitution du sens par une phrase consistant en une proposition synthétique générale intégrative. Puis, le choix d'une modélisation schématique a été faite dans cette étude.

I. 4. B - Critères de validité internes propre à l'IPA

Dans un article de la revue Exercer, il est précisé la notion de validité interne de l'IPA : « *Si le questionnement est centré sur l'expérience, il y a des constituants* ***invariants à interroger*** » [98]. La plupart de ces invariants ont déjà été explicités précédemment. Revenons sur quelques autres points pertinents dans la discussion méthodologique :

- Le « *rapport de cette expérience au temps* » [98]

Les ressentis des MGsd ont été considérés comme évolutifs dans ce travail, comme ils l'explicitaient eux-mêmes, en fonction de divers facteurs. De plus, le processus de rappel à la mémoire des émotions, auquel fait appel le canevas d'entretien, induit le rôle potentiel du temps sur la perception des MGsd dans le contexte de l'étude. Ces éléments ont été pris en compte, considérant les conclusions de l'étude comme non généralisable.

- Le *« rapport de cette expérience au corps »* [98]

Les émotions pouvaient être exprimées de façon verbale mais avant tout ressenties et donc exprimées spontanément par des mimiques, des attitudes physiques, des émotions visibles ou audibles. Ces expressions étaient identifiables et compréhensibles par l'intervieweur, en tant qu'être humain s'étant conditionné à y porter attention. Certains ressentis pouvaient cependant être masqués par pudeur naturelle. Ils nécessitaient d'être repérés.

- Le *« rapport de cette expérience à autrui »* [98]

Dans de rares cas, quand chercheurs et interviewés avaient eu l'occasion de se rencontrer ou de travailler en corrélation, l'intentionnalité du discours pouvait être considéré dans l'analyse.

- Le « *rapport de cette expérience aux évènements biographiques et aux projets* » [98]

Les expériences des médecins auprès de patients exilés, leur recul, leur formation et leur projet professionnel dans ce domaine étaient recherchés, permettant leur intégration à l'analyse et donnant du sens aux discours des participants.

- Le « *rapport de cette expérience à l'identité personnelle du participant »* [98]

La personnalité de l'interviewé, ainsi que la manière dont le langage donne du sens à cette expérience vécue, ont été prises en compte. Ces éléments plus personnels, issus du « off », pouvant donner du sens aux propos tenus lors de l'entretien, ont été considérés dans l'analyse.

I. 4. C - Triangulation des données

L'analyse des résultats n'a pas eu recours à un outil informatique de codage et d'analyse. La conceptualisation des catégories à partir des éléments issus des verbatim a été menée par l'enquêteur seul. L'abstraction supérieure ayant menée à l'émergence des thèmes et grands thèmes a été réalisée par les 2 chercheurs, enquêteur et Directrice de Thèse. Ce critère de qualité COREQ n° 24 a donc été satisfait partiellement, faute de temps. Le principe de fidélité inter-observateur, tout à fait utile dans les recherches quantitatives, ne peut pas être appliqué à l'analyse phénoménologique, au risque d'appauvrir et dénaturer la méthode [96]. D'après C. OILER, l'IPA n'est pas basée sur la reproductibilité des résultats mais plutôt sur comment un autre chercheur, adoptant le même point de vue, peut voir ce que le chercheur a vu, qu'il adhère ou non [112]. S'il n'y a pas eu de vraie triangulation, la réflexion des deux chercheurs a permis de mettre en évidence que leurs interprétations se rejoignaient souvent, s'appuyant sur les éléments linguistiques et contextuels préalablement décrits, ou s'enrichissaient l'une l'autre.

Nous pensons ainsi avoir limité les biais principaux de ce travail et favoriser sa validité interne.

I. 5. Validité externe

La validité externe de l'étude a été assurée par un travail bibliographique dense, et une confrontation des résultats aux données de la littérature de façon rigoureuse et aussi exhaustive que possible. A la connaissance des chercheurs, il n'existait pas d'autre étude qualitative ayant abordé spécifiquement, par une analyse phénoménologique, la question de l'émotion des médecins généralistes prenant en charge des patients exilés en PACA, et en France. Sans trouver un sens absolu au phénomène mais le rendant visible, l'explicitant dans sa globalité et dans ses relations [112], cette étude amenant quelques éléments de réponse, peut permettre de proposer la perspective d'un dialogue entre les médecins généralistes et d'ouvrir d'autre perspectives de recherche.

Tableau 6 : Synthèse des limites et forces de l'étude

	Limites potentielles	Force identifiée
Échantillonnage	- Deux départements sur six - Âge des participants et moyens disponibles au sein des structures	- Circonscrit - Restreint - Homogène
Étude et Entretiens	- Thème faisant appel au subjectif - Influence de la perception initiale du chercheur - Données vastes - Phénomène de désidérabilité sociale et d'objectivation - Phénomène de régionalisation des représentations	- Originalité - Distanciation théorique - Conditions de réalisation d'entretiens favorables - Paradigme compréhensif - Écoute empathique
Entretien et subjectivité du chercheur	- Auto-formation à l'entretien semi-dirigé - Représentations et expressions	- Entretiens tests - Travail des compétences d'énonciation - Posture ouverte
Analyse et subjectivité du chercheur	- Chercheur novice - Méthode interprétative par nature - Pas de réponse objective et généralisable à la recherche	- Originalité - Travail d'appropriation sémantique - Proposition générale englobante des variations individuelles
Subjectivité de l'interviewé	- Compétence d'énonciation et accès à son propre vécu - Absence de validation des propos par le participant	- Démarche idiographique - Pas de modification à posteriori - Richesse des données non verbales
Validité interne	- Pas de triangulation des données dans le processus de catégorisation	- Validité de cohérence - Considération des invariants - Méthode décrite pas à pas - Sémiotique de Peirce - Triangulation des données dans le processus de thématisation
Validité externe	- Absence de transdisciplinarité au cours de l'analyse	- Revue de la littérature

Discutons désormais des résultats de cette étude.

II. Discussion autour des résultats de l'étude

Dans ce travail, nous nous sommes questionnés sur la façon dont les MGsd vivaient leur expérience émotionnelle issue de la prise en charge des patients exilés à travers deux questions principales :

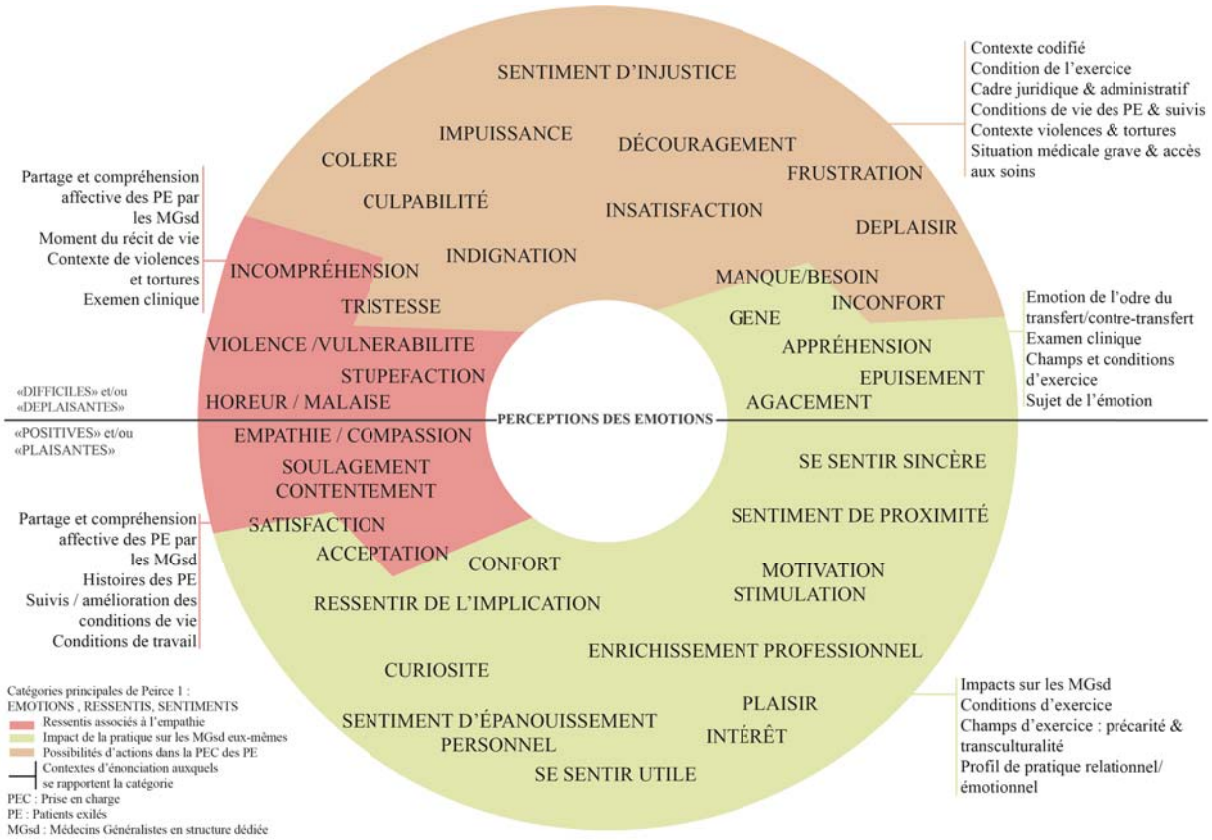
- Que ressentaient-ils ? Il s'agissait de recueillir et identifier la nature des émotions des médecins généralistes exerçant dans des structures dédiées à la prise en charge des patients exilés. La réponse à cette question correspond donc à l'objectif principal. Nous la résumons simplement par un schéma présenté dans la première partie de cette discussion (**II.** 1.).

- Comment interprétaient-ils ces ressentis ? Évaluer le vécu, la gestion et l'influence de ces affects sur les médecins généralistes interviewés, et déterminer leur point de vue sur la place des émotions parmi les facteurs essentiels de la relation de soin étaient les objectifs secondaires de l'étude. L'analyse IPA a permis de modéliser et de répondre à ces questionnements plus complexes. Cette analyse constituera ensuite la majeure partie de cette discussion (**II.** 2.).

II. 1. Présentation du résultat principal : synthèse des émotions, ressentis et sentiments perçus par les MGsd prenant en charge des patients exilés

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était de recueillir et d'identifier la nature des émotions des MGsd générées par l'expérience de consultation avec un patient exilé. Les émotions retrouvées dans ce travail sont regroupées dans la catégorie 1 du tableau de Peirce situé en annexe (Annexe 6), que nous illustrons par le schéma 4 récapitulatif suivant :

Schéma 4 : Émotions, ressentis et sentiments perçus par les MGsd



Dans la partie supérieure du schéma 4, nous pouvons voir les émotions, sentiments et ressentis perçus comme « difficiles » ou « déplaisants » dans cette étude, correspondant plutôt à des affects à caractère négatif, mais qui n'était pas forcément décrits comme tel par les médecins (par exemple aucun médecin n'a explicité que ressentir de la tristesse était quelque chose de négatif, il s'agissait plutôt d'une émotion en lien avec l'empathie et la compassion décrite également, bien qu'associée à l'aspect « émotionnellement difficile »). Ils étaient associés aux histoires de vie des patients exilés, au moment de l'examen clinique, aux éléments du « contre-transfert », aux conditions de travail et au cadre juridique.

Dans la partie inférieure de ce même schéma, nous avons placé les émotions, sentiments et ressentis perçus comme « positifs » ou « plaisants » à partir de leur description par les MGsd interrogés. Ainsi on pouvait retrouver l'empathie et la compassion, les émotions associées aux situations de « bonnes nouvelles » pour les patients et les affects associés aux champs et profil d'exercice selon leurs propres caractérisations.

Nous allons reprendre, dans la suite de cette discussion, les éléments associés aux affects des médecins, en les confrontant aux données de la littérature, ainsi qu'à celles d'un travail de mémoire que nous avons réalisé en parallèle, s'intéressant au vécu des médecins généralistes exerçant en ambulatoire (et non au sein de structures dédiées) à Marseille et considérés comme « sensibilisés » à la prise en charge de ces patients. L'étude effectuée précédemment pour ce travail de mémoire avait également été conduite selon la méthodologie sémio-pragmatique de Peirce, ce qui nous permet d'effectuer ce travail de comparaison analytique.

Nous pouvons déjà noter qu'une grande majorité d'émotions ou affects sont communs aux deux groupes. Les principales différences sont les sentiments d'« isolement/solitude », d'« incertitude » et le « sentiment de reconnaissance » qui n'ont pas été exprimés par les MGsd dans ce travail de thèse.

II. 2. Interprétation et résultats secondaires : Analyse Interprétative Phénoménologique sémio-pragmatique.

Pour rappel, les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer le vécu, la gestion et l'influence de ces affects sur les médecins généralistes interviewés, et de déterminer leur point de vue sur la place des émotions parmi les facteurs essentiels de la relation de soin. Ces éléments ont pu être recueillis, puis analysés selon la méthode d'Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA) sémio-pragmatique.

L'expérience émotionnelle des médecins interrogés a donc été décrite selon trois moments phénoménologiques principaux dans nos résultats (perceptions émotionnelles - confrontations, actions réflexives et comportements - représentations). La modélisation sémio-pragmatique permettait :

- De regrouper cette analyse en une catégorie argument, porteuse du sens global de l'analyse : « dimension humaine du soin et sentiment d'utilité sociale » ;

- Ainsi que de mettre en exergue l'articulation entre les 3 temps phénoménologiques des résultats, par ordonnancement logique de Peirce.

Nous allons suivre, pour discuter des éléments les plus pertinents en lien avec les données de la littérature, un plan présentant cette catégorie argument, scindée en deux parties, puis en discutant des liens entre les trois temps phénoménologiques des résultats :

- La première partie concernera la « **dimension humaine du soin** », telle que perçue par les MGsd, incluant d'une part, les émotions elles-mêmes, et d'autre part, les actions réflexives et comportements en lien avec ces ressentis (**II.** 2. A)

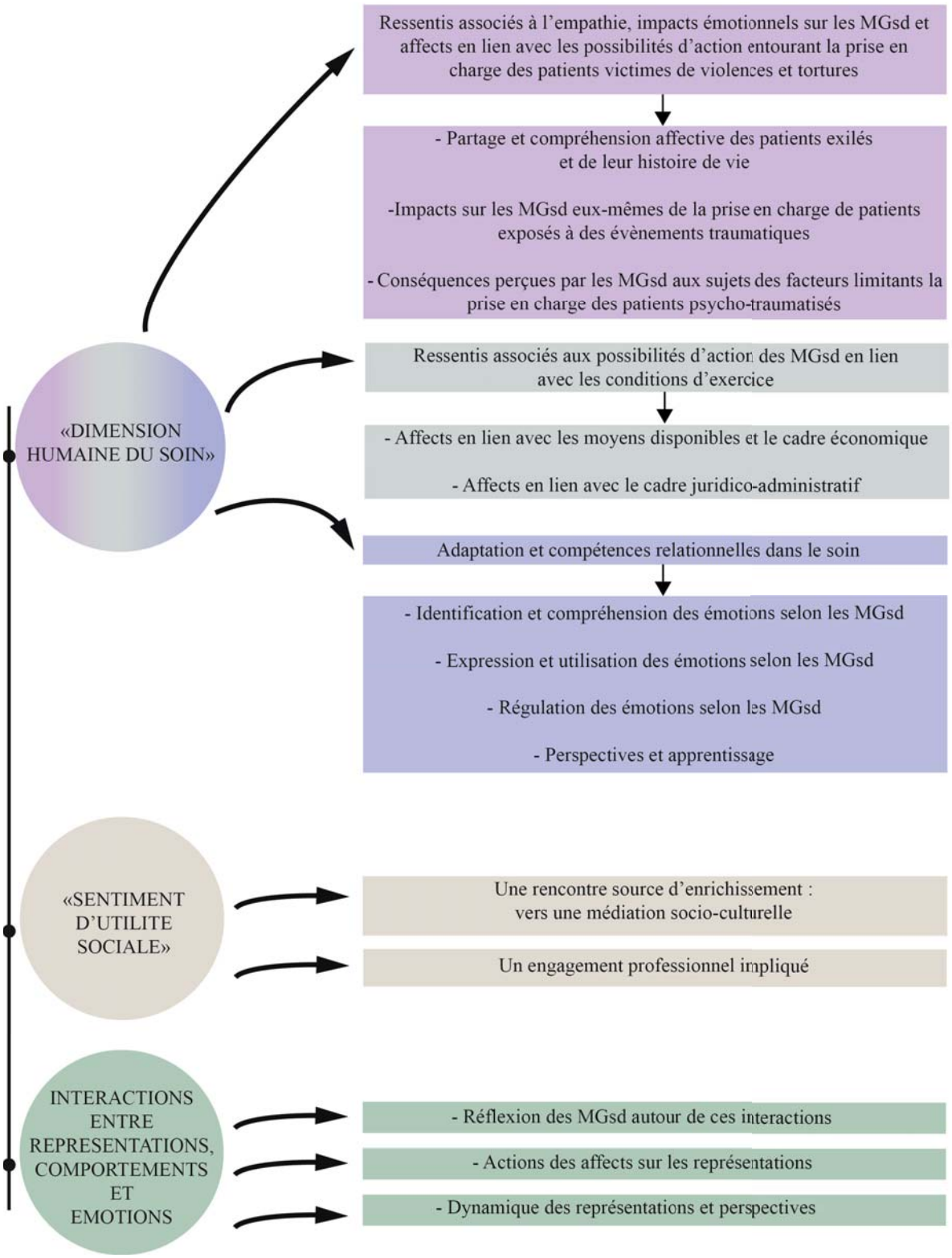
- La seconde partie discutera du « **sentiment d'utilité sociale** », tel que perçu par les MGsd, comprenant les déterminants motivationnels de l'expérience des médecins, en lien avec d'autres ressentis issu de la pratique professionnelle dans ce contexte (**II.** 2. B)

- Enfin, dans une troisième partie, nous aborderons la question de l'**articulation entre les perceptions émotionnelles – les confrontations, actions réflexives et comportements – et les représentations**) (**II.** 2. C).

Afin d'illustrer le plan de cette partie de la discussion, nous avons élaboré le schéma 5 explicatif ci-dessous :

Schéma 5 : Schéma plan de la discussion des résultats

Interprétations et résultats secondaires : l'Analyse Interprétative Phénoménologique sémio-pragmatique



II. 2. A – La « Dimension humaine du soin »

Cette catégorie principale était mise en évidence par les médecins interrogés. Il s'agissait de la place qu'ils accordaient aux affects dans la consultation avec un patient exilé, par la construction d'une relation singulière empathique. En effet, tous les médecins s'accordaient sur la forte charge émotionnelle de ces consultations, et décrivaient la dimension relationnelle comme essentielle dans les prises en charge. D'après les recherches de P. CLAUDON et M. WEBER, l'émotion pourrait être regrouper en trois phénomènes [29] :

- Un état mental subjectif, l'« état affectif » : les affects telles que la colère, la tristesse, la peur, la joie, etc.

- Un changement dans le corps : des réactions physiologiques, somatiques et autonomes, qui sont une préparation indispensable au 3e phénomène

- Une tendance ou une impulsion à agir : à travers des expressions comportementales, des postures : des réactions non verbales.

Les affects, les expressions comportementales et les postures décrits par les MGsd au cours des entretiens ont permis de déterminer que les émotions avaient une place centrale dans la relation thérapeutique entretenue avec les patients exilés.

Dans cette partie, seront d'abord discutés les résultats principaux en lien avec les deux contextes, ayant été rapportés par les médecins, pour parler de leurs difficultés émotionnelles. Seront confrontés aux données de la littérature, les ressentis associés à la prise en charge des patients victimes de violences et tortures, puis les ressentis associés aux possibilités d'action des MGsd en lien avec les conditions d'exercice.

Par la suite, seront discutées les adaptations et les compétences relationnelles des médecins autour de ces prises en charge, en situation transculturelle et contexte de précarité.

- **Ressentis associés à l'empathie, impact émotionnel sur le médecin et affects en lien avec les possibilités d'action des médecins entourant la prise en charge des patients victimes de violences et tortures**

Dans ce travail, le contexte de violence et tortures subies par les patients exilés était systématiquement évoqué par les MGsd. Dans le panel d'émotions exprimées par ces derniers, on retrouvait des affects « difficiles » ou « déplaisants » en lien avec :

- Le partage et la compréhension affective des médecins pour le vécu des patients ;
- Les impacts de ces consultations sur le médecin lui-même ;
- Les conséquences des facteurs limitant la prise en charge des patients psychotraumatisés : l'accès aux soins spécialisés en santé mentale et l'absence d'interprétariat dans le recueil du récit de vie des patients exilés.

a) *Partage et compréhension affective des patients exilés et de leur histoire de vie*

Une partie des résultats de cette étude se comprend mieux à travers la définition de l'empathie explicitée par J. DECETY, qui affirme que « *L'empathie désigne au niveau phénoménologique un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoignent des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine* » [25].

Les médecins interrogés décrivaient des consultations au cours desquelles ils étaient confrontés aux récits de vie des patients ayant subis des violences. Il est à noter que de nombreuses réactions émotionnelles non verbales ont été retrouvées au cours des entretiens à l'évocation des scènes de tortures vécues par les patients, ce qui peut être rendu encore plus évident à la lecture de la définition adoptée par l'ONU en 1984 : « *la torture se caractérise par les éléments constitutifs suivants qui, réunis, établissent sa réalité et la distinguent d'autres formes de mauvais traitements : tout acte par lequel une douleur ou une souffrance aiguë, physique ou mentale, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle* ». Elles incluent les violences liées au genre, à l'orientation sexuelle et à l'identité du genre. Les violences sexuelles sont particulièrement retrouvées dans les bilans de santé du Comede [113]. Les médecins indiquaient la fréquence de ce contexte de consultations. Cette notion était également retrouvée chez les médecins généralistes ambulatoires qui consultaient des migrants [93].

Les ressentis exprimés étaient principalement le reflet de la compréhension affective et de la compassion des MGsd pour les patients dans ce contexte. Les affects évoqués étaient la tristesse, le sentiment d'horreur, la stupéfaction ou l'étonnement, l'empathie et la compassion.

Comprendre sincèrement les affects du patient, tout en gardant la perspective de soi, était un des défis décrit et relevé par les MGsd. D'après C. ROGERS : *« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du "comme si" »* [114].

La compréhension empathique du médecin pour les patients exilés, autour du récit de vie, est décrite dans la littérature, et plus spécifiquement dans la littérature du domaine spécialisé de la psychiatrie. Ainsi C. LACHAL décrit une élaboration cognitive chez le soignant qui peut accompagner le récit de vie. Ce dernier est en effet *« plongé dans un monde traumatique et, comme le patient, il va être poussé à construire un "statut cognitif" à ce qui est arrivé.* » Ce phénomène est appelé scénario émergeant [115].

Il est décrit comme une séquence mentale et corporelle spontanée et non désirée par le médecin, s'immiscent dans son esprit, à la limite du conscient et du préconscient. Il précise : « *le fait de produire un scénario est l'indice d'une forme d'empathie forte au moment où le patient est plongé dans son récit* » [115].

Ce scénario émergent est considéré « *comme une forme de participation du clinicien à l'élaboration du récit, une narration implicite qui pourra participer à un récit complexe et permettra d'initier un processus d'aide pour le patient traumatisé* » [115], soulignant l'importance de la « *fonction narrative du récit* », terme introduit par P. RICŒUR, en tant qu'expression émotionnelle, auquel le médecin peut ainsi participer. Les médecins interrogés décrivaient repenser plus ou moins longuement et de façon plus ou moins intense à ces récits de vie après la consultation, en cohérence avec l'évolution décrite par C. LACHAL au sujet du scénario émergeant [115].

Cette considération du récit de vie comme « socle thérapeutique » était décrite par les médecins dans nos résultats et illustrée par les propos de MGsd 4 par exemple : « elle a enfin pu raconter son histoire et donc... Je pense que... Elle s'imagine qu'on comprend mieux ce qu'elle ressent… Oui, depuis on... J'ai l'impression qu'on se comprend mieux quoi ».

Lorsque les détails descriptifs des violences étaient précis et multiples, une « impression de ressentir soi-même la violence » a pu être explicitée. Ce moment était associé au sentiment de stupéfaction. En effet, les médecins se décrivaient surpris par la résonance affective forte de ce

moment précis. Une sidération émotionnelle ou un sentiment de vulnérabilité pouvaient alors être rapportés, comme illustré par les propos de MGsd 1 : « Moi ce qui me met vraiment en difficulté c'est le récit des détails de ce qu'ils ont subi parce que je pense que ça me... Je crois que je n'arrive pas à me défaire de l'impression que je vis le truc en même temps qu'eux au moment où ils me le racontent en fait. C'est comme si je le subissais moi aussi… ***(parle lentement, en souriant, regarde l'ordinateur)*** […] quand j'ai une consultation qui m'amène à mes limites émotionnelles en fait je me mets dans l'anesthésie affective et… J'attends juste que la consultation se termine […] mais le simple fait d'être préparée fait que je me sens plus PROTEGÉE ***(insiste sur ce mot)*** du récit ». Ces moments sont, eux aussi, décrits dans les données de la littérature, comme appartenant au champ émotionnel du « *partage de traumatisme* » : « *quelque chose se transmet du patient au clinicien, et l'apprentissage est la somme de cette transmission et des réactions de l'analyste à ce qui lui est transmis. L'apprentissage qui en résulte est donc à situer au cœur du contre-transfert* » [115], qui est associé au processus d'« *l'inclusion par l'un, dans sa sphère interne, d'une part du monde de l'autre »* [115].

Ces mécanismes associés à la notion de « *partage de traumatisme* » relèvent principalement du domaine de l'analyse inhérente à la psychothérapie. Cependant, C. LACHAL écrit qu'« *en fait, on les retrouve chez tous ceux qui s'occupent de personnes ayant vécu des expériences traumatiques »* [115]. Les MGsd, soignants de première ligne, sont donc exposés au partage et à la transmission du traumatisme des patients qu'ils rencontrent.

A ce stade, nous rappelons que l'enquête du Comede de 2017 concluait : *« les troubles psychiques graves sont fréquents chez les exilés récemment arrivés en France et en situation de migration contrainte, particulièrement chez les femmes et les demandeurs d'asile. Constitués pour les deux tiers d'entre eux de syndromes psychotraumatiques et de traumas complexes [...]* » [67].

La définition des traumatismes complexes par la CIM-11 en 2019 sous le terme de Syndrome de Stress Post Traumatique Complexe (SSPT Complexe, ou Complex post traumatic stress disorder en anglais.) [116] est reprise dans le travail de S. LAHYA et C. ARAPIAN [69] : « *Le syndrome de stress post-traumatique complexe est un trouble qui peut se développer à la suite de l'exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs auxquels il est difficile ou impossible d'échapper […]. De plus, le SSPT complexe se caractérise par des problèmes*

graves et persistants 1) de régulation des affects ; 2) de croyance en soi comme diminué, vaincu ou sans valeur, accompagné de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) de difficultés à maintenir une relation et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent des déficiences importantes sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement. » [CIM-11, cité par S. LAHYA et C. ARAPIAN, 2019].

Dans le DSM-V [117], nous retiendrons les critères d'exposition définis comme étant en lien avec les Troubles de Stress Post Traumatiques (TSPT) qui sont les critères d'expositions (cluster A), récemment mis à jour dans la dernière version du manuel diagnostic américain. L'exposition à la mort, à l'agression physique et/ou sexuelle, aux actes de barbarie, d'humiliation, de torture ou de harcèlement, sont des critères d'exposition désormais reconnus comme traumatogènes, que le patient en soit la victime directe ou indirecte (proche d'une victime ou un témoin de l'exposition traumatique).

Ainsi, la notion de psychotraumatisme suite à une exposition indirecte attire l'attention des chercheurs. En effet, au cours des entretiens, les médecins ont décrit à plusieurs reprises l'impact sur eux-mêmes de l'exposition à ces récits traumatiques, répétés, et à la prise en charge de patients qui en souffrent.

b) *Impact sur le médecin lui-même de la prise en charge de patients exposés à des évènement traumatiques*

Les consultations décrites précédemment comme exigeantes émotionnellement et cognitivement pour les médecins, peuvent, lorsqu'elles sont répétées, les exposer à deux risques principaux et distincts : la fatigue compassionnelle et le traumatisme vicariant. Les symptômes de ces syndromes sont multiples et variés et certains éléments sporadiques seulement étaient retrouvés au cours des interviews, ayant orienté les chercheurs vers ce point de la discussion.

Ainsi, les propos de MGsd 8 pourraient étayer la notion de fatigue compassionnelle : « J'avoue que pour le patient heu... ça m'attriste mais ça ne m'affecte pas. C'est dur hein de dire ça, ça m'attriste mais ça ne m'affecte pas. Ça ne m'affecte pas parce que je suis un peu découragé quoi, je suis arrivé au bout du rouleau en fait […] parce que je suis impuissant. Venant des autorités, ça ne m'offusque même pas, tellement ***(soupir)*** ça ne m'intéresse pas. Je suis dégoûté et découragé de toute façon, quoique l'on fasse ce ne sera pas pire. Donc ça ne m'affecte pas non

plus ». La « *fatigue compassionnelle* » désigne « *l'épuisement physique et émotionnel qui peut affecter les professionnels de la relation au contact de la souffrance d'autrui au fil du temps, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées.* » Il génère « *une usure profonde, douloureuse, à la détresse d'autrui*. » Celle-ci se manifeste principalement par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion [118]. Elle conduit à l'évitement ou au désinvestissement. Un « *fort sentiment d'impuissance et de remise en cause du sens du métier sont également souvent évoqués* » [118].

Le traumatisme vicariant rejoint la notion de traumatisme psychique secondaire qui touche tout soignant exposé de façon répétée à des phénomènes traumatiques, directement ou indirectement, comme décrite par le DSM V. Dans le cas de cette étude, c'est l'exposition indirecte à travers la description des patients qui pourrait être mise en cause : « *la langue maternelle et le recours aux interprètes agissent donc comme des leviers thérapeutiques, médiatisant le rapport du patient avec son trauma mais laissant le traducteur et le clinicien face à un trop-plein, un potentiel traumatisme vicariant qu'il faut les aider à gérer* », comme l'expliquent L. TARAZI-SAHAB, M. EL HUSSEINI et M.-R. MORO dans un article [119]. Au-delà du simple impact psychologique face à une situation traumatique, c'est bien le cumul d'un grand nombre de ces symptômes, leurs durées dans le temps, et leurs répercussions sur la vie quotidienne des soignants qui en fait une pathologie vicariante. Selon M. KÉDIA, c'est un *: « Processus de modification profonde de l'identité et de la philosophie de vie du soignant au contact régulier des traumatismes des patients »* [120]. Le risque de traumatisation secondaire et vicariante est considéré comme « *élevé chez les intervenants travaillant avec des victimes de la torture ou de la guerre qui ont subi des traumatismes extrêmes* » [121]. C'est un risque professionnel qui relève par ailleurs *« de l'accident de travail pour ceux qui travaillent avec des victimes et il ne reflète ni la pathologie du thérapeute, ni l'intentionnalité de la victime »* [120].

Nous souhaitons noter que, dans le travail de mémoire, ces deux notions émergeaient également. Les médecins généralistes exerçant en ambulatoire « *ont parfois exprimé certains signes évocateurs, ou des facteurs favorisant la traumatisation secondaire, en situation d'exposition répétée à des récits de vie traumatique* » [93].

D'après un article de M. BORENSTEIN, différents facteurs de risque sont identifiés dans la littérature et retrouvés dans cette étude comme potentialisant la survenue ou l'intensité de ces troubles [118] :

- Le contact avec des patients « *très souffrants et réfractaires au traitement* » et « *la description détaillée de scènes traumatiques »* [118] auxquels sont particulièrement exposés les MGsd ;

- L'exercice d'une profession « *érigeant l'empathie au rang de valeur première* » [118] : comme nous pouvons l'imaginer pour la plupart des médecins, dont ceux interrogés dans ce travail de thèse et dans le mémoire, comme l'exprime MGsd 7 : « Après ce qui est particulier ici, c'est aussi une structure empathique en fait de manière générale » ;

- L'existence de « *fragilités antérieures, susceptibles d'être réactivées par le contact avec la souffrance d'autrui* » [118] est décrite dans la littérature. G. DEVEREUX, dans sa définition du « *contre-transfert culturel* », explique que *« plus la situation touche "l'observateur" (de façon consciente ou non), plus il devra être attentif à cette dimension-là* » [122]. Ainsi si les *« expériences traumatiques personnelles des intervenants constituent un précieux facteur de motivation intrinsèque*, *elles sont décrites dans le même temps comme susceptibles de réactiver leurs propres traumatismes* » [121]. Ceci avait été signalé par les médecins interrogés, notamment MGsd 1 : « Heu... oui je pense que c'est évident que c'est particulièrement difficile pour moi parce que ça s'accroche à des éléments d'histoires personnelles » ;

- Les « *modes relationnels* » avec les patients [118] : les résultats retrouvant la dimension émotionnelle du soin comme reflet de l'expérience émotionnelle dans ce contexte, nous pouvons penser que cela décrit d'une certaine façon implication affective forte comme l'explique MGsd 1 : « ça crée quand même une dimension affective qui est assez forte et je me dis que sur le long terme ça pourrait être dur à gérer ». Cependant ce point particulier dépend de chaque rencontre et des intervenants ;

- Les « *défenses mises en place dans une perspective de mise à distance et de répression des émotions* » [118] : ces mécanismes ont parfois pu être mis en évidence dans cette étude, dans une certaine mesure, comme avec MGsd 3 : « enfin, parce que t'as toujours ce... c'est comme quand t'es avec tes patients, tu as toujours ce recul, cette distance que t'essayes de prendre pour essayer de te... comment... de te sécuriser, toi quoi. […] Donc tu, tu te blindes quoi. Tu te blindes ***(silence)*** tu te blindes. Moi j'arrive assez bien à prendre du recul quoi » ;

- Il est aussi important de signaler que « *des facteurs liés à l'environnement de travail aggravent ces facteurs de risque »* [118]. L'exposition prolongée et répétée à des « *stresseurs organisationnels* » impactent les capacités de régulation émotionnelle des médecins, les rendant ainsi « *plus sensibles* » à la fatigue compassionnelle [118]. Les stresseurs organisationnels, institutionnels pour ceux exerçant en hospitaliers, et juridiques, sont particulièrement présents pour les médecins, comme nous le verrons par la suite ;

- Le burn-out est à différencié des deux notions précédentes et est lui-même un facteur de risque du développement d'une fatigue compassionnelle ou d'un traumatisme vicariant.

Ces notions étant bien identifiées dans la littérature, elles ne semblent pas être particulièrement connues par les médecins interviewés. Aucune mesure de prévention n'était particulièrement instaurée dans les structures dédiées concernées par cette étude. Les résultats de ce travail rejoignent l'analyse effectuée par L. JEHEL, M. EVANS, J.-L. SIGWARD, C. DEBIEN et M. BORENSTEIN selon laquelle « *L'élaboration d'échelles d'évaluation validées permet de mener des études sur ces différentes dimensions ("usure de compassion", traumatisme vicariant, burn-out) parfois comprises comme conséquences néfastes de stratégies de coping dépassées. En France, le développement de la prise en soin des victimes de psychotraumatisme, doit conduire à étudier l'impact de celui-ci sur les personnels soignants* » [123] et « *l'institution via l'encadrement a également un rôle à jouer dans la prévention* » [118].

Par ailleurs, certains facteurs peuvent réguler cette mise en tension comme « *le sentiment d'un travail de qualité, le sens donné au travail, le soutien d'un collectif* » [118]. Quelques-uns étaient exprimés par les médecins dans cette étude : le plaisir du travail en équipe, la satisfaction due à l'implication personnelle dans les prises en charge, et le sentiment d'utilité sociale.

c) *Conséquences perçues par les médecins au sujet des facteurs limitant la prise en charge des patients psychotraumatisés*

Les facteurs perçus par les MGsd comme limitant la prise en charge des patients psychotraumatisés, était principalement l'accès aux soins spécialisés en santé mentale et l'absence d'interprétariat dans le recueil du récit de vie des patients exilés.

Les difficultés d'accès aux soins spécialisés en santé mentale

La prise en charge des traumatismes psychiques des patients exilés était source de difficultés pour les médecins. Cependant, on retrouvait des résultats disparates en fonction des départements sur ce point. Dans certaines structures (Vaucluse), l'accès à une prise en charge spécialisée pour les patients présentant des troubles psychiques étaient possibles directement, au sein même de la structure (du fait de la présence de psychologues, de médecins généralistes formés à la prise en charge des psychotraumatismes ou de médecins psychiatres dédiés à ces prises en charge). Dans d'autres (la majorité des structures dédiées des médecins interrogés dans les BDR), ce recours spécialisé direct n'était pas possible. Les MGsd interrogés, très fréquemment confrontés à ces troubles, se décrivaient en capacité d'évoquer un diagnostic, d'assurer le suivi entre les consultations spécialisées, mais ils se considéraient eux-mêmes comme non spécialisés dans ce domaine. Par ailleurs, ils évoquaient des délais d'attente, parfois très long, lorsqu'ils adressaient ces patients à des spécialistes. Cette situation générait un sentiment d'inconfort et de manque chez les médecins, qui considéraient le développement de l'accès aux spécialistes du domaine comme nécessité.

Dans le travail de mémoire, les résultats étaient semblables : « *Il apparaissait comme une tâche complexe d'adresser les patients exilés aux structures adaptées à Marseille (lieu d'exercice des interviewés). Ces dernières étaient décrites par les médecins comme : débordées, ayant une méthode de répartition par secteur ou par âge opaque pour les patients et les médecins, difficiles à joindre, difficiles d'accès ou ayant des rendez-vous dans des délais déraisonnables voire ne répondant jamais. Ce retard de prise en charge, indépendant de leur volonté et cette situation difficile, laissant peu de marge de manœuvre aux médecins, étaient mal vécus par les interviewés qui pouvaient se sentir isolés face à la détresse des patients* » [93].

Ainsi, les médecins interviewés rejoignaient l'avis du Comede déclarant au sujet des patients présentant un TSPT ou SSPT : ces troubles « *ont un retentissement important sur la vie des personnes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, incluant souvent psychothérapie et recours à l'interprétariat professionnel. [...] Si leur prévention repose ainsi en premier lieu sur des actions politiques en faveur des droits humains, les actions de santé publique doivent favoriser l'ensemble du parcours de soins, du repérage de ces troubles dans le cadre de bilans de santé proposés au sein des dispositifs de soins et de prévention, jusqu'à la facilitation des recours aux soins de santé mentale dans le réseau des centres médico-psychologiques et sur l'ensemble du territoire, avec une protection maladie effective »* [60].

L'absence d'interprétariat dans le recueil du récit de vie des patients exilés

La question de l'interprétariat, dans le contexte d'accueil en structures dédiées, était centrale autour de la prise en charge des patients exilés souvent primo-arrivants qui méconnaissent donc souvent la langue française, et sont souvent amenés à raconter leur parcours. Les MGsd décrivaient l'absence de ce moyen d'échange comme un manque et une difficulté non négligeable à l'établissement d'un lien efficient dans la relation médecin-patient. Dans cette étude, deux médecins exerçaient sans avoir accès à un interprète, physique ou téléphonique, de façon constante. Bien qu'il s'agisse de deux structures dédiées différentes, ces deux médecins exercent dans le même département (Vaucluse). Ils expliquaient parfois rencontrer des difficultés majeures pour comprendre les vécus des personnes qui les consultaient. Ainsi MGsd 3 exprimait ce besoin ainsi : « En fait c'était heu… Ça a été assez surprenant. En fait heu... Je pensais qu'il y aurait plus d'émotions et plus d'empathie mais en fait le principal obstacle c'est la barrière de la langue. Parce qu'en fait comme t'arrives pas beaucoup à communiquer avec eux, parce qu'il y en a très peu qui parlent français heu... l'échange il est quand même très limité ».

Ainsi, l'ouverture d'un espace d'échange, basé sur le partage émotionnel semblait difficile à créer. Dans ce contexte, comme fréquemment retrouvé dans la littérature, *« la non-maitrîse et/ou le non-partage de la langue peut amener au moins à des " effets de filtre ", mais plus problématiquement aussi à des erreurs de diagnostic et de traitement »* (J. MADER, dans A. BÉAL et N. CHAMBON, 2015) [124]. L'absence d'interprète est, à minima un motif de non-recours aux droits sociaux et aux services de soins (comme nous l'avons vu également dans le cadre conceptuel), et parfois une entrave au soin lui-même comme l'illustre les propos de MGsd 2 : « la famille de géorgiens avec la fille de 9 ans qui a vu sa mère se faire violer et qui m'a raconté, qui avait vu 3 médecins différents et 5 consultations pour une énurésie secondaire et.... ça n'a pas été dépisté […] Intervieweur : et pourquoi ça n'a pas été dépisté selon toi ? MGsd 2 : L'interprétariat… (***silence, il tapote son stylo sur le bureau***). Moi j'ai utilisé ça. Je suis sûr que si les médecins avaient utilisé un interprète, ils auraient posé la question. Enfin j'en suis sûr, je n'en suis pas sûr mais j'en suis persuadé. »

Ce type de situation générait colère et sentiment d'injustice chez les MGsd. Ainsi, les résultats sont cohérents avec la perspective de santé publique selon laquelle « *ce non-recours pose à terme une problématique d'inégalité sociale de santé. L'absence d'interprétariat pourrait être*

définie comme un indicateur objectif pertinent anticipant des troubles de santé mentale en situation de grande précarité » [124].

De plus, lorsqu'aucun moyen d'interprétariat adapté n'était disponible, les médecins décrivaient trois complications supplémentaires à la compréhension des patients migrants psychotraumatisés, en rapport avec les limites qui entourent la communication non verbale dans ce contexte :

- La première limite est la présence d'une forme clinique de TSTP ou SSPT décrite comme une « *clinique dissociative, défensive, évocatrice d'un* "*Syndrome d'auto-exclusion*" *»* (J. FURTOS, cité par C. ARAPIAN et S. LAHYA) [69], se manifestant par une certaine résistance à exprimer les émotions. Dans le TSPT plus spécifiquement, le syndrome de répétition, définit par des reviviscences de l'évènement traumatique, et le syndrome d'hypervigilance à tous stimuli rappelant l'évènement traumatique associé, peuvent conduire « *à un évitement cognitif et comportemental des stimuli. Cela se traduit par un retrait avec détachement, émoussement des affects, une anhédonie, une absence de projection dans l'avenir, ces items recouvrant ceux de la dépression* » [125]. De plus, l'isolement des personnes et les conditions de vie très précaires peuvent favoriser un certain retrait affectif comme G. GUERIN l'explicite au cours d'un congrès Balint : « *L'exclusion délite les liens au social, au familial et, finalement, les liens à soi-même car elle renie le passé, elle ne le reconnaît plus. Elle l'abolit et le déshumanise* » [126]. Décrites comme des situations complexes, plusieurs médecins identifiaient ce mécanisme comme MGsd 5 : « un demandeur d'asile avec un état de stress post-traumatique, qui a un émoussement affectif, qui a une perte d'élan, qui a du mal à raconter sa vie, qui a du mal à raconter où il a mal, ce n'est pas forcément somatique, et qui a une déshumanisation par son état de stress post-traumatique et en plus par la considération de la société ».

- La deuxième limite à la compréhension affective rejoint la précédente. Il s'agit de l'impossibilité d'identification des émotions des patients exilés par les médecins, qui pouvait parfois survenir pour des raisons diverses, évoquées par les MGsd comme plutôt culturelle. Dans l'approche diagnostique et de prise en charge proposée aux patients présentant des TSPT, d'après S. LAHYA et C. ARAPIAN, prendre en compte « *le caractère non systématique de l'aspect traumatique d'une expérience considérée généralement comme traumatisante, nécessite d'aller au-delà de notre propre "subjectivité sociétale", pour savoir écouter la "subjectivité individuelle" du patient* » (Y. AUXÉMÉRY, citée par S. LAHYA et C. ARAPIAN, 2019) [69]. Ainsi, MGsd 8 expliquait : « Heu...il y a eu des heu... des... comment dirais-je

heu...des femmes qui ont été torturées, qui ont été violées, violées devant leurs frères, leurs sœurs, leurs mari et heu... on l'apprend et on sait que c'est, que c'est heu...c'est difficile. Mais je me dis aussi qu'ils ont la faculté, eux, ***(silence, il réfléchit)*** de le vivre différemment parce qu'ils ont tellement été dans la souffrance que pour eux c'est une souffrance supplémentaire. Il n'y a plus de différences de de... ils ont atteint un summum de de de... de de tristesse, de révolte, de colère, de souffrance physique, que pour eux ce n'est presque qu'un détail quoi, presque un détail ». Par cet exemple, le médecin soulevait la notion de contre-transfert, dans sa dimension culturelle et les difficultés d'auto-évaluation qui y sont associées.

- La troisième limite de compréhension des affects du patient, concernait l'aspect technique de l'utilisation d'un interprétariat. Les médecins dans cette étude expliquaient qu'il était parfois difficile de gérer les moments d'émotion qui se dégageaient au cours de la consultation, quand une tierce personne, un traducteur, était présent ou au téléphone. Ainsi, un manque de formation sur la maîtrise de cet outil relationnel pouvait être pointé du doigt par les MGsd. Elle pourrait dans certains cas être associée à une difficulté d'accès à l'anamnèse du patient, qui se livrerait moins spontanément comme nous l'explique MGsd 4 : « je me demandais comment c'était possible d'être passée à côté de ça pendant 1 an où elle se plaignait de douleurs partout et où je n'ai jamais réussi en fait à entendre cette histoire-là de sa part quoi (***Silence***) ». Cet extrait rejoint l'analyse de A. BÉAL et N. CHAMBON qui concluent que : *« l'incommunicabilité se situerait moins dans l'impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ce que dit l'autre, que dans l'impossibilité de comprendre ce type de communication en tant que tel et de savoir comment construire du soin avec elle. Le soin qui nécessiterait d'éprouver ce que ressent l'autre, n'est pas rendu possible par l'interprète* » [124].

- **Ressentis associés aux possibilités d'action des MGsd en lien avec les conditions d'exercice**

Nous verrons d'abord les affects en lien avec les moyens mis à disposition des médecins dans les structures dédiées, puis ceux autour du cadre juridico-administratif associés à la prise en charge des patients exilés.

a) *Affects en lien avec les moyens disponibles et le cadre économique*

Dans son article, S. LANA déclare : « *Alors que l'enjeu est reconnu en haut lieu, le soin des migrants repose principalement sur l'action de soignants œuvrant, bénévolement ou non, au*

sein d'associations et autres structures. Souvent avec les moyens du bord... » [127]. Pourtant, R. ENFRUN, délégué préfectoral, explique que « *la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, promouvant un accueil de qualité des personnes immigrées, impliquant des prestations d'interprétariat à chacune des étapes de cet accueil* », est rappelée par un délégué préfectoral lors d'un colloque sur le sujet [124].

Au sujet de l'absence d'accès à l'interprétariat, le manque de financements, notamment publics, est pointé du doigt par les médecins interrogés dans cette étude. Des raisons politiques ont pu être évoquées par ces derniers, comme l'expliquait MGsd 8 : « les politiques qui utilisent ce genre de situation. Mais nous, les petites mains, on ne peut rien faire. Et c'est pour cela que je suis très pessimiste ***(la voix est plus basse)*** sur l'avenir et la prise en charge des patients que ce soit en milieu extérieur des villes et a fortiori à l'hôpital, puisque de toutes façons personne nous écoute ». Aussi, dans cette étude, un médecin annonçait au cours de l'interview, la fermeture prochaine de la structure hospitalière dans laquelle il exerçait. Les raisons énoncées par le directeur de l'établissement selon le médecin interrogé étaient à la fois budgétaires et éthique. En effet, ce dernier point était expliqué comme une volonté de ne pas promouvoir une discrimination potentielle, qui serait de créer un dispositif d'accueil spécifique et marginal pour les personnes migrantes. Les émotions associées à cette annonce chez le médecin interrogé étaient la tristesse, la colère, le découragement mais également le sentiment d'injustice.

Les médecins soutenaient le point de vue qu'une filière facilitant l'accès aux soins des personnes précaires et sans couverture de santé, y compris de soins spécialisés dans la santé mentale, est nécessaire ; leurs propos s'appuyaient sur leur expérience professionnelle, et imposait la mise en place d'un financement économique adéquat.

D'un point de vue extérieur, pouvoir accéder à un dispositif d'interprète peut être perçu comme un privilège qui serait accordé aux patients. Les dispositifs d'interprétariat existent mais leur coût n'est pas négligeable. Les notions d'éthique et de principe de justice semble alors également faire partie du débat qui entoure ce sujet, y compris chez les soignants comme l'expliquent A. BÉAL et N. CHAMBON dans leur étude « *Pour résumer, l'importance ou non que l'on donne à cette pratique de soin avec interprète peut ainsi être liée à la place que l'on fait ou que l'on veut faire aux étrangers en France* » [124]. Ils précisent que « *certains soignants optent ainsi pour une solution ostraciste de ces demandes de soins perçues comme étranges, non-familières, appelant au développement d'une médecine spécifique pour les*

migrants, voire d'une médecine "humanitaire", loin de l'idéal universaliste du droit et du système de soin français » [124].

Par ailleurs, « *selon le Haut-commissaire de l'ONU pour les réfugiés, près de 250 millions de personnes seront déplacées d'ici à 2050 à cause des conditions météorologiques extrêmes, de la baisse des réserves d'eau et de la dégradation des terres agricoles. Une étude publiée récemment a montré l'augmentation des troubles psychiatriques chez les migrants, et ce sur trois générations.* » (ONU info, B. PIGNON et al, dans G. FOND, M. MASSON, C. LANÇON, P. AUQUIER et L. BOYER, 2019) [128]. Ainsi, ces besoins spécifiques ne cessent d'augmenter, et concernent chacun d'entre nous, migrant potentiel sous l'effet du changement climatique. La réalité telle qu'elle est perçue par les médecins interviewés est qu'il est nécessaire de garantir plus de moyens aux soignants, à savoir essentiellement l'interprétariat et l'accès facilité aux soins de santé mentale, au risque de remettre en cause le droit fondamental d'égalité des soins pour les patients, et d'épuiser les soignants exerçant dans des conditions non-efficientes. Le cadre économique dans lequel s'inscrit la prise en charge des patients exilés est concerné, le dynamisme des soignants ne pouvant pas suffire sur le long terme.

b) *Affects en lien avec le cadre juridico-administratif*

Dans cette étude, les MGsd évoquaient des situations au cours desquelles ils se sentaient impuissants, soumis à une législation qu'ils ne comprenaient pas toujours, générant inconfort et sentiment d'injustice.

Dans ce contexte, les situations décrites comme fréquentes par les médecins, étaient celles de patients présentant des problématiques médicales graves, mais considérées comme hors cadre du DSUV. Le dispositif d'accès aux soins était ainsi poussé aux limites de ses possibilités, et les médecins ne pouvaient promouvoir les prises en charge adéquates aux patients, pourtant existantes. Ces situations étaient décrites comme difficiles à accepter par les médecins généralistes interrogés et étaient d'autant plus complexes que les médecins incarnent parfois auprès du patient la responsabilité de décisions qui ne dépendent pas de lui. Il peut alors représenter, aux yeux du patient, le rejet du pays d'accueil. Ces difficultés sont illustrées par les propos de MGsd 7 par exemple : « je vois aussi beaucoup de... on a des situations pour lesquelles tu ne peux pas ouvrir les droits des gens tout de suite parce qu'il y a des problèmes de blocages administratifs […] c'est vraiment des gens qui remettent un peu leur destin entre tes mains quoi, des fois qui te supplient qui te disent "mais faites quelque chose" […] Donc on

arrive presque à... ben finalement c'est des consultations t'as presque une espèce d'angoisse anticipatoire ***(dit avec le sourire)*** avant de recevoir la dame parce que tu sais que ça va être, ça va être terrible, qu'elle va s'effondrer, qu'elle va te... avec beaucoup de transfert elle va te, elle va te faire passer beaucoup de ses émotions ». Cet extrait est significatif à la fois des complexités émotionnelles rencontrées dans ce cadre juridico-administratif et du transfert et contre-transfert qui peuvent s'opérer dans cette situation, où le médecin est assimilé au système de santé.

Aussi, les médecins décrivent devoir parfois faire preuve de « fermeté » pour expliquer les raisons d'un refus de droits, de logement ou de délivrance de certificats non appropriés aux patients comme l'exprimait MGsd 6 : « Parce qu'on n'a pas envie d'être dans cette posture de choix et de dire "non vous allez dormir dehors" alors qu'on sait que ce n'est pas vivable mais bon on n'a pas le choix ***(à peine audible) »***.

D'après les études de L.M. SPADONI-LEMES et al. « *face à une situation injuste, l'individu ressent le besoin d'agir pour réparer l'injustice, soit en faisant concrètement quelque chose, soit en créant des justifications mentales à l'injustice, comme la culpabilisation des victimes* » [130]. Ainsi, dans des situations complexes où les médecins se sentent impuissants face au cadre juridique, il pouvait parfois sembler nécessaire de s'écarter des limites administratives, pour aider les patients, comme l'expliquait MGsd 4 : « donc heu elle est bientôt sans papiers (***la voix a une intonation plus faible***) sans solution (***faible intonation***) (***silence***) […] mais elle est vraiment en demande qu'on l'aide. Donc là dernièrement on lui a dit […] d'attendre qu'elle soit carrément en obligation de quitter le territoire Français pour pouvoir après l'envoyer à la CIMADE faire des démarches ». En effet, dans cette situation, le patient serait en situation d'irrégularité.

De plus, les médecins sont parfois confrontés à « *certaines décisions administratives du monde de l'asile, que nous ne comprenons pas toujours* » [69] comme l'illustrait MGsd 8 : « il est suicidaire hein ! On a fait, j'ai fait, un certificat comme quoi ce monsieur n'était pas bien. Avec d'autres médecins, avec d'autres avocats, on a fait tout un dossier pour que, le vendredi le bureau des personnes qui disent "toi tu t'en vas, toi tu restes" ben malgré tout ça, le bureau il a dit "non, vous rentrez chez vous" ***(silence)*** voilà. Donc on se bat contre des moulins à vent ».

Ce lien entre éthique, justice et pratique, a été exploré par une étude Norvégienne qui s'est intéressée à l'attitude des médecins généralistes face aux soins des migrants en situation irrégulière [131] et conclut que « *Environ 70% des médecins qui acceptent les migrants sans papier continueront à le faire, quelle que soit la raison du contact.* […] *la manière dont la relation médecin-patient est gérée dépend des considérations éthiques du médecin, parallèlement aux engagements pris dans les conventions internationales et soulèvent des questions cruciales d'ordre médical, éthique et politique, qui nécessitent une meilleure compréhension, des recherches plus approfondies, des discussions professionnelles et politiques et une action humanitaire* » [131]. Ce lien pourrait faire l'objet d'une prochaine étude plus ciblée chez les médecins généralistes Français.

- **Adaptation et compétences relationnelles dans le soin**

Dans les résultats nous avons explicité la démarche des MGsd pour comprendre la place des émotions au sein des consultations. Ce qu'ils décrivaient spontanément comme un mode de fonctionnement assez intuitif, correspond à ce que la littérature scientifique nomme la « *compétence émotionnelle* ». Cette notion, définie dans un article paru dans la revue Exercer et rédigé par des membres du CNGE, comprend 5 dimensions, nommées « *capacités* », qui sont : l'identification, la compréhension, l'expression, l'utilisation et la régulation de leurs propres émotions et de celles des patients. Cette compétence émotionnelle s'intègre à ce que le CNGE appelle la « *compétence relationnelle* », basée sur le modèle de l'approche centrée sur le patient [132].

Dans cette partie nous allons discuter de ces cinq dimensions, déjà présentées dans les résultats de ce travail, selon l'approche des MGsd au cours de la prise en charge des patients exilés. Puis nous discuterons des perspectives que la compétence relationnelle permet d'envisager selon ce déroulement :

- Identification et compréhension des émotions selon les MGsd ;
- Expression et utilisation des émotions selon les MGsd ;
- Régulation des émotions selon les MGsd ;
- Perspectives et apprentissages autour de la compétence relationnelle dans la prise en charge des patients exilés.

a) *Identification et compréhension des émotions selon les MGsd*

Au sujet de l'identification de leurs propres émotions, au cours des entretiens, les médecins se positionnaient plutôt selon deux profils. Certains médecins déclaraient percevoir et accéder à leurs émotions dans leur pratique quotidienne de façon consciente, voire volontaire, sans difficulté verbalisée (la majorité des interviewés). D'autres professionnels expliquaient avoir plus de difficultés pour identifier leurs propres affects. Cette difficulté était décrite par certains médecins comme une complexité dans l'auto-évaluation de leurs ressentis, comme l'exprime MGsd 4 : « c'est difficile parce que déjà moi-même je pense que je suis assez blindée pour heu… pour être dans le déni des émotions que je ressens ». Elle était rapportée aux différentes représentations autour du sujet de l'émotion. Certains facteurs intrinsèques, ou non maîtrisables, étaient décrits - personnalité, sexe, éléments de vie personnels, situations cliniques - comme pouvant expliquer les variations dans la perception des émotions à un instant T. D'autres éléments étaient mis en lien par les médecins avec la formation qu'ils avaient reçue autour de la place des émotions en médecine, nous y reviendrons dans la suite de la discussion. Pour autant, ces interviews ont également été riches en émotions perçues. En effet, si spontanément il ne semblait pas facile à certains médecins de percevoir leurs propres émotions, ils n'avaient aucune difficulté à identifier et décrire des situations cliniques qui les avaient touchés.

Finalement, la compréhension de leurs affects passait par la recherche de leurs sens. Ainsi, les émotions semblaient trouver une place dans la pratique professionnelle de plusieurs façons amenant jusqu'à une prise de conscience de leurs impacts sur la prise en charge au sein desquels nous retrouvions une fonction de motivation, de stimulation à l'adaptation pour le médecin, ainsi que l'humanisation de la relation nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance.

<u>Motivation</u>

Les médecins décrivaient leurs émotions comme une forme de motivation au cours de la prise en charge des patients. Elles leur permettaient de rassembler les ressources nécessaires aux diagnostics ou aux suivis médicaux complexes, impliquant la mobilisation d'un réseau de professionnels à même de pouvoir les soutenir.

<u>Stimulation à l'adaptation</u>

Les ressentis des médecins étaient présentés comme un signal d'alerte stimulant l'adaptation de leur posture relationnelle. En effet, ils étaient parfois décrits comme une sensation, une incompréhension, ou un sentiment d'inadéquation, entre la réponse apportée aux patients et les

attentes non explicitées de ces derniers au cours de la consultation. Nous avions regroupé ces verbatims dans la catégorie : sentiments de « non-satisfaction ». Cette émotion initiait un processus de « remise en question » à la suite duquel ils adaptaient leurs propositions ou leurs réactions à la demande des patients et donnaient sens à l'émergence, incontrôlable, de ces ressentis. D'après un article du CNGE sur la relation médecin-patient en contexte professionnel, « *les émotions sont des ressources qui permettent, selon les situations, de s'ajuster (niveau individuel), d'optimiser la communication (niveau interpersonnel) et de faciliter la coordination sociale (niveau groupal)* » [132]. Cette approche correspond à la composante émotionnelle et cognitive de l'empathie décrite par A.R. DAMASIO : cette démarche « *s'impose à tous ceux qui considèrent les composantes émotionnelles et cognitives comme indispensables à la connaissance de soi, d'autrui et du monde* » [30]. Cette « adaptation relationnelle » était en effet souvent présentée par les médecins comme une « nécessité » dans le contexte. MGsd 1 le verbalisait clairement : « C'était indispensable et très enrichissant. Je crois que c'est la meilleure chose qui me soit arrivée ***(sourire)*** dans ma vie de médecin de devoir m'adapter parce que je pense que la posture que j'avais au départ elle ne pouvait absolument pas fonctionner avec cette population ».

Humanisation de la relation et lien de confiance

Les médecins interviewés expliquaient que les émotions humanisent la relation. Dans ce contexte particulièrement, du fait des parcours et des conditions de vie complexes des patients, leur réflexion pouvait être présentée ainsi : comment rassurer les patients, si ce n'est en dévoilant qu'ils étaient eux-mêmes touchés, quand cela était approprié ? Pour MGsd 2 : « justement c'est une relation, c'est important, il faut que ce soit humain et l'être humain il a des émotions donc c'est important d'accepter qu'il y en ait, que des fois l'autre ressente que tu en as ». C. LACHAL décrit dans le cadre de la psychothérapie : « faire à nouveau confiance à un être humain, lorsqu'on a vécu un traumatisme du fait d'autres êtres humains est un vrai problème pour le patient, et les sentiments d'insécurité ressentis vont venir en premier lieu du thérapeute lui-même » [133].

Pour G. GUERIN *« La précarité de l'être se révèle dans la précarité des liens humains* » [126]. Créer un lien thérapeutique de confiance dans ce contexte, assumer ses ressentis, transmettre son empathie au patient, voire l'expliciter de façon verbale, semblaient être des réponses adaptées d'après les médecins, situant la dimension humaine au cœur de la relation médecin-

patient. Cette place accordée aux émotions permettait ainsi au patient et au clinicien « *de passer du sentiment d'être isolé à la confiance qui naît d'un état partagé* » [22].

b) *Expression et utilisation des émotions selon les MGsd*

Lorsque les interviewés expliquaient la manière dont ils réagissaient lors des consultations émotionnellement difficiles, ils décrivaient l'expression et l'utilisation des émotions, en particulier à travers le langage verbal comme non verbal. Nous retrouvions ainsi l'adoption d'une posture empathique, une attitude d'écoute et de résistance face à la violence des ressentis au moment des récits de vie, une légitimation des émotions des patients par une prise de position sincère face à leurs témoignages, de même que l'utilisation de leurs émotions pour le respect des patients dans leur vécu intime de l'examen physique.

Posture empathique

Une réflexion émergeait autour de leur posture, en lien avec la situation transculturelle des patients, comme expliqué par MGsd 1 : « je trouve que le côté transculturel ça enferme le… Enfin, j'ai beaucoup enfermé les patients dans mes à priori, dans ce que je pensais qu'ils attendaient de moi, ici j'ai vraiment appris que... il faut surtout demander aux gens ce qu'ils attendent et j'essaye maintenant de couper mes projections ou en tout cas j'y suis attentive ». Ainsi, comme l'expliquent C. MOSER et C. FREY *« pour que la relation médecin-patient ne soit pas empreinte de jugements précipités, voire de préjugés, et de suppositions fondées sur une généralisation – par exemple, référence systématique à la «culture» du réfugié comme explication –, il convient d'accepter chaque individu dans tout son vécu et dans toute sa complexité* » [121].

Cette compréhension concernait également le contexte de précarité dans lequel s'inscrit la prise en charge, dans lequel on peut citer la prise en compte du « calendrier instable » des patients. Cette adaptation était décrite comme nécessitant des efforts constants, pouvant générer de la frustration voire de l'agacement, comme l'expliqué MGsd 7 au sujet de la non-présentation aux rendez-vous fixés : « t'as une proportion de perte qui est obligatoire, il faut savoir l'accepter et ça demande oui, ça demande beaucoup d'adaptation […]. De toute façon c'est un exercice qui ne sera jamais hyper cadré, il faut être, je pense que c'est obligatoire d'être adaptable et de manière générale quand tu travailles dans la précarité ». Cette acceptation était facilitée par une compréhension empathique des motifs variables des « perdus de vue » dans le contexte. Nous

pouvons remarquer que cette posture était également bien décrite par les médecins généralistes ambulatoires dans le travail de mémoire [93].

L'empathie permettait également aux médecins d'adapter leurs propres attentes relationnelles. Ainsi MGsd 6 expliquait : « parce que c'est vrai que ce n'est pas les patients qui vont dire "merci d'être là" c'est difficile pour eux. C'est... ils ont déjà trop de...ils vont trop mal pour pouvoir faire ça ». Dans le contexte de patients victimes de torture, ces adaptations peuvent être rapprochées de la notion d'« *attitude compréhensive* » qui « *signifie placer les thèmes importants, comme la méfiance, la passivité, l'incertitude ou encore la peur accablante dans le contexte concret du traumatisme et accepter les contradictions (apparentes) »,* comme le rappellent C. MOSER et C. FREY qui expliquent également qu' *« Il faut être suffisamment ouvert pour s'investir dans l'histoire toute personnelle de chaque patient* » [121].

Enfin ils décrivaient adopter une posture plus « englobante » dans la relation de soins pour soulager les patients et favoriser l'adhésion aux soins ; il s'agissait d'initier eux-mêmes la demande de prise en charge médicale et d'accompagner les patients dans l'organisation de la démarche thérapeutique, comme l'exprime MGsd 4 : « les patients du fait de leur pathologie ou de leurs souffrances, ils ne sont pas en capacité de se soigner, ils ont baissé les bras depuis longtemps ou ils ont d'autres chats à fouetter dans leur tête, donc pour faire ces choses-là on le fait. Donc, oui, ça c'est une pratique différente […] en plus c'est obligatoire pour qu'ils adhèrent vraiment à leurs soins et effectivement c'est une prise en charge qui est beaucoup plus heu…. Comment dire… plus englobante ». Cette posture était également soutenue par les médecins généralistes « sensibilisés » exerçant en ambulatoire [93].

Attitude d'écoute et résistance pendant les récits de vie

Selon les MGsd, aborder l'anamnèse spécifique à la migration nécessitait un certain « savoir-faire », mobilisant une attitude d'écoute, empathique mais encourageante lorsque la personne souhaitait s'exprimer. Le CNGE qualifie cette posture de « *compréhension empathique* » : il s'agit d'une « *attitude qui favorise l'expression d'autrui. Elle place l'écoutant dans une disposition intérieure favorable et lui permet au mieux la compréhension intellectuelle d'autrui »* [132]. C. ROGERS parle d'écoute active nécessaire au développement de la relation d'aide : « *l'écoute active consiste à réellement vouloir comprendre le message communiqué* » [135].

Dans un article Suisse, pays dans lequel les médecins généralistes sont considérés comme étant en première ligne face à l'accueil des exilés, il est recommandé de s'intéresser à l'histoire du patient avec tact : « *l'anamnèse doit porter sur les conditions de vie du patient dans son pays d'origine, sur les événements qui l'ont traumatisé […] Mener l'entretien avec tact […] Éviter de réveiller inutilement des souvenirs d'interrogatoire et de torture* » [121]. Cette attitude était particulièrement retrouvée chez les MGsd lors de la prise en charge des patients ayant traversé la Libye. Ils insistaient sur l'absence de questions intrusives sur les conditions de séjour dans ce pays, faisant référence à la situation géopolitique Libyenne actuelle et aux nombreuses violences subies par les déplacés tentant de traverser ce pays. Cette attitude, retrouvée fréquemment chez les médecins ambulatoires interrogés dans le cadre du mémoire [93], était également expliquée par le fait que l'évocation des évènements vécus en Libye était source d'émotions et de compréhension réciproques entre médecin et patient, n'obligeant finalement pas la verbalisation détaillée des faits. Devant la complexité de la situation, les médecins décrivaient cependant répondre par l'expression de leur empathie, souvent de manière non verbale [94]. Cette posture est en cohérence avec ce que D.N. STERN appelle la « *légitimation* » : elle déploie un « *moment de rencontre* » où les deux partenaires savent *« que je sais que tu sais que je sais »* [134].

Cela suggère que les médecins connaissaient le contexte Libyen. Pour C. MESTRE, : *« Il s'agit au préalable de ne pas négliger les contextes dans lesquels les personnes ont subi des traumatismes. Cela suppose en tant que citoyen, une position active pour s'informer et s'intéresser aux soubresauts du monde. [...] Tout ignorer d'un conflit ou d'une situation politique amène aussi le patient à devoir faire des efforts importants d'explications, toujours difficiles et parfois impossibles pour les plus jeunes » [136].* Certains médecins expliquaient avoir obtenu ces informations par le biais des médias et un intérêt personnel préalable. D'autres expliquaient leur apprentissage au cours des consultations successives, rapportant les mêmes faits à ce sujet. Dans les deux cas, il était intéressant de constater l'adaptation spontanée de la posture relationnelle à ce « passage par la Lybie » évoquée.

Enfin, une attitude de « résistance » face à la tentation d'interrompre la description des détails de violence a été décrite, puisque les médecins considéraient ce « secret partagé » comme un socle thérapeutique, que MGsd 1 expliquait ainsi : « On est deux à savoir, on partage un secret, parce que la plupart du temps la personne elle vous dépose son histoire, mais elle ne la dépose plus jamais ». C LACHAL explique que « *du fait que le patient raconte des faits réels, il y a*

souvent une recherche d'exhaustivité. On trouve cette notion comme objectif du traitement dans certaines approches, comme le debriefing, où il faut s'employer à documenter successivement tous les registres de l'expérience traumatique : le récit de l'événement, les émotions ressenties, les représentations mentales, les idées et jugements formulés, etc. » [133].

Ces derniers points marquent le discours des médecins vers une considération du contexte culturel qui pourrait être associé à ces prises en charge. Cependant, le point de vue des interviewés orientait davantage vers une prise de conscience des différentes visions historiques et culturelles possibles, à travers la volonté de comprendre les ressentis des patients. En ce sens, cette posture correspond à une approche centrée sur le patient. Selon C. MOSER et C. FREY, pour le médecin généraliste, il n'est en effet « *pas nécessaire de connaître en détails le contexte culturel. Il est plus important d'adopter une attitude ouverte et intéressée vis-à-vis de l'«étranger» et de créer une relation médecin-patient permettant des réflexions concertées.*» [121].

Prise de position sincère face aux témoignages des patients

Au cours du moment du récit de vie, les médecins décrivaient parfois s'impliquer personnellement en légitimant ouvertement les émotions exprimées par les patients [22]. Ainsi, MGsd 5 expliquait sa volonté de prise de position pour créer un climat de confiance et renforcer l'adhésion du patient à la relation : « après de temps en temps quand y a une colère t'as le droit de taper sur la table et de dire au patient "putain c'est dégueulasse !". […] si tu ne dis pas que c'est dégueulasse, le mec il ne te fera pas confiance. […] Et ça déjà c'est un parti pris ». Pour M. VANNOTTI ces phrases « *légitimentes* », *« se révèlent pertinentes si elles sont l'expression d'une pensée authentique du médecin. Ce dernier doit sentir dans ses tripes que sa réponse correspond sincèrement à son vécu, à ses propres critères du vrai ou du juste* » [22]. L'expression des émotions par le médecin s'adapte donc au contexte de la situation des consultants, comme MGsd 2 expliquait : « justement c'est l'aventure, c'est l'altérité pour moi la base, c'est l'altérité donc l'altérité c'est l'autre, donc à partir du moment où ça commence par l'autre tu ne peux pas savoir... par avance comment ça va se passer, qu'est-ce qu'il va falloir dire ou ressentir ». Ceci peut se rapprocher de ce que l'on appelle la « *congruence* » du médecin dans la relation médecin-patient. Elle est définie par le CNGE comme un des outils essentiels de la communication dans un modèle relationnel bio-psycho-social, centrée sur le patient : *« le médecin apparaît « tel qu'il est », les rapports avec le patient sont authentiques, sans masque*

et il exprime ouvertement les sentiments qui l'imprègnent dans « l'ici et maintenant » de la consultation. Le médecin pense tout ce qu'il dit, même s'il ne dit pas tout ce qu'il pense. Le patient se sent rassuré par l'authenticité du médecin. Le médecin peut disposer de ses sentiments et de ses émotions de façon libre, ils sont accessibles à sa conscience, identifiés, expliqués et il peut ainsi les mettre à distance ou les utiliser au moment opportun. Le médecin attristé par l'histoire de vie du patient peut ainsi l'exprimer "Ce que vous dites là me touche beaucoup" » [132].

Ce positionnement était présenté par les MGsd comme une possibilité de témoigner de leur bienveillance. Pour C. MESTRE et M.R. MORO, cette attitude est nécessaire pour une prise en charge efficiente des patients demandeurs d'asile victimes de violences : *« Par engagement politique, j'entends une posture face à l'horrible, l'indicible qu'ont pu rencontrer les patients, qui, pour certains, ont vécu la guerre ou des conflits, un génocide, les menaces et attaques d'un État ou d'un groupe, avec des effractions psychiques et physiques gravissimes où s'est profilée la mort. Cette posture engage de ma part la reconstruction d'un monde commun, où est possible la reconnaissance du semblable et le partage d'une expérience, d'affects, d'émotions. L'enjeu est de pouvoir créer un récit comme forme possible de l'expérience indicible qui a été traversée »* [136-137].

Respect de l'intimité

Le moment de l'examen clinique était décrit par les médecins comme nécessitant parfois une adaptation. Ils décrivaient faire preuve de respect en considérant l'aspect potentiellement intrusif de cet acte, du fait des violences subies, de celui d'être un homme ou une femme ou encore de leurs représentations culturelles. Pour se faire, les médecins expliquaient ouvertement aux patients les étapes de l'examen clinique, ou, si c'était nécessaire, différaient la consultation selon d'autres modalités. Dans l'article Suisse déjà cité au sujet de la prise en charge des patients traumatisés en Médecine Générale, il est précisé : « *les traumatismes liés à la violence sont la conséquence d'abus extrêmes. Dans la relation thérapeutique, il convient de faire preuve du plus de respect possible, en tenant compte des expériences et des limites du patient, et en évitant à tout prix que le respect soit perçu comme une victimisation supplémentaire* » [121].

c) *Régulation des émotions selon les MGsd*

Comme vu précédemment, chaque rencontre est susceptible d'être à haute charge émotionnelle, nécessitant une implication affective forte des médecins. Ainsi, maintenir la juste distance était parfois décrit comme difficile. Certains médecins ont pu évoquer un débordement émotionnel et expliquaient pouvoir être affecté à plus ou moins long terme.

Les médecins expliquaient réguler, ajuster ou contrôler leurs émotions, par des stratégies de coping émotionnel ou centrées sur le problème. Cette régulation émotionnelle est résumée par A. DESAUW dans son travail comme le « *processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, comment ils en font l'expérience, et comment ils les expriment. La régulation émotionnelle permet de maintenir ou modifier l'intensité, la durée, et la valence d'une émotion Il s'agit d'un processus conscient ou inconscient, contrôlé ou automatique. »* [138].

Dans cette étude, les médecins insistaient sur la verbalisation des ressentis avec des professionnels (médecins ou non), partageant plutôt le même type de patientèle pour une meilleure compréhension des situations évoquées. Il s'agissait cependant principalement de partage informel alors que les données de la littérature mettent en avant la nécessité d'une supervision encadrée autour de ces prises en charge. En effet, dans cette étude, peu de médecins décrivaient de réels échanges supervisés dans le cadre de leur structure d'exercice. Cette attitude pouvait être justifiée par la crainte d'être jugé en exprimant leur ressenti au cours d'une réunion formelle, renforcée par l'écho de ces affects à des évènements de vie potentiellement très personnels.

Ainsi, comme recommandé par les données de la littérature, la nécessité de la mise en place de supervisions encadrées et pluridisciplinaire pour les médecins généralistes intervenant auprès des patients exilés est mise en exergue par les résultats de cette étude. Prenant compte de la remarque précédente sur la difficulté majeure d'expression des émotions en réunion formelle, il semble important de se questionner, en cas d'antécédent de traumatisme psychique personnel (puisque connu comme un facteur de risque de traumatisme vicariant), sur la mise en place au niveau institutionnel d'un travail de prévention chez les médecins à risque.

En plus de cette idée de supervision, l'absence de lien entre les structures dédiées et la médecine de ville est déplorée. Dans ce cadre de la gestion des émotions, le travail de mémoire retrouvait en effet chez les médecins généralistes de ville un sentiment d'isolement les amenant à

souhaiter le développement d'un réseau professionnel autour de la prise en charge des migrants [93]. Cette notion est également retrouvée par A. AUBRY puisque dans son travail de thèse la moitié des médecins généralistes étaient intéressés par la création d'un « réseau médecine de ville/PASS » [139 ; 89]. Ce lien possible serait également un facteur facilitant pour la continuité des soins des patients en ambulatoire par les médecins des structures spécialisées. En effet, au cours d'une réunion à l'ARS où des médecins de PASS étaient présents, « *les participants ont tous mis l'accent sur le manque de relation avec les médecins de ville* » [89].

Ainsi, un réseau ville/structures dédiées pourrait être envisagé, permettant aux médecins qui exercent en structures dédiées comme en ambulatoire d'échanger sur les situations difficiles, à la poursuite d'un objectif commun, avec comme premiers bénéficiaires les patients eux-mêmes.

Enfin, les médecins exprimaient la nécessité d'une juste distance émotionnelle, compatible avec leur implication affective. Ces résultats sont en cohérence avec l'approche sociologique de A.R. HOCHSHILD de la « bonne distance », dépendant des interactions entre patient et médecin, avec « *une recherche intensive d'une relation suffisamment bonne, selon deux directions* » [140]. Malgré la complexité de ces consultations et l'impact émotionnel fort chez les médecins interrogés, dans les structures spécialisées comme en ambulatoire, ces derniers font preuve de résilience. En effet, comme expliqué dans le travail de mémoire, les médecins accompagnent les patients exilés dans ce même chemin de résilience, et les soutiennent tant sur le plan émotionnel, médical que psycho-social [93], comme l'illustre les propos de MGsd 4 : « je les ressens mais je pense qu'on n'a pas le temps de s'attarder dessus, parce qu'une heure après on a une autre histoire horrible ***(Silence)*** ».

d) *Perspectives et apprentissage*

A partir de l'analyse précédente, la « compétence émotionnelle » des médecins se rapprochait d'une définition de l'empathie introduite par K.A. STEPIEN et A. BAERNSTEIN [141] comportant :

- Une dimension affective : la capacité à imaginer les représentations du patient ;
- Une dimension morale : le désir du médecin à être empathique ;
- Une dimension cognitive : la capacité à s'identifier et comprendre les émotions du patient ;
- Une dimension comportementale : la capacité à transmettre cette compréhension au patient.

Cette compétence émotionnelle est le reflet d'une dynamique en plusieurs temps. En effet, certains médecins, comme MGsd 7, l'ont explicitée : « si on faisait l'entretien 2 ans après je pense que les réponses ne seraient pas forcément les mêmes et il n'y aurait plus de... plus de choses qui sortiraient, plus de... peut-être un peu plus de compréhension et de... d'auto-analyses ». De plus, les termes utilisés dans la littérature pour décrire l'empathie des MGsd tels que nous avons pu les citer - « empathie active », « écoute active », « position active », « compétence émotionnelle », « capacités » - orientent vers une possibilité d'apprentissage de ce processus dynamique et volontaire. Le CNGE précise que l'attitude compréhensive est « *une position très active, attentive, qui demande formation et entraînement* » [132]. M. VANNOTTI prend position en faveur d'un tel enseignement puisque pour lui : « *on peut s'exercer à percevoir ses propres émotions et celles de ses patients,* c*et exercice peut améliorer la relation*, u*ne relation empathique entre les deux partenaires de la relation de soins*, *diminue les sentiments d'isolement et d'abandon du patient*, *augmente sa satisfaction*, *augmente la satisfaction du médecin* » [22].

Au sujet de leur formation, le discours des MGsd était très variable dans cette étude. Ils estimaient que la formation théorique à ce sujet était importante mais insuffisante pour ce qu'ils avaient connu. Certaines pistes, plutôt pratiques, ont cependant pu être soulevées par les médecins. Une minorité de médecins décrivaient avoir été sensibilisés au cours de leurs stages de DES à cet aspect non verbal alors que d'autres exprimaient au contraire avoir reçu une formation « contre-productive » avec une image de « médecin froid » et d'une médecine hospitalière peu accueillante, les incitant à écarter leurs émotions. Ceci était en accord avec la vision de la formation décrite par la littérature et rappelée dans le cadre conceptuel. M. WINCKLER explique que : « *cette formation n'apprend pas la psychologie, ni à soulager ou à rassurer. Elle ne comprend pas l'apprentissage du contact affectif et humain, de la pudeur et de la sensibilité. Elle ne permet pas l'expression personnelle car trop subjective. Elle n'apprend pas non plus l'erreur médicale, la nécessité du doute et la méfiance des certitudes médicales. En ce sens, elle ne prévient pas les étudiants des situations réelles qu'ils vont affronter* » [18]. Pour les MGsd partageant ce point de vue, donner un sens aux émotions en consultation était décrit comme un processus entrepris de façon autonome, parfois complexe, comme décrivait par MGsd 1 : « j'ai décidé de lâcher la posture qu'on m'avait enseignée pendant mes études qui était... que le médecin ne montre rien... qu'il doit rester très professionnel. C'était indispensable et très enrichissant. ».

Cette adaptation par l'expérience professionnelle se faisait en passant par la confrontation à des situations émotionnelles complexes, comme complétait MGsd 1 : « j'ai vraiment appris là du coup dans... ici justement et puis aussi ... enfin dans le parcours personnel à lâcher cette posture qui ne me satisfait pas ». Les médecins estimaient en effet que pour comprendre la notion d'empathie, il fallait la ressentir, y être sensibilisé. MGsd 5 expliquait son point de vue ainsi : « On ne peut pas être sensibilisé à l'émotion sans la ressentir et sans un peu la partager ».

Différentes méthodes ont été développées pour enseigner la compétence émotionnelle (groupes Balint, supervisions directes, séminaires sur la communication médecin/patient…). Pour P. DELION, « *[la fonction Balint] peut rendre les plus grands services non seulement à la relation médicale partagée, mais plus généralement à la relation humaine partagée* » [142].

La revue de la littérature réalisée par K.A. STEPIEN et A. BAERNSTEIN reprenait toutes les études montrant une augmentation significative de l'empathie suite à une formation [141 ; 143]. Les moyens d'enseignement utilisés étaient les suivants :

Augmentation quantitative :

- Atelier sur les compétences de communication ;
- Atelier de communication par écoute d'auto-enregistrement ;
- Cours de littérature et de médecine ;
- Cours d'empathie, de spiritualité et de bien-être.

Augmentation qualitative :

- Accompagnement d'un patient lors d'une consultation médicale ;
- Hospitalisation de l'étudiant de 24 à 30h consécutives ;
- Théâtre ;
- Séminaire d'écriture réflexive.

Au final, pour acquérir une compétence émotionnelle adaptée il faudrait avoir pour objectif d'aider les médecins à « *aborder le vécu subjectif et émotionnel de leurs patients, passant initialement par s'exercer à gérer ses propres émotions, ainsi qu'à percevoir les mouvements d'empathie qui traversent leur rencontre* », comme le rappelle M. VANNOTTI [22]. Dans ce contexte, les résultats orientent sur la possibilité d'une formation pratique par l'expérience et la valorisation de la compétence émotionnelle en médecine générale.

II. 2. B – Le « sentiment d'utilité sociale »

La modélisation de Peirce a permis de mettre en évidence le « sentiment d'utilité sociale » perçu par les MGsd comme une des dimensions essentielles de leur expérience émotionnelle. Ce concept, utilisé dans le langage courant pour désigner une fonction que l'on peut avoir dans la société, concerne ce qui a « *pour résultat constatable et, en général, pour objectif explicite [...] de contribuer à la cohésion sociale (notamment par la réduction des inégalités), à la solidarité (nationale, internationale, ou locale : le lien social de proximité), à la sociabilité, et à l'amélioration des conditions collectives du développement humain durable (dont font partie l'éducation, la santé, l'environnement et la démocratie)* » [144]. Celui-ci est donc approprié dans le domaine de la santé. Il était exprimé par les médecins à travers des émotions positives qui confortaient et donnaient du sens à leur pratique, et un engagement professionnel « impliqué ». Nous allons discuter ces deux aspects.

- **Une rencontre source d'enrichissement : vers une médiation sociale et culturelle**

Parmi les nombreux affects « difficiles » décrits par les MGsd, beaucoup représentaient l'empathie et la compassion des médecins à l'égard des patients. Ces émotions étaient par ailleurs décrites comme « positives » pour la prise en charge par les MGsd. En ce sens le discours des médecins s'alignait à cette définition : « *C'est toute une aventure, l'altérité, et un médecin […] doit pouvoir la comprendre. Il faut écouter chacun, non pas avec ses oreilles, mais avec sa compassion* », décrite par X. EMMANUELLI [145].

Spontanément, des émotions « plaisantes » impactant personnellement le médecin, telles que l'intérêt intellectuel, la satisfaction et le plaisir de la pratique, étaient exprimées. Elles étaient mises en relation avec le sentiment de « connexion au réel » que les médecins exprimaient. Celui-ci était décrit, dans ce travail ainsi que dans le mémoire [93], comme le sentiment de pouvoir, par l'exercice dans le champ de la précarité et de situation transculturelle, prendre en charge une partie de la population à laquelle ils n'avaient pas toujours accès habituellement, dans la pratique de la médecine générale. Ainsi MGsd 2 souhaitait argumenter : « après il y a la notion de plaisir aussi, c'est important de le dire je pense, c'est-à-dire que je suis là parce que ça me fait plaisir d'être là, j'ai envie d'être là, et je suis trop content de ce que je fais, je ne me vois pas faire autre chose ! ». Les MGsd décrivaient aussi des sentiments qui semblaient donner du sens à la pratique professionnelle dans ce contexte, tels que : l'épanouissement professionnel, l'enrichissement relationnel et personnel. Pour décrire ces affects, nous notions que les

médecins s'exprimaient généralement au présent, par opposition au passé utilisé pour décrire les situations cliniques précises ; cette modalité d'expression ancrait ceux-ci dans une continuité temporelle.

De cette rencontre source d'enrichissement, certains médecins exprimaient vouloir « sensibiliser » leur entourage, leurs confrères en particulier, à la réalité de l'exil telle qu'ils la percevaient, comme l'exprimait MGsd 2 : « il est de la responsabilité des personnes soignantes qui ont cette expérience-là et ce savoir théorique-là de…de faire un travail sur ses confrères ». Cette médiation pouvait également être source de gratification pour les médecins, renforçant leur vocation comme l'explicitait MGsd 6 : « ils sont un peu choqués oui, quand je leur raconte [...] et le fait que moi je leur dise c'est... ça les touche beaucoup plus en fait […] c'est motivant en fait ***(la voix est plus forte)*** de voir que même les autres s'y intéressent, ont envie de venir ou reconnaissent ton travail ». Dans leur étude, et en cohérence avec les résultats du travail de D. TRUCHOT [144], C. SOULARD et M. STAMER argumentaient que : *« Les émotions positives, principalement générées par la reconnaissance des patients ou la satisfaction d'avoir mené à bien une situation difficile, participent à la gratification personnelle et professionnelle, ainsi qu'au sentiment d'utilité sociale.* » [4]

Dans le travail de mémoire, ces affects étaient également mis en évidence. En effet, un sentiment d'utilité sociale était perçu par les médecins ambulatoires à travers la reconnaissance des patients exprimée à leur égard. Ils décrivaient cette dernière comme « *une caractéristique des patients exilés en particulier : leur capacité à transmettre cette reconnaissance à leur médecin* » [93]. Dans cette étude, les médecins éprouvaient également une satisfaction à transmettre aux patients une vision de la médecine ou de la société en général. Cette position leur permettait de participer activement à l'intégration des patients dans la société. Comme le décrit A. SARRADON-ECK, en s'appuyant sur les travaux de E. GAGNON, F. SAILLANT, W. KATON et A. KLEINMAN : *« la rencontre clinique apparait dans cette approche comme un lieu de médiation et de négociation du lien social, on peut donc la définir en terme d'espace. Le rôle du médecin dans cet espace relationnel est celui du "passeur", un passeur d'identité, un passeur de messages à destination des autres, un médiateur de la reconnaissance sociale »* [129 ;147 ;148]. C. MESTRE définit cette médiation ainsi : *« Soignante, je me définis aussi comme un témoin »* [137].

- **Un engagement professionnel impliqué**

Les ressentis exprimés au cours des interviews se comprenaient mieux par leur mise en perspective avec les observations des médecins au sujet de leur parcours professionnel, jusqu'à la structure actuelle, en décrivant les déterminants motivationnels et expérientiels qu'ils avaient identifiés. Ils ressentaient en effet une implication dans ce champ de la Médecine Générale, décrit comme particulièrement relationnel et holistique. Leur prise de fonction dans la structure dédiée correspondait avant tout à un engagement professionnel, prolongement de leurs convictions personnelles, et des racines éducationnelles qu'ils estimaient avoir reçues pour certains, gouvernant le sens qu'ils accordaient à leur pratique. L'étude qualitative de C. SOULARD et M. STAMER, menée auprès de médecins généralistes, identifiait que le *« bénéfice psychologique conforte le médecin dans sa vocation et contribue à son équilibre relationnel »* [4] ; ces bénéfices cognitifs et émotionnels sont décrits par les médecins dans ce travail.

Ce sentiment d'utilité sociale était également exprimé par la volonté de mettre en actes des principes et des valeurs, telle que la lutte contre les inégalités de santé, comme expliqué par MGsd 2 : « l'objectif ultime […] c'est que le droit commun se transforme pour être adapté pour les exilés […] Ça veut dire que tu vas voir n'importe quel médecin généraliste, il sait comment faire ». Ils décrivaient ainsi leur implication comme ayant une fonction collective, explicitée ainsi par MGsd 5 : « dans une ambition de société aussi où le médecin a sa part dans... comme peut l'être un enseignant dans une école maternelle, primaire, collège etc, dans le système d'éducation, et de lien social dans la société, qui permet une égalité de tous face à la santé, face au travail, face à toutes les inégalités qui peuvent surgir au quotidien et dont les précaires sont encore plus ***(il force sur sa voix),*** par définition des... des victimes. Voilà. » C. MESTRE décrit une dimension semblable au discours des médecins interviewés : *« ma position d'engagement, je l'incarne dans ma posture de soignante, dans un cadre que je souhaite accueillant et respectueux »* [137].

II. 2. C – Interaction entre les représentations, les comportements et les émotions

Dans les parties précédentes, nous avons développé les questionnements et les représentations soulevés par les prises en charge de patients en situation d'exil autours des affects et des postures des MGsd. En s'intéressant d'abord au subjectif par essence, nous ne pouvions pas développer les trois parties de cette thèse de manière complètement différenciées les unes des

autres, malgré la volonté initiale des chercheurs de scinder la présentation des résultats en catégories Peirce 1, 2 et 3. En effet, il est apparu que chacun participe au sens de l'autre, et c'est ce qui fait la richesse de ce sujet, mais aussi la difficulté de son analyse. Ainsi, partant de l'expérience émotionnelle des MGsd, nous avons pu accéder aux interactions entre ces trois temps phénoménologiques à partir de l'analyse des verbatims.

Nous proposons d'explorer, dans cette partie de la discussion, les interactions entre les représentations, les comportements et les émotions dans la prise en charge de patients exilés. Dans un premier temps nous allons aborder la réflexion des MGsd qui menait à la perception d'une dynamique entre ces trois parties, puis nous confronterons cette analyse aux données de la littérature, pour enfin faire émerger des perspectives.

- **Réflexion des médecins autour des interactions entre représentations, comportements et émotions**

Certains médecins interrogés ont pu expliquer qu'on ne pouvait pas demander à tous les médecins d'être « sensibles » aux patients exilés et aux patients grands précaires et que le plaisir, l'intérêt et le sentiment d'enrichissement, issus de leur implication dans ce domaine était personnel. Selon eux, ces émotions et cette « sensibilisation » étaient intimement liées et dépendaient notamment des convictions qu'ils exprimaient.

Par ailleurs, des médecins ont orienté leur discours sur le rôle du hasard dans leur parcours professionnel jusqu'à la structure actuelle dans laquelle ils exercent ; hasard qui serait à l'origine de leur intérêt particulier pour ces champs d'exercice. Deux points de vue pourraient être envisagés dans cette explication :

- Dans un premier cas, le hasard ressenti pourrait être considéré comme un choix inconscient. La sensibilité décrite serait prédéterminée par le vécu, avant l'expérience professionnelle en question. Cette sensibilité pourrait alors se rapprocher d'une sorte de préalable favorable à l'intérêt pour ce champ d'exercice. L'idée admise, et paraissant logique, serait alors que les affects et actions découlent des représentations sur le sujet en question.

- Dans un second cas, le rôle déterminant du hasard ne permettrait pas de présupposer de la sensibilité de chacun à ces situations. La confrontation à certaines situations - qui permettent de ressentir et de percevoir par soi-même ce que l'on peut connaître sans l'avoir expérimenté -

permettrait parfois de dévoiler de nouveaux intérêts, des représentations variées, voire des convictions, comme l'expliquaient les MGsd.

Les résultats et la modélisation de Peirce, qui considère que la catégorie des représentations présuppose de l'existence des deux autres, permettent de considérer cette approche comme possible. Ainsi, les émotions pourraient-elles influer sur les représentations ?

- **Actions des affects sur les représentations**

Dans la littérature, les interactions entre émotions et représentations font l'objet de plusieurs publications. Dans un article, B. BOURICHE expose l'état des connaissances au sujet du modèle structural proposé dans « *les relations entre pratiques et représentations sociales, sous l'angle des états affectifs* » [146], qui explique que les représentations sociales sont des systèmes d'interprétations régissant notre façon de penser et d'être au monde.

Selon cette approche, d'après W. DOISE, J. C. ABRIC et C. GUIMELLI, les représentations sociales peuvent être envisagées comme un « *cadre de référence commun qui peut être modulé par des variations individuelles* » [146]. Ainsi elles pourraient avoir une base, déclinée différemment en fonction des individus, pour aboutir à des « *représentations sociales individualisées* ». Aussi ces chercheurs s'accordent sur l'interdépendance des représentations sociales et des pratiques. Actions et comportements confronteraient la personne et ses représentations à la réalité, lui permettant de « *tester la bonne adéquation de ses cadres de référence* ». Cet argument corrobore les descriptions des MGsd sur leurs représentations dans cette étude, modulables en fonction de leur retour d'expérience.

Par ailleurs, pour ces chercheurs, en cas d'inadéquation de l'expérience avec le cadre de référence, des émotions seraient déclenchées et constitueraient des signaux d'alerte qui indiquent à l'individu une défaillance entre son savoir construit (représentations sociales) et la réalité. Elles mèneraient alors à des « *conduites d'ajustement* », elles-mêmes génératrices de représentations plus adaptées : « *l'activation émotionnelle, signalant une défaillance de sens et conduisant l'individu à mobiliser ses ressources attentionnelles, constituerait un déclencheur possible du processus d'ancrage* ». Le processus d'ancrage étant défini comme « *l'inscription*

de l'inattendu, du non familier, de l'inconnu ou de l'étrange dans des savoirs pré-existants […] *il permet une adaptation, une différenciation en fonction du vécu, une intégration des expériences quotidiennes* ». [146]

Pour B. RIME, cité dans ce même article, « *c'est ainsi que les émotions participeraient à la construction sociale de la réalité en permettant à l'individu d'opérer les changements nécessaires par une évolution ou une transformation des représentations sociales. L'importance de la fonction adaptative des émotions justifierait alors l'intérêt que les individus accordent au partage de leur expérience émotionnelle* [149] ». Selon lui, il faudrait considérer « *les émotions comme des dispositions évaluatives individuelles basées sur l'application des cadres de référence communs que constituent les représentations sociales. En tant que telles, les émotions constitueraient des variables individuelles de la dynamique représentationnelle. »* Les résultats de ces recherches semblent cohérents avec les propos analysés dans l'étude au sujet du rôle des émotions et de la confrontation, comme décrit précédemment. Par ailleurs ce phénomène est cyclique et perpétuel puisque, comme exprimé par M. VANNOTTI : « *l'expérience émotionnelle est nouée, suivant une articulation constante et circulaire, à la dimension cognitive de la signification ou de la « donation de sens* ». *Cette deuxième dimension répond à des règles plus explicites. Elle transforme les schèmes émotionnels implicites en une expérience émotionnelle consciente ou, tout au moins, dicible* » [22].

Par cette approche, nous comprenons que les émotions décrites précédemment, plaisantes ou déplaisantes, impliqueraient qu'une notion d'étrangeté provient de nos propres représentations, correspondant à notre conception habituelle du sujet en question. Ainsi, cette « émotion alerte », induirait une nouvelle évaluation de la situation, à l'origine d'une variation de nos représentations et impliquerait une adaptation du comportement. Ainsi, A. BONNEVILLE explique que « *dans toute rencontre accueillant/accueilli, praticien/personne étrangère, chacun se trouve en tant qu'étranger à l'égard de l'autre et de soi-même. […] Dans cette rencontre avec l'étranger, c'est donc notre propre ambivalence qui est réactualisée : être tout autant soi et un autre, se sentir à la fois familier et étranger à soi* » [147].

- **Dynamiques des représentations et perspectives**

A travers l'expérience de confrontation, la réalité et les représentations préalables à l'exercice étant ce qu'elles sont, les perspectives envisageables dans ce cadre concerneraient ce qui semble variable. Un travail autour des auto-évaluations multiples auxquelles sont livrés les jeunes médecins dans la pratique pourrait ainsi s'envisager. Dans cette idée, les MGsd formulaient quelques propositions :

- Pour certains, une formation concrète auprès des patients précaires pourraient être intéressante à envisager, comme par exemple pour MGsd 6 : « tout le monde n'y est pas sensible non plus. Alors est-ce qu'il faut sensibiliser tout le monde à ça... ? Je ne sais pas. Ce serait bien parce qu'on en voit quand même énormément et dans tous les endroits, même dans la rue quand on se promène on voit des personnes précaires ***(rires de toutes les** 2)* non mais c'est vrai. […] Moi je sais que j'ai des copines qui disent "quand j'ai un SDF ou quand j'ai un tox qui arrive dans mon cabinet ou un étranger j'ai peur" peut-être que ça les rassurerait d'être formées. Et de... voir que c'est des personnes normales ».

Ainsi, une expérience supervisée de confrontation avec les patients exilés et/ou grands précaires, atténuerait la brutalité parfois ressentie dans la rencontre entre médecin et patient en situation de vulnérabilité sociale. Alors, pourrait-on imaginer accompagner les ressentis des médecins en devenir dans l'élaboration de leurs représentations individualisées autour des patients exilés et du contexte de précarité ? Cet enseignement, s'il était utile, pourrait permettre d'aborder plus sereinement toute situation difficile rencontrée en Médecine Générale, par un échange ouvert autour des réponses émotionnelles des médecins dans ces situations.

- Même s'ils le regrettaient, la majorité des médecins interviewés n'imaginaient pas comment une formation pour la gestion de leurs émotions pourrait être envisagée puisque les stratégies de régulation émotionnelles étaient décrites comme des mécanismes trop personnels. Cependant, certains ont évoqué des stages de psychologie, obligatoires alors que dans le travail de mémoire, les médecins exprimaient le recours à une psychothérapie, mais sur initiative personnelle, largement envisagé par les professionnels de santé [93]. Cela pourrait s'organiser, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, sous forme d'enseignements pratiques à la compétence relationnelle. Au total, les deux travaux rejoignaient l'analyse de M.

BORENSTEIN selon laquelle « *pour que chacun puisse prendre en compte ses émotions et les réguler, et que les règles de métiers évoluent, il faut que la charge émotionnelle et le travail qu'elle requiert cessent d'être rendus invisibles par les organisations. Le fait de renvoyer la gestion émotionnelle à une responsabilité individuelle et/ou de ne pas reconnaître les temps d'échanges et de partage entre pairs comme du temps de travail effectif et nécessaire, rend cette dimension invisible. Il s'agit pourtant d'une particularité intrinsèque et réelle du métier des professionnels de santé. Elle doit en ce sens être reconnue comme telle et une place visible, autorisée et dédiée doit être a minima permise, dans l'idéal organisée* » [118].

Dans le cadre d'un accompagnement pour la gestion émotionnelle lors de la confrontation à des situations relationnelles complexes, l'idée d'un axe d'enseignement moins magistral et hospitalier, centré sur les apprentissages individuels, pourrait être une option à envisager. Elle serait une opportunité pour les médecins, au cas par cas, de rendre compte de leurs ressentis, considérant leurs propres caractéristiques émotionnelles, cognitives et représentationnelles, ainsi que leurs mécanismes de défense. Ceci serait alors réalisé sans jugement, dans une institution pédagogique soutenante et compétente, permettant ainsi une valorisation des compétences relationnelles à plus long terme.

- Aussi, dans le travail de thèse comme dans le mémoire, les médecins s'accordent sur une représentation parfois contre-productive de l'enseignement autour de l'émotion dans la pratique.

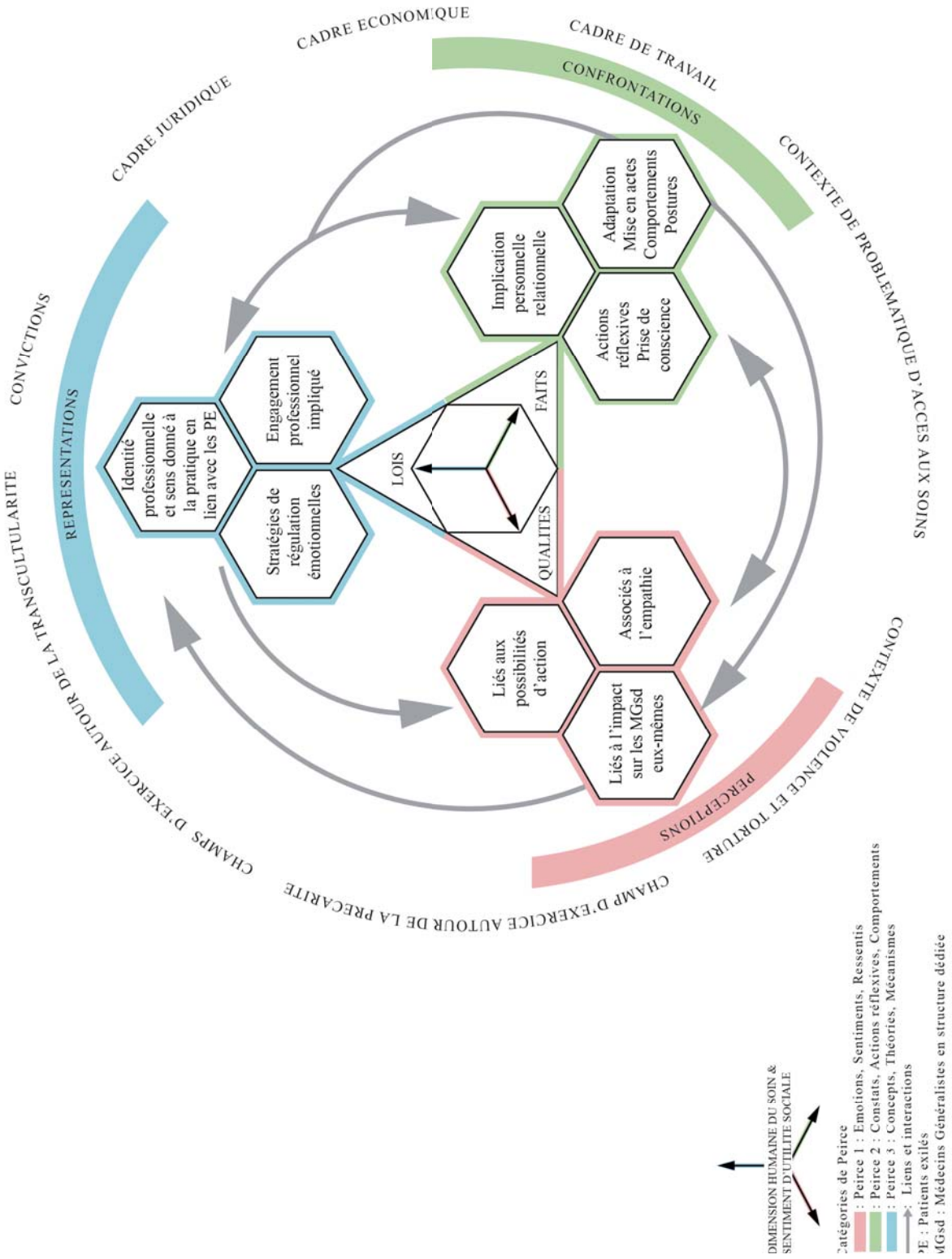
Le discours des médecins interviewés oriente vers une probable nécessité d'éclaircissement de l'enseignement sur la place des émotions au sein de la profession de médecin généraliste, permettant un accès et un discours moins complexés autour de ce sujet.

Ces réflexions ouvrent la voie à d'autres travaux qui se proposeraient d'explorer ces interactions entre représentations et émotions plus précisément dans le cadre complexe de la Médecine Générale.

III. **Modélisation dynamique schématique**

Afin de modéliser la perception de l'expérience émotionnelle des médecins interviewés de façon plus fidèle et visuelle, nous proposons une modélisation schématique, qui tend à expliciter les liens entre représentations, faits, actions et émotions, pour les MGsd, à partir des résultats de l'étude et de la sémiotique de Peirce (Schéma 6).

Schéma 6 : Modélisation schématique de Peirce de l'expérience émotionnelle des médecins généralistes exerçant en structures dédiées à la prise en charge des patients exilés



CONCLUSION

Les résultats de ce travail évoquent la profondeur et la dynamique de l'expérience émotionnelle des médecins généralistes exerçant en structures dédiées, mise en exergue par l'IPA sémio-pragmatique. La question de l'émotion s'est révélée centrale dans cette rencontre singulière médecin-patient exilé.

La dimension humaine du soin émerge comme une catégorie argument essentielle. Les spécificités et les difficultés rencontrées par les exilés consultant en structures dédiées, sont perçues au travers de la capacité des médecins à saisir l'expérience des patients et à exprimer des émotions multiples, associées à l'empathie et à la compassion. Le contexte de consultation où sont rapportées les violences et les tortures endurées par les patients migrants, et les traumatismes psychiques associés, est impactant pour les cliniciens, qui accueillent quotidiennement ces personnes et leur histoire. La question de l'exposition au risque de transfert de traumatisme, de fatigue compassionnelle, voire de phénomène vicariant a été soulevée, renforçant les principes de prises en charge pluridisciplinaires et de supervision encadrée déjà bien signalés comme une nécessité dans la littérature sur le sujet. Ces derniers, pas toujours mis en place dans les structures dédiées où travaillent les médecins interviewés, orientent la discussion vers le besoin de leurs développements systématiques et rejoignent d'autres travaux sur celui d'un échange entre médecins ambulatoires et médecins de structures autour de ces prises en charge complexe. Pour autant, il s'agit de médecins résilients, accompagnant les patients exilés vers une résilience souvent difficile à atteindre.

Par ailleurs, les contraintes juridiques, administratives et économiques qui s'associent à la question du soin dans ces situations, notamment l'accès à l'interprétariat et la prise en charge spécifique en santé mentale, peuvent être associées à un sentiment de colère, d'impuissance, ainsi que d'injustice par procuration, pour les médecins impliqués. Ces dernières émotions évoquent la dimension éthique et morale du soin, et l'engagement professionnel décrit dans l'expérience émotionnelle des médecins. La valorisation d'une pratique exigeante psychiquement pour les soignants au contact des patients précaires, en situation transculturelle, passe alors par la prise en compte des moyens nécessaires à l'échelle de l'institution. Le sentiment d'utilité sociale, émergeant comme une catégorie principale également, s'associe dès lors à la mise en acte de conduites émotionnelles, favorisées par l'empathie des médecins, prolongement des convictions personnelles exprimées par ces derniers. De cet investissement

résulte la prise en compte des besoins relationnels des patients et de leurs priorités, parfois vitales ou administratives en situation de vulnérabilité sociale. Il est renforcé par des affects au sens fort, tel que l'épanouissement professionnel et le sentiment d'enrichissement personnel, mis en avant par les MGsd pour témoigner de leur expérience. L'exercice en structure, le temps disponible, l'interprétariat et le travail en équipe facilitent l'émergence d'une satisfaction à cette implication exprimée.

Dans cet exercice médical, l'application de compétences émotionnelles et relationnelles s'est donc imposée comme essentielle à la pratique, puisque la dimension affective et cognitive est décrite comme favorable à l'adaptation des médecins et de leur posture dans ce contexte. La prise en charge des patients exilés est décrite par les MGsd comme un profil type de situation complexe rencontrée en Médecine Générale, par l'intérêt porté au vécu subjectif de ces patients, y compris dans sa dimension collective, sans toujours nécessiter une compétence culturelle spécifique. Ainsi, à travers la prise en charge des personnes en situation d'exil, les médecins inscrivent leur intérêt pour cette spécialité de médecine de soins primaires. A partir de ces prises en charge, la place accordée à l'émotion et la communication non verbale au sein des consultations de Médecine Générale était questionnée. Une perspective d'éclaircissement sur la place des affects dans la profession est considérée essentielle par les médecins qui exprimaient viser l'amélioration de leurs pratiques et regrettaient l'absence de formation au sujet de la gestion émotionnelle.

En ce sens, s'exercer à percevoir les échanges immatériels de chaque rencontre, pourrait passer par un cadre conceptuel d'apprentissage moins générique, et des interactions interpersonnelles pédagogiques plus individuelles ; elles accompagneraient ainsi la réflexion et les représentations issues de la confrontation à des situations émotionnelles concrètes. L'aboutissement des résultats de cette étude par la modélisation proposée à partir de celle de Peirce, converge en ce sens. D'autres études pourraient être envisagées vers cette approche. Elle s'appuie sur une confiance en la capacité des médecins à saisir les opportunités aidant à dépasser les difficultés dans les situations complexes telle que la précarité et le contexte transculturel, pour tendre vers une relation de soin empathique au cours de leurs expériences.

Pour citer X. EMMANUELLI, entre autres fondateur du SAMU social à Paris: «*Quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tout patient.* » [145]. Cette motivation commune, rapproche les médecins et les patients vers un bénéfice commun, passant par une attention nécessaire portée aux deux acteurs de la relation humaine et thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WONCA Europe. « La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille ». 2002 ;
2. Hirsch E. « Traité de bioéthique ». 2010 ; 2e édition Eres. Paris.
3. Gross JJ, Thompson RA. « Emotion regulation : Conceptual Foundations ». 2007 ; In Gross JJ (Éd.), Handbook of Emotion Regulation (p. 3-27). New-York : Guilford Press.
4. Soulard C, Stamer M. « Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? » Médecine humaine et pathologie. 2017 ; ffdumas-01671908f.
5. Vodounnou MS. « Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient : une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest ». Médecine humaine et pathologie. 2015 ; dumas-01237866.
6. Monier H. « Les émotions au travail dans un service d'Urgences : vers un management de la régulation émotionnelle collective ? » 2015 ; 26ème Congrès AGRH / De nouveaux modèles de GRH. AGRH, Montpellier, France. halshs-01212854.
7. Eleftérion Hérault M. « Les émotions du médecin généraliste dans la prise en charge de la fin de vie : modalités d'expression et stratégies de gestion : étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes du département du Lot-et-Garonne ». 2015 ; Médecine humaine et pathologie.
8. Bonardi AL. « L'intelligence émotionnelle au cours du diplôme de médecine générale : Une rencontre pour les internes ». 2016 ;
9. Roger J. « L'annonce d'une mauvaise nouvelle : analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de Médecine Générale » Paris Diderot. 2016 ;
10. [Source internet]Wikipedia.https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_fond%C3%A9e_sur_les_faits#cite_note-17.
11. Bolly C. « La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? » 2011 ; Psycho-Oncol, 5: 98-108. DOI:10.1007/s11839-011-0314-6.
12. Naylor CD. « Grey zones of clinical practice : some limits to evidence-based medicine ». 1995 ; Lancet. 345:840-2.
13. Lecourt D. « Dictionnaire de la pensée médicale ». 2004 ; Sous la direction de Lecourt D réed. PUF/Quadrige, Paris, ISBN 2-13-053960-2.
14. Savard G. « Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine) ». 2003 ; Faculté de médecine de Necker, Université Paris V.
15. Canguilhem G. « Le normal et le pathologique ». 2005 ; 10e éd. Presses Universitaires de France-PUF.
16. Balint M, Valabrega JP. « Le Médecin, son malade et la maladie ». 1996 ; Paris : Payot.
17. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous? Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. » 2010 ; In Bloy G. et Schweyer FX (dir.), Singuliers généralistes, préface de Herzlich C, Rennes, Presses de l'ENSP, chap. 14.

18. Malvezin E. « La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian Lehmann, Perino L et Winckler M » 2010 ; [Thèse d'exercice].
19. Buffel du Vaure C. « Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique ». 2012 ; [THÈSE d'exercice].
20. Even G. « Corps du médecin, corps du malade ». 2004 ; (33):69–86.
21. Rey-Wicky H, Vannotti M. « L'empathie dans la relation de soins. Médecine psychosomatique ». 1994 *;* 3, 23 : 7-12.
22. Vannotti M. « L'empathie dans la relation médecin-patient ». 2005 ; CahCritThérapieFamPratRéseaux. Oct 1;no 29(2):213–37.
23. [Source internet] Wikipedia. https://fr.wiktionary.org/wiki/empathie
24. Decety J, Lamm C. « Human empathy through the lens of social neuroscience ». 2006 ; Scientific World Journal ; 6 : 1146-63.
25. Decety J. « L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales ». 2004 ; Neuropsychiatrie : Tendances et Débats. (23).
26. Thomassin-Havet V, Le Gall D. « Théorie de l'esprit et lobe frontal : contributions de la neuropsychologie clinique ». 2007 ; [s.l]: [s.n.].
27. Girard E, Terradas M, Matte-Gagné C. « Empathie, comportements pro-sociaux et troubles du comportement ». 2014; "Enfance" 2014/4 n° 4, p. 459 à 480. issn 0013-7545
28. Narme P, Mouras H, Loas G, et al. « Vers une approche neuropsychologique de l'empathie » 2010 ; John Libbey Eurotext. "Revue de neuropsychologie" 2010/4 Volume 2, p.292 à 298. ISSN 2101-6739.
29. Claudon P, Weber M. « L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction ». 2009 ; Devenir. 21(1) : 61.
30. Damasio AR. « L'erreur de Descartes ». 1994 ; Jacob O, Paris.
31. Plutchik R. « A general psychoevolutionary theory of emotion » ; Plutchik R, Kellerman H ; Theories of Emotion ; Academic Press. 1980 ; ISBN 9780125587013.
32. Nicchi S, Le Scanff C. « Les stratégies de faire face ». 2005 ; « bulletin de psychologie » 2005/1 numéro 475, p. 97 à 100. ISSN 0007-4403.
33. Lazarus R, Folkman S. « Stress : Appraisal and coping ». 1984 ; New York, Springer.
34. Paulhan I. « Le concept de coping ». 1992 ; In : L'année psychologique. vol. 92, n°4. pp. 545-557.
35. Laplanche J, Pontalis JB. *«* Le vocabulaire de psychanalyse ». 1981 ; Presses universitaires de France.
36. Freud S. « L'inconscient, in Métapsychologie ». 1915 ; Paris, Gallimard, Folio Essais, 1968, p. 82.
37. Denis P. « Incontournable contre-transfert ». 2006 ; Revue française de psychanalyse. 70 : 331-350.
38. Urtubey L. « Des origines du contre-transfert ». 2006 ; Revue française de psychanalyse. 70 : 371- 384.
39. Temaner-Brodley B. « L'attitude non-directive en thérapie centrée sur le client , Approche Centrée sur la Personne. ». 2012 ; Pratique et recherche, 2012/2 (n° 16), p. 5-24. DOI : 10.3917/acp.016.0005

40. Jihane S, Yatim F, « Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe ». 2018 ; Santé Publique, 2018/4 (Vol. 30), p. 517-526. DOI : 10.3917/spub.185.0517
41. HAS. « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi Outil d'amélioration des pratiques professionnelles ». 2015 ;
42. « Niveaux de la compétence : Approche globale, prise en compte de la complexité ». 2018 ; CNGE Nice.
43. « Niveaux de la compétence : Relation, communication, approche centrée patient ». 2018 ; CNGE Nice.
44. Barrault C. « Comment les internes de Médecine Générale de Paris Diderot sont-ils formés à la psychothérapie de soutien ? ». 2012 ; Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Paris VII.
45. Ladevèze M, Levasseur G. « Le médecin généraliste et la mort de ses patients ». 2010 Jan ; 41:65-72.
46. M. Winckler. « La maladie de Sachs ». 2005 ;
47. Cornuau F, Dunezat X. "L'immigration en France : concepts, contours et politiques". 2008 ; Espace Populations Sociétés(2): 159-172, tabl. fig.
48. Rapport « UNHCR Mid-Year Trends 2014 ». [Source internet]
49. INSEE. 2016 ; Référence, édition 2016. Fiches. Population.
50. INSEE. « Les immigrés récemment arrivés en France ». 2014 ; Première n°1524.
51. Breuil-Genier P, Borrel C, Lhommeau B. « Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants ». In : France, portrait social. Paris : INSEE. 2011 ; pp. 33-9.
52. Safon MO, « La santé des migrants, bibliographie thématique », février 2018 ; Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
53. Rapport d'activité OFPRA, 2015 ;. [Source internet].
54. Borrel C. "Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 : près de 5 millions d'immigrés à la mi- 2004." Insee Premiere (1098): 4 , 5 graph.
55. Insee, Synthèse n°41, octobre 2012 ;
56. Shéma régional d'accueil des demandeurs d'asile en région PACA, Arrêté du 18 novembre 2016 ; Préfecture de la région PACA.
57. Organisation internationale pour la migration (OIM). « L'état de la migration dans le monde 2010 ; l'avenir des migrations. Renforcer les capacités face aux changements ». Genève : OIM. 2010 ; 295 p.
58. Guide Comede 2015. « Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement ». Édition 2015 ; Guide pratique pour les professionnels. Comede.
59. UNESCO. « Migrant/migration » [Internet]. UNESCO.org.
60. Le Comité médical pour les exilés. « Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire ». 2008 ; Saint-Denis : Éditions Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 568 p.
61. UNHCR. Point de vue du HCR : « Réfugié » ou « migrant » – Quel est le mot juste ? 2016 ; [Internet].
62. Green N. « Rendez-vous de l'histoire : que signifie "partir" ? » 29 sept 2016 ; Le Monde des livres [Internet]. Le Monde.

63. Hamel C, Moisy M. « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines ». 2008 ; Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (2-3-4) : 21-24.
64. Haume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de Médecine Générale de ville ». 2011-2012 ; Bull Epidémiol Hebd. 2017. (19-20) : 430-6.
65. OMS. Février 2017
66. Veïsse A, Wolmark L, Revault P. « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner ». 2012 ; Bull Epidémiol Hebd. (2-3-4) ; 36-40.
67. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés ». 2017 ; Bull Epidémiol Hebd (19-20) : 405-14.
68. Drouot N et al. « L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000 ». 2012. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire.
69. Arapian C, Lahya S. « Psychotraumatisme et transculturalite, exemple de dispositif de soins psychiatriques, dans un centre d'accueil et d'orientation pour migrants ». Sd. Article en attente de publication.
70. Santé mentale dans la population générale : image et réalité dans la région PACA . 2009 ; DRASS.
71. Nathan T. « La folie des autres ». 1986 ; Traité d'ethnopsychiatrie clinique, Paris : Dunod.
72. Warzinski J. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». 1987 ; Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil économique et social 1-104.
73. Townsend P. 1987; Deprivation. Journal of Social Policy, *16*(2), 125-146. doi :10.1017/S0047279400020341
74. Engel GL. « The clinical application of the biopsychosocial model ». 1980 ; Am. J. Psychiatry 137 : 535-44.
75. Bourdillon F et al. (2017/09). « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique ». Bulletin Épidemiologique Hebdomadaire (BEH)(19)
76. Berchet C, Jusot F. « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature ». Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France. n° 2-3-4, 2012/01/17, 17-20.
77. Baudis D, Défenseur des droits. « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ». Rapport remis au Premier ministre. 2014 ; p. 47.
78. Cordier A, Salas F. « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État ». 2010 déc ; IGAS-IGF ; p. 3.
79. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». Oct 2011 ; IRDES. (169) : 7.
80. Velissaropoulos A. « Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France ». 2006 oct ; Médecins du Monde Coordination Mission France. p. 42.

81. Boisguérin B, Haury B. « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ». DREES Études et Résultats. 2008 juill p. 8. Report No.: 645.
82. Lahya S. « Prise en charge de l'État de Stress Post Traumatique ». Étude Qualitative auprès des médecins généralistes du Vaucluse. 2015 ; Revue systématique de la littérature internationale : Antidépresseurs versus Psychothérapies, quelle efficacité ? » [Thèse d'exercice]. [France] : Aix Marseille Université. Faculté de Médecine.
83. "Accès à l'assurance maladie obligatoire en France : importants changements en 2016" Revue Prescrire 36: 940-941.
84. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants
85. Médecins du monde. http://www.medecinsdumonde.org/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso [Source Internet]
86. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810. 2004 ;
87. Attali C, Bail P. « Référentiel métier et compétences des médecins généralistes ». Groupe "niveaux de compétences" du CNGE.
88. Sallé J, Lazimi G. « Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en Médecine Générale d'Île-de-France ». 2010 ; [Paris] : Pierre et Marie Curie.
89. Martz Flye Sainte Marie C, Querrioux L et al. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », Santé Publique 2015/5 (Vol. 27), p. 679-690.
90. Querrioux L. « Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle : étude qualitative par focus groups » 2011 ; [thèse]
91. « Prise en charge des patients migrants en Médecine Générale »2013 ;Exercer105:27-8.
92. Touati S, Vergan S. « Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en Médecine Générale ambulatoire : PASSAGE. ». 2017 ;
93. Porcheto C. « Consultation avec un patient exilé en Médecine Générale : lien entre émotions et pratiques : Étude qualitative phénoménologique à Marseille ». 2019 ;
94. Antoine P, Smith JA. « Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie ». 2016 ; [Internet].
95. Tong A, Sainsbury P, Craig J. « Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups ». 2007 ; Int J Qual Health Care 19:349-57.
96. Pietkiewicz I, Smith JA. « A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology ». 2014 ; [Internet]
97. Aubin-Auger I, Mercier A. « Introduction à la recherche qualitative ». 2008 ; Exercer. 84:142-5.
98. Oude-Engberink A, Lognos B. « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé ». 2013 ; Exercer 105 :4-11.
99. Blanchet A, Gotman A. « L'enquête et ses méthodes : l'Entretien. » 1992 ; Paris : Nathan.

100. Smith J. « Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis ». 2011; Health Psychology Review, 5 : 1, 9-27, DOI : 10.1080/17437199.2010.510659
101. Quivy R, Van Campenhoudt L. « Manuel de recherche en sciences sociales ». 1995 ; Paris : Dunod.
102. Vilatte JC. « La méthodologie de l'enquête par questionnaire », 2007 ; Formation évaluation. Université d'Avignon.
103. Deschamps C. « L'approche phénoménologique en recherche : Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine ». 1993 ; Guérin universitaire.
104. Santiago Delefosse M, Carral MdelR. « Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé ». 2017 ; Paris : Dunod.
105. Peirce CS. Écrits sur le signe (trad. Deledalle G). 1978 ; Paris : Seuil.
106. Bourrel G, Oude Engberink A. « En quoi, une théorie sémiopragmatique à partir des théories de Peirce peut-elle renouveler la recherche en sciences humaines et sociales ? » 2017 ; Cahiers de recherche sociologique, (62), 177–201.
107. Houser N. « La structure formelle de l'expérience selon Peirce ». 1989 ; In : Études phénoménologiques. La phénoménologie de Peirce CS. Bruxelles : Ousia, (n° 9/10) : 77-111.
108. Juan S. « Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques ». 1999 : Paris : PUF, 304.
109. Legavre J. « La neutralité dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence ». 1996 ; In : Politix, vol. 9, n°35, Entrées en politique. Apprentissages et savoir-faire, sous la direction de Offerlé M, Sawicki F. pp. 207-225.
110. Soulet MH. « Traces et intuition raisonnée. Le paradigme indiciaire et la logique de la découverte en sciences sociales ». 2006 ; In : Paillé P. (éd.). La Méthodologie qualitative. Posture de recherche et travail de terrain. Paris ; Armand Colin,
111. Pourtois JP, Desmet H. « Epistémologie et instrumentation en Sciences Humaines ». 2007 ; Wavre : Editions Mardaga 119-122.
112. Oiler C. « The Phenomenological Approach in Nursing Research ». Nursing Research. 1981 ; 31 (3) : p178-181
113. Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019. 2019 ;
114. Rogers C. « A way of being ». Boston 1980. Houghton Mifflin company.
115. Lachal C. « Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés », Le Journal des psychologues 2007/10 (n° 253), p. 50-54.
116. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : 11ème révision de la Classification Internationale des maladies (CIM-11) : « Complex post-traumatic stress disorder ». 2019 ; 6B41.
117. APA, « American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders ». 2013; 5th ed. Washington, DC.
118. Borenstein M. « Fatigue compassionnelle et traumatisme vicariant chez les soignants ». Septembre/octobre 2018 ; Dossier – Soins pédiatrie - puériculture - n° 304
119. Tarazi-Sahab L, El Husseini M, Moro MR. « L'accueil de patients traumatisés : la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant ? ». 2016 ; eres « Cliniques » 2016/1. P.72 à 88 ISSN 2115-8177 ISBN 9782749250380.

120. Kédia M. « Le traumatisme vicariant : Prendre soin des intervenants en psychotrauma ».DU Psychotraumatologie. 2019 ; Paris Descartes. Docteur en psychologie clinique :
121. Moser C, Frey C. « Une information pour médecins de premier recours et autres professionnels de la santé ». Croix-Rouge suisse.
122. Devereux G. (1967). « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement ». 1980 ; Paris : Flammarion.
123. Jehel J, Evans M, Sigward JL, Debien C. « Faire face au traumatisme du patient, quel impact pour les médecins ? ».
124. Béal A, Chambon N. « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes ». 2015 ; Les de cahiers Rhizome, santé mentale et précarité 55.
125. Maury C, Abbal T, Moro MR. « Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle ». 2015 ;
126. GUERIN G. « Précarité, exclusion, argent et relations de soins » Sur la précarité de l'humain. 1994 ; Congrès Balint Rouen.
127. Lana S, « Leur périple de soins ». 2018. Dossier Migrants. Ars. l'infirmière magazine n° 391.
128. Fond G, Masson M, Lançon C, Auquier P, Boyer L. « Psychiatrie et réchauffement climatique ». 2019 ; EM-consulte. Éd. L'Encéphale 45 (2019) 1–2
129. Sarradon-Eck A. « La rencontre médecin patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social ». 2002 ; Revue du Praticien (La), Bailliere JB et Fils, 16 (578), pp.938-943. <hal- 00463634>.
130. Spadoni-Lemes LM, Vieira de Abreu W, de Souza Castro G. « La colère, l'impuissance et l'injustice : structure affective des thêmata ». Presses universitaires de Liège « Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale » 2014/3 Numéro 103 pages 455 à 467 ISSN 0777-0707 ISBN 9782875620576
131. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. «Paperless migrants and Norwegian general practitioners». 2016; Tidsskr Nor Legeforen nr.10, 136: 911–4.
132. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient, Collège National des Généralistes Enseignants, 2017 ; Exercer; 132:187.
133. Lachal C. « Le partage du traumatisme. Contre-transfert avec les patients traumatisés *», 2007 ;* Face à face.
134. Stern DN. « Le processus de changement thérapeutique ». 1997 ; In Ciccone A, Stern DN. et al. Naissance et développement psychique. Érès, Paris.
135. Rogers C. « Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne ». 2009 ; Issy-les Moulineaux : ESF éditeur. 157 p.
136. Mestre C, Moro MR. « Comment sommes-nous devenus si inhospitaliers ? ». 2005 ; L'autre, cliniques, cultures et sociétés, Grenoble, vol.6, n°1, pp. 411-416,.
137. Mestre C. « Pour un engagement professionnel et citoyen ». RHIZOME n°21. Demandeur d'asile, un engagement clinique et citoyen.
138. Desauw A. « Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie ». 2014 ; Psychologie. Université Charles de Gaulle - Lille III, Français.

139. Aubry A, « Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS ». 2011 ; [thèse de médecine], faculté de médecine Paris Descartes, université Paris Descartes paris 5.
140. Hochschild AR. « Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel ». 2017 ; Édition la découverte.
141. Stepien KA, Baernstein A.« Educating for Empathy. »2006 ; Intern Med.;21(5):524–30.
142. Delion P. « La fonction Balint. Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés ». Cairn info pour ERES. « VST - Vie sociale et traitements » 2007/3 n° 95 | pages 48 à 52. ISSN 0396-8669 ISBN 9782749208220
143. Nguyen Trong MV. « Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM1 de médecine ». 2016 ; Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances, [Thèse d'exercice].
144. Gadrey J. « L'utilité sociale des organisations de l'économie sociale et solidaire ». Septembre 2003 ; rapport de synthèse pour la DIIESES et la MIRE.
145. Emmanuelli X, Coma S « S'en fout la mort » 2012 ; éd : éditions les échappés. ISBN : 2357660481.
146. Bouriche B. « Émotions et dynamique des représentations sociales » 2014 ; Presses universitaires de Liège, Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2014/2 Numéro 102, pages 195 à 232. ISSN 0777-0707 ISBN 9782875620507
147. Bonneville A, Kiss A, Sudres JL *et al.*, « Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique… Éléments pour une rencontre de l'autre ». 2010 ; *Psychothérapies*, 2010/1 (Vol. 30), p. 3-9. DOI : 10.3917/psys.101.0003.

Annexe 1 :

Grille de critères COREQ (partie 1)

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

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

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	PORCHETO Coralie
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	NONE
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Substitute general practitioner
Gender	4	Was the researcher male or female?	FEMALE
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	NONE
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	NO
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	The participants were informed of aim of the thesis
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Interest in the research topic due to the medical practice
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Interpretative Phenomenological Analysis
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Purposeful sampling and snowball sampling
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	E-mail
Sample size	12	How many participants were in the study?	EIGHT
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Tree, not available
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Workplace
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	GPs caring for exiled patients in dedicated structures in PACA, between december to march
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Yes, see appendix
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	NO
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio recording
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	YES
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	The average duration was 41 minutes
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	No concern
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	NO

Grille de critères COREQ (partie 2)

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

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

Annexe 2

Guide d'entretien

Préambule à l'entretien

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'entretien. Je m'appelle Coralie Porcheto, je suis moi-même médecin généraliste et j'effectue un travail de thèse sur les émotions que l'on peut avoir en tant que médecins généralistes, exerçant dans des structures de soins en PACA, lorsque l'on prend en soin des patients en situation d'exil.

Afin que nous parlions d'expériences semblables, je vous précise que dans cette étude j'entends par « exilé » toute personne qui a quitté son pays d'origine contre sa volonté ou sous la contrainte. Durant l'entretien vous pouvez utiliser le terme adapté qui vous convient : migrant, demandeur d'asile, réfugié ect…

L'entretien est confidentiel et anonyme.
Je vais vous poser quelques questions. Je m'intéresse à votre expérience et votre vécu, à votre ressenti. Il n'y a bien évidemment aucun jugement, pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous êtes libre d'exprimer ce que vous souhaitez ou même de ne pas répondre si vous le souhaitez.

L'entretien est enregistré afin de pouvoir ensuite retranscrire les informations de façon fidèle. Les données recueillies seront anonymisées et retranscrites. Je vous proposerai plus tard de vous transmettre les résultats de l'étude si vous le souhaitez. Êtes-vous prêt ?

Déroulement de l'entretien

A/ Qui est interviewé ? Le contexte, Les représentations, Les pratiques.

1. Questions d'ouverture :

Votre expérience m'intéresse car vous avez choisi de travailler dans un(e) service/structure/équipe orientée, où vous êtes amenés à recevoir de nombreux patients en situation d'exil. Vous êtes donc amené à prendre en charge ces personnes régulièrement.

- Vous pouvez peut-être commencer par vous présenter et me parler de la structure au sein de laquelle vous intervenez ?
- Est-ce que vous sauriez-vous dire pourquoi vous vous êtes orienté vers cette pratique ?

2. La situation de départ : particularités des consultations, exemple :

- Pensez-vous que les consultations avec les patients exilés soient plus compliquées que les autres ?
- Et d'un point de vu émotionnel, que pensez-vous de ces consultations ?

- Il y a certainement des situations plus difficiles émotionnellement que d'autre, pourriez-vous nous donner un exemple de situation vécue en tant que médecin généraliste, où vous vous êtes particulièrement senti en difficulté émotionnelle durant une consultation avec un patient exilé ?
(Relance) Avez-vous en tête une situation marquante avec un patient exilé à partager avec moi aujourd'hui ? Pouvez-vous me raconter cette consultation ?

B/ Les émotions : Quelles émotions ? Quelle gestion des émotions ?

- Quelles sont les émotions associées à ce type de consultation chez vous ?
(Relance) Sauriez-vous dire quelles émotions vous avez ressenti lors de cette consultation ?
- Comment avez-vous réagi face à ces émotions ? Partagez-vous ces émotions en consultation ?
(Relance) C'est-à-dire ?
(Reformulation) Et face à de telles émotions (du patient) quelles sont les émotions qui vous animent ? Qu'avez-vous fait ?
- Avez-vous eu des <u>difficultés</u> pour poursuivre la consultation ?
(Reformulation) Comment pensez-vous que ces émotions se sont répercutées sur la suite de la consultation avec ce patient ?

C/ Les émotions : place, impact et rôle dans la prise en charge

1. Point de vue général

- Que pensez-vous de la place de vos émotions en général en consultation médicale ?
(Relance) Pensez-vous que les émotions sont présentes de façon générale en consultation médicale ?

2. Le retentissement sur la relation médecin / patient

-Vous diriez que le <u>suivi</u> de ces patients est compliqué dans le cadre de la structure ou vous exercez ?
(Relance) Vous suivez toujours ce patient ? Pour quelles raisons ?

-Si « Oui » : Comment se sont déroulées les consultations suivantes ? (Reformulation) Que ressentez-vous vis-à-vis du suivi de ces patients dans leur parcours de migration ?

-Si « Non » : Que ressentez-vous du fait de ne pas revoir ce patient ?

- Comment pensez-vous que les émotions provoquées par ces consultations chez le médecin que vous êtes ont eu un rôle dans la prise en charge ?
(Relance) Et dans la relation thérapeutique à plus long terme ?

3. Le retentissement sur le MG

- Au sein de votre structure de soins, comment s'organise la prise en charge de ces patients ?
(Reformulation) Travaillez-vous en équipe dans votre prise en charge de ces patients ?
- Que pensez-vous de partager la prise en charge de ces patients avec d'autres professionnels ?
(Relance) De quelle façon cela peut-il vous aider dans votre pratique, selon vous ?

4. Les stratégies d'adaptation

-Diriez-vous que vous avez été formé au cours de vos études ou de vos formations ultérieures pour faire face aux difficultés émotionnelles de ces consultations ?
-Diriez-vous que vous avez dû vous adapter à cette patientèle ? (Relance) De quelle façon ?

5. Auto critique, formation

Je n'ai pas d'autre question, avez-vous des remarques ou éléments à ajouter concernant votre ressenti et vos émotions lorsque vous êtes confrontés à la prise en charge des patients en situation d'exil ?

Annexe 3

E-mail type

Bonjour docteur,

Je m'appelle Coralie Porcheto, j'étais interne à la PASS médico-sociale de la Timone, et actuellement médecin généraliste remplaçante.

(Facultatif) J'ai eu votre contact par le Dr (nom du contact médiateur selon contexte)
Je me permets de vous contacter pour savoir si vous seriez **intéressé et disponible pour participer à l'étude qualitative que je mène dans le cadre de ma thèse.**

Elle concerne les médecins généralistes exerçant en structure, confrontés à la prise en charge des patients exilés, dans la région PACA.

Le sujet est l'étude du **ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge des patients exilés, réfugiés ou demandeur d'asile.**

Il s'agit de recueillir les **émotions** ressenties par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients exilés, réfugiés ou demandeurs d'asile.

Si vous souhaitiez participer, on peut convenir d'un rendez-vous pour réaliser un **entretien individuel de 30 minutes environ**, qui sera anonyme et confidentiel, où je m'intéresse à votre vécu et votre expérience en tant que soignant sensibilisé à la prise en charge de ces patients. Un formulaire de consentement vous sera présenté avant le début de l'entretien.

Ce dernier sera enregistré puis retranscrit intégralement. Après avoir été anonymisées, je réaliserai une analyse phénoménologique des données.

Merci pour votre réponse. Je suis à votre disposition pour toute précision supplémentaire.

Bonne journée.

Annexe 4

Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

Titre du projet :

Quel est le ressenti des médecins généralistes exerçant dans des structures de soin dédiées lorsqu'ils prennent en charge des patients ? Étude Qualitative Phénoménologique.

Recherche qualitative auprès des médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des personnes exilées exerçant au sein de structures de soins dédiées en paca.

Introduction :

Le sujet est l'étude du ressenti des médecins généralistes exerçant au sein de structures de soins dédiées lors de la prise en charge des patients exilés contre leurs volonté, réfugiés ou demandeurs d'asile.

Les objectifs de ce projet sont :

Principal : Recueillir et identifier les émotions ressenties par les médecins généralistes exerçant dans des structures de soin dédiées, lors de la prise en charge de patients exilés, réfugiés ou demandeurs d'asile en région PACA.

Secondaires : :

- Évaluer le vécu, la gestion et l'influence de ces affects sur les médecins lors de la prise en charge des patients exilés, réfugiés ou demandeurs d'asile.
- Étudier l'impact de ces émotions dans l'élaboration de la relation médecin-patient.

La finalité est d'étudier la place de l'émotion dans la prise en charge des patients exilés en médecine générale.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé en face à face suivant les disponibilités et dans les locaux que vous m'avez proposés. Il durera de 30 minutes environ et sera enregistré.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu en tant que médecin généraliste au cours de consultation avec des patients exilés.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon *anonyme* et *confidentielle*.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par moi-même et éventuellement par ma directrice de mémoire le Dr LAHYA Samia.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature et date(participant) Signature et date (investigateur)

Annexe 5

Extrait de verbatim et exemple de commentaires

Perso : Discours très clair, auto-analyse
Off : Tutoiement spontané = livraison intime & juste distance explicitée

Priorités différentes :
MG=soins
EXILE=vital (manger, dormir)
« on » : nécessité, généralité
« à côté de » : en décalage, non en phase, pas dans les clous ? soit pas dans « les bonnes pratiques » ? = obligation médicale de prendre connaissance de ces conditions : capacité d'adaptation nécessaire aux bonnes pratiques

Exil = « je », « un plus » (sous-entendu pour moi) > Spécificités ? = « stimulation » personnelle

« Bizarre » + ***rire*** = malaise ?:
Fait : être « plus » intéressé par des critères associés à une population qui souffre « plus »

Hésitation : Rappel à la mémoire

Difficulté émotionnelle = violences physiques + tortures

Violences/tortures => Libye => parcours « marquants » = impactant pour le MG = marque, empreinte, suite à choc : violence,
« durablement » cicatrice > conséquence à long terme
- « repensé » : reviviscences
- « je ne peux pas » : écoute insupportable, impossible, effroi – horreur, soumission au récit
- « lutte » contre elle-même, ses émotions : contrôle dans l'intérêt du patient mais couteux pour le MG =réticence, résistance, résilience
- « désolée » : culpabilité
- « compliqué » : intensité, violence du ressenti

Auto-citation : présent, ancré et majore intensité des dires

Hésitation/reprises/rythme de parole plus lent/silence = émue

« Si on... En fait ils ont d'autres problématiques et souvent le soin n'est pas leur priorité, ils ne sont plus sur des problèmes d'ordre vital genre manger dormir et si heu... on ne se préoccupe pas de cet aspect-là, on est complètement à côté quoi.... Et je trouve ça très stimulant en fait. »
Q : « D'accord »
R : « C'est plutôt presque… C'est bizarre de dire ça mais c'est presque un plus »
(Rire de toutes les 2)
Q : « Ok… Parfois du coup tu rencontres donc des patients qui ont des parcours de vie complexes... Y a-t-il des consultations au cours desquelles tu te serais senti particulièrement en difficulté émotionnelle durant une consultation avec un patient exilé ? »
R : « Oui »
Q : « Est-ce qu'il y en a une en particulier qui te viendrait à l'esprit et que tu pourrais raconter ? »
R : « Heu... Oui heu... Je me souviens d'un... Ce qui me met surtout en difficultés c'est lorsque les personnes ont subi des violences physiques et des tortures heu... La plupart des patients sont passés par la Libye et ont des parcours assez marquants… Dans la plupart des cas ils n'évoquent pas ce qu'ils ont vécus. Mais il arrive parfois, ça a dû m'arriver peut-être 5 ou 10 fois, que les personnes parlent spontanément de leur vécu de tortures en Libye et un monsieur en particulier en fait qui m'a parlé des violences sexuelles qu'il avait subies. Il m'en a parlé parce que le motif de consultation c'est qu'il craignait pour sa fertilité et heu... Et c'était... Enfin ça m'a marquée... Durablement quoi j'ai vraiment repensé à cette histoire pendant pendant plusieurs semaines, je... Ça a été très compliqué pour moi d'entendre son récit de vie. J'ai lutté toute la consultation pour...Heu... Pour... Pour pas lui demander, lui dire "mais là je ne peux pas entendre ça, j'suis désolée", c'était... c'était vraiment compliqué (***silence***). »

Annexe 6 :

Tableau détaillé des catégories de 1er niveau de PEIRCE de l'étude

Perceptions : émotions, sentiments et ressentis perçus comme "difficiles" et/ou "déplaisants" par les MGsd autour de la PEC des PE	**Confrontations : faits/constats : spécificités et/ou difficultés identifiées par les MGsd liées aux situations des PE autour de la consultation**	**Représentations : arguments/concepts/sens communs/théories subjectives des MGsd autour de l'émotion dans la pratique : formation à la gestion émotionnelle, place de l'émotion en Médecine, émotions des PE**
Sentiment d'impuissance	Fréquence des antécédents de violences et tortures subies par les PE et récurrence des consultations devant les aborder	Représentations sur le concept d'empathie et de compétence émotionnelle en Médecine Générale
Colère / indignation	Difficulté autour de l'accueil des récits de vie (écoute et lecture) et de la réalisation de l'examen clinique dans le contexte d'antécédents de violence	Représentations autour de la place des émotions du médeicn en consultation de Médecine Générale
Sentiment de Malaise / ressentir de l'inconfort émotionnel	Influence du champ d'action sur les ressentis des MG	Représentations sur la formation théorique ou pratique autour des émotions en médecine
Tristesse	Fréquence et récurrences des consultations chargées émotionnellement pour les MGsd	Représentations sur les conséquenses des émotions sur la relation MG/PE
Etonnement / stupéfaction	Antécédents liés au causes de l'exil et/ou au parcours migratoire	Représentations autour des fonctions de l'empathie et des émotions sur la relation MG/PE
Ressentir de la violence / Sidération / sentiment de vulnérabilité	Fréquence des TSPT chez les PE	Représentations autour du lien entre émotion et adaptation de posture relationnelle
Horreur	Situations instables lié à l'exil et rapports spatio-temporels des patients non fixés lié à la précarité	Représentations des MG sur les ressentis des PE et concept de légitimation
Sentiment d'injustice	Situation d'isolement des patients	Représentations autour de la préparation émotionnelle des MG à la PEC des PE
Incompréhension	Difficultés de PEC liées à la vulnérabilité des PE en situation de précarité sociale	Représentations autour de l'importance de la connaissance de soi dans la gestion émotionnelle
Appréhension / angoisse	Fréquence des préoccupations d'ordre vitales prédominantes pour les patients	Représentations autour du rôle de la régulation émotionnelle
Frustration	Difficultés de PEC liées à la vulnérabilité des PE en situation de précarité sanitaire	Représentations autour du rôle des expériences professionnelle et de la confrontation aux situations émotionnelles dans la gestion émotionnelle
Ressentir un besoin / manque	Méconnaissance de la langue Française par les patients	Représentations culturelles de l'expression émotionnelle
Découragment / déception	Méconnaissance du système de soin Français par les patients	Représentations des médecins autour de la prédisposition émotionnelle des personnes soignantes
Ressentir un impact émotionnel / envahissement émotionnel	Contexte de consultation transculturel (interrogatoire, examen physique, prise en charge)	**Représentations : mécanismes des MGsd dans la régulation des émotions**
Agacement / irritation	**Confrontations : faits/constats : spécificités et/ou difficultés identifiées par les MGsd liées aux conditions d'exercice entourant les consultations avec les PE**	Mécanismes d'évitement
Insatisfaction / déplaisir	Influence du cadre et des conditions de travail sur la gestion émotionnelle	Mécanismes de distanciation émotionnelle et retrait
Perceptions : émotions, sentiments et ressentis perçus comme "positifs" et/ou "plaisants" par les MGsd autour de la PEC des PE	Difficulté autour de la gestion relationnelle médiatisée par l'utilisation d'un moyen d'interprêtatariat (téléphonique, psysique professionnel ou non, personnel)	Recherche de soutien social
Ressentir de la compassion	Difficulté d'accès aux ressentis et à l'histoire des PE en cas d'absence de moyen d'interprétariat	Recherche de formation
Ressentir de l'empathie	Difficulté d'identification/compréhension des ressentis des patients en l'absence de médiation culturelle ou d'interprétariat	Mécanismes d'acceptation
Sentiment d'acceptation	és autour du diagnostic et de la PEC des TSPT pour l	**Représentations : arguments/concepts/théories subjectives des MGsd sur les déterminants de leur exercice actuel**
Soulagement	Difficulté de gestion thérapeutique pour le médecin durant l'attente des rendez-vous avec les spécialites des troubles psychiques et psychiatriques	Représentations autour du profil de pratique actuel
Joie / contentement	Fréquence des problématiques hors champs MG et relais (équipe, associations)	Représentations autour de l'inférence de l'histoire de vie personnelle dans le choix de pratique actuel
Ressentir de l'intérêt / curiosité intellectuelle	Multiplication constante des problématiques rencontrées par les patients et temps de consultation nécessaire associé	Représentations et concepts autour des convictions personnelles
Sentiment de satisfaction / confort	Difficulté d'orientation des patients vers le droit commun	Représentations autour de l'engagement professionnel
Sentiment d' enrichissement personnel	Difficulté liées à la gestion émotionnelle des patients face aux situations complexes	Représentations sur le rôle du médecin dans la médiation sociale et culturelle

Tableau détaillé des catégories de 1er niveau de PEIRCE de l'étude (suite)

Perceptions : émotions, sentiments et ressentis perçus comme "positifs" et/ou "plaisants" par les MGsd autour de la PEC des PE	**Confrontations : faits/constats : spécificités et/ou difficultés identifiées par les MGsd liées aux cadre juridique autour de la consultation avec les PE**	**Représentations : arguments/concepts/théories subjectives des MGsd sur les déterminants de leur exercice actuel**
Plaisir	Rédaction des certificats médicaux à valeur juridique	Représentations sur le rôle du médecin dans la lutte contre les inégalités en santé
Ressentir de la motivation / stimulation	Problématique juridique et administrative d'accès aux soins/ouverture de droits pour les MGsd dans la PEC des PE	Représentations autour du bénévolat et du salariat
Ressentir de l'implication	Possibilités d'action encadrées par la législation	Représentations sur le sentiment de connexion au réel par l'expérience professionnelle auprès de patients précaires et/ou exilés pour les MGsd
Se sentir utile	**Confrontations : prise de conscience/actes réflexivifs des MGsd autour des émotions**	Représentations autour du fait du choix de l'exercice actuel auprès des PE
Sentiment d'épanouissement professionnel	Déclenchement de suivi accru des patients par l'émotion	**Représentations : concepts/théories subjectives autour des patients exilés, de leur prise en charge, des champs d'exercice : précarité-transculturalité**
Sentiment de proximité	Implication personnelle et motivation à la mobilisation des ressources induite par l'émotion	Représentations autour de la notion de résilience des PE
Perceptions : émotions, sentiments et ressentis perçus par les MGsd autour du sujet de l'émotion	Stimulation à l'adaptation de posture relationnelle déclenchée par l'émotion	Représentations du médecin sur les attentes du PE
Ressentir de la gêne	Humanisation de la relation par la mise en jeux des émotions	Représentations autour du récit de vie, de son accueil et notion évoquée de savoir-faire dans la PEC des PE
Se sentir sincère	Rôle de l'acquisition de connaissances culturelles dans la compréhension des patients exilés	Représentations sur le mode de vie des PE
Epuisement	Gestion des PDV et de la non présentation aux RDV prenant en compte de la situation des PE	Représentations des médecins autour de la précarité des personnes
	Valorisation par la communication V ou NV des situations vécues comme des "bonnes nouvelles" par les PE	Représentations autours de l'aspect transculturel en consultation
	Auto évaluation/questionnement sur le plan personnel/humain initiés par l'émotion	Représentations sur les perdus de vue
Légende :	Auto-évaluation/questionnement professionnel sur le sens accordé aux pratiques et adpatation relationnelle initiés par l'émotion	**Représentations : théories subjectives et sens commun autour de l'exercice de la Médecine, de la l'enseignement en Médecine et du système de santé Français**
V: Verbal NV: Non verbal	**Confrontations : prise de conscience/actions réflexives : mécanismes émotionnels identifiés par les MGsd**	Représentations autour de l'action de la confrontation sur les connaissances et perceptions des médecins sur les PE
PE: Patient(s) exilé(s)	Transfert et contre transfert	Représentations autour de l'action de la confrontation sur les connaissances et perceptions des médecins sur les patients précaires
PEC: Prise en charge	Contagion émotionnelle	Représentations autour de la notion d'enrichissement personnel et d'épanouissement professionnel
MGsd: Médecins Généraalistes en structure dédiée	Ambivalence émotionnelle	Représentations autour des compétences culturelles
RDV: Rendez-vous PDV: Perdus de vue	**Confrontations : mise en acte/réactions émotionnelles/adaptations de posture relationnelle/comportements des MGsd**	Représentations autour du concept de PEC globale
	Accueillir et écouter activement les récits de vie de façon empathique	Représentations autour du concept de reconnaissance en médecine
	Exprimer de façon V et NV de l'empathie et un positionnement	Représentations sur les inégalités d'accès aux soins et le fonctionnement du système de santé
	Résister face aux récits de violences et tortures difficiles	Représentations autour des situations d'injustice sanitaire et éthiques
	Encourager à la poursuite du récit	Représentations autour du professionnalisme du médecin
	Rassurer / Sécuriser le patient	
	Respecter/Expliquer/S'adaptater lors de l'examen physique	
	Tenter de recadrer/Faire preuve de fermeté	
	Valoriser les situations vécues comme des "bonnes nouvelles" par le patient à travers l'expression d'émotions par le médecin	
	Partager des éléments personnels ou émotionnels avec le patient	
	re preuve de souplesse et mettre en place une PEC "engloban	
	Rechercher un relais rapide spécialisé	
	S'appliquer particulièrement lors de la rédaction des certificats médicaux	
	Prioriser la réponse à la demande du patient	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Correspondances sémiotiques selon C.S. PEIRCE [106] 52
Tableau 2 Étapes de la démarche analytique utilisée en pratique au cours de l'étude . 54
Tableau 3 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 56
Tableau 4 Table des thèmes 58
Tableau 5 Tableau des catégories principales de Peirce 123
Tableau 6 Synthèse des limites et des forces méthodologiques de l'étude . . . 134

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 : Peirce 1 : Perception émotionnelle de l'expérience professionnelle en contexte codifié : entre sentiment d'injustice et poursuite d'un objectif commun . 89

Schéma 2 : Peirce 2 : Place de l'émotion en consultation avec un patient exilé pour les MGsd : vers l'acquisition de compétences relationnelles en situation transculturelle et contexte de précarité 110

Schéma 3 : Peirce 3 : Quand la rencontre médecin-patient exilé impacte les MGsd : mécanismes et stratégies de régulation émotionnelle 122
Schéma 4 : Résultat principal : Émotions, ressentis, sentiments des MGsd . . . 136
Schéma 5 : Schéma plan de la discussion des résultats 139
Schéma 6 : Modélisation schématique de Peirce : expérience émotionnelle des MGsd lors de la prise en charge de patients exilés 176

ABRÉVIATIONS

ACP = Approche Centrée Patient

ACS = Aide pour une Complémentaire Santé

ACT = Appartements de Coordination Thérapeutique

AME = Aide Médicale d'Etat

BEH = Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CAO = Centre d'Accueil et d'Orientation

CASO = Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CeGiDD = Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CHRS = Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU = Centres d'Hébergement d'Urgence

CLAT = Centres de Lutte Anti-Tuberculeux

CNDA = Commission Nationale des Demandeurs d'Asile

CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants

Comede = Comité Médical pour les Exilés

COREQ = COnsolidated Criteria for REporting Qualitative studies

CMP = Centres Médico-Psychologiques

CMU = Couverture Maladie Universelle

CMU-c = Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPEF = Centres de Planification et d'Éducation Familiale

CRR = Commission des Recours des Réfugiés

DSUV : Dispositif des Soins Urgents et Vitaux

EBM = Evidence Based Medecine

EMPP = Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité

HAS = Haute Autorité de Santé

HCR = Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

HCSP = Haut Conseil de la santé publique

IGAS-IGF = Inspection Générale des Affaires Sociales - Inspection Générale des Finances

InVeS = Institut de Veille Sanitaire

IPA = Analyse interprétative phénoménologique

LAM = Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS = Lits Halte Soins Santé

MG = Médecin(s) Généraliste(s)

MGsd = Médecin(s) Généraliste(s) structures dédiées

MIPEX = Migrant Integration Policy Index, qui évaluent les politiques d'intégration des migrants dans de nombreux états

MSF = Médecins Sans Frontière

NIR = numéro d'identification au répertoire de la Sécurité Sociale

Ofpra = Office français de protection des réfugiés et apatrides

OMS = (Organisation mondiale de la Santé

PACA = Provence-Alpes-Côte d'Azur

PASS = Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMI = Protection Maternelle et Infantile

PRAPS = Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMA = Protection Universelle Maladie

SESAM = système électronique de saisie de l'assurance maladie

SSPT Complexe : Syndrome de Stress Post Traumatique Complexe

TSPT = Troubles de Stress Post Traumatiques

UNESCO = United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre