Étude qualitative sur les représentations des migrants vis-a-vis de l'utilisation du Dossier médical partagé

Éva Hurpez

▶ **To cite this version:**

Éva Hurpez. Étude qualitative sur les représentations des migrants vis-a-vis de l'utilisation du Dossier médical partagé. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03125417

HAL Id: dumas-03125417

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03125417

Submitted on 29 Jan 2021

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.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2020

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour le diplôme d'état de

Docteur en Médecine générale

Étude qualitative sur les représentations des migrants vis à vis de l'utilisation du Dossier Médical Partagé

Présentée et soutenue publiquement et conjointement à la Faculté de médecine de Nice

Le 29 octobre 2020

Par

HURPEZ Eva

Née le 29/02/1992 à Vitry-le-François (51)

Et

DUPETY Hélène

Née le 08/08/1990 à Beauvais (60)

Devant le jury

Monsieur le Professeur STACCINI Pascal	Président du jury
Monsieur le Professeur BENOIT Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur HOGU Nicolas	Assesseur
Madame le Docteur SABLIER-JEGO Maéva	Assesseur

Directeur de thèse : Dr BARBAROUX Adriaan

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Remerciements aux membres du jury

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI,
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez accepter nos plus sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,
Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury. Nous vous remercions d'avoir accepté aussi spontanément notre invitation.

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU,
Vous nous faites l'honneur de prendre part à l'évaluation de notre travail. Nous vous remercions pour l'attention portée à notre travail.

Madame le Docteur Maeva SABLIER-JEGO,
Nous sommes honorées de vous voir accepter de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail depuis ses débuts. Vos travaux ont été une véritable source d'inspiration.

Monsieur le Docteur Adriaan BARBAROUX,
Nous te remercions pour nous avoir mis en relation pour travailler sur ce sujet. Merci d'avoir su nous guider si minutieusement et de nous avoir soutenues tout au long de cette thèse. Tes conseils et ton expérience ont toujours été pertinents.

Remerciements personnels

A Hélène d'abord,
Merci d'avoir croisé mon chemin au bon moment et d'avoir été la co thésarde que tu es. Finalement cette thèse est en miroir sur tout : le sujet, la motivation, les points de vue et le contexte familial (assistantes bébés !!). Je suis contente d'avoir passé mes derniers instants d'étudiante en ta compagnie.

A l'association API Provence et Mme LEMAIRE, le CADA Croix-Rouge de Châlons-en-Champagne ainsi que Mr MULTON et Mme WILLMANN pour m'avoir donnée l'opportunité de rencontrer les migrants.

Aux patients migrants qui ont eu la gentillesse de me recevoir.

Un remerciement particulier pour les travailleurs bénévoles et salariés qui luttent chaque jour pour les migrants.

À mes relecteurs,
Un immense merci à tous ceux qui ont relu et corrigé cette thèse.

A mes maîtres de stage de la faculté de médecine de Nice,
Dr Rouquier, Dr Biniasz, Dr Contestin et Dr Laure, pour m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale. Vous avez confirmé mes choix.

Aux urgences de Grasse et particulièrement à Thaï, Alix, Sandra, Magda, Marc, Vincent, Gabrielle, Laurent, et à toute l'équipe para médicale pour m'avoir appris la médecine d'urgence et avoir mis de la douceur et de la joie dans ce stage difficile.

Aux gastro-entérologues du Taone de Tahiti, merci d'avoir participé à ma formation médicale. Ce fut une expérience incroyable. Merci Éric pour ce fabuleux cadeau de départ !

Au Dr Mazzone, sans qui, je ne serais pas allée jusqu'au bout.

A mes parents adorés,
Ma pudeur m'enlèvera certainement les mots mais c'est avec émotion que j'aimerais vous remercier,
Pour nous avoir apporté soutien, présence et réconfort tout au long de nos parcours.
Pour nous avoir transmis le goût de la découverte et l'altruisme.
Pour avoir toujours cru en moi dans les moments où je flanchais. (Ô combien il y en a eu !!)
Pour avoir supporté mes sautes d'humeurs et les coups de déprime que la médecine ou la vie peuvent engendrer.
Et parce que le bout de femme que je suis devenue c'est grâce à vous que je le dois.
Merci pour notre douce enfance.
Plus que tout je vous aime.

A mon frère Julian,
Dr HURPEZ, premier du nom, qui m'a sûrement donné l'idée de le suivre dans cette (terrible) aventure. A notre enfance taquine et depuis laquelle tu me transmets sans cesse ta curiosité pour …tout !

A ma belle-sœur,
Alice, ma grenouille des îles, si douce et folle à la fois. Merci pour ta simplicité et ton humour inégalable.

A Tom, mon neveu que j'ai hâte d'embarquer dans cette belle aventure qu'est la vie.

A ma famille chérie,
Mes grands-parents Mamie Lucette et Papy Guy,
Mes oncles et tantes, cousins et cousines germains et éloignés
Que j'ai aimé grandir et me construire auprès de vous !
Pour toutes ces réunions (dimanches, Noël, cousinades) ou vacances en famille tant attendues,
Pour les recettes secrètes de Mamie et les pas de danse effrénés de Papy,
Pour tous ces merveilleux moments passés ensemble, et pour tous ceux qui restent à venir.

Un merci tout particulier **à mes couz'**,
Mamar, mon Kk, pour nos journées-soirées en P2 D1, nos discussions sur la vie, nos vacances et notre voyage en Inde, nos repas gargantuesques, nos lendemains de soirée et j'en passe,
Camcam, pour toutes nos soirées rémoises, nos vacances au ski, en Bretagne ou ailleurs, nos délires d'ado, de clips, déguisements, nos années vendanges, et j'en passe,
Clacla, pour notre enfance passée à Rouen ou à la Chaussée, pour nos vacances en Italie, pour les pistes noires dévalées en ski à La Plagne,
Florette pour ta frimousse quand tu étais bébé, ta gentillesse et tes talents de couturière,
Roub', ton arrivée auprès de nous fut tellement émouvante, je suis heureuse de t'avoir comme cousin.
Lisoo, pour nos années Lycée passées ensemble.

Une pensée toute particulière à Pépère Daniel, Hervé, Pépère Dédé, Mémère Gâteau, Daniel, Bernard, Pompon et aussi Mme Chateauroux. Vous veillez sur nous, merci.

A ma belle-famille,
Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts.

A mes amies d'enfance,

Capucine et Joséphine, pour nos heures interminables à traîner dans Saint-Amand.

A mes amis du collège / lycée,

Bastien et Maxime pour ces longues heures de maths passées en votre si bonne compagnie, pour nos retrouvailles bordelaises toujours appréciées,

Alice, Céline et Thomas pour les centaines d'heures de cours à vos côtés, nos sorties en dehors des cours et le reste,

Et aussi Lulu, Nicolas, Boony, Amélie, Justine, Juliette.

A mes amis de la faculté de Reims,

Fif' avec qui j'ai pu côtoyer les bancs de P1 et les trottoirs de la place d'Erlon,

Hugo qui a su m'interpeller avec Mr Coude en TP d'histo. Si j'avais su ce qui m'attendait. Merci pour ce trio !!

Ma coloc, ma renarde, Chachou pour toutes nos discussions et nos soirées festives, calmes ou dépressives au terrier,

Alice avec qui j'ai partagé tant de choses dans cette faculté et en dehors. Merci les TP de dissection, nos conversations tardives sur le parking de la fac ou nos soirées « conf » très sérieuses,

Violetta, pour ta bonne humeur et ton attention au quotidien,

Coco pour ta gaieté et ton humour franchouillard que j'adore,

Juju, pour ta douceur et ta bonne compagnie,

PA & Flo pour cette P1 qui m'a parue plus légère grâce à vous.

Greu, même si t'es un copain de mon frère je t'aime bien quand même !

A vous tous pour m'avoir motivée afin de passer dignement ces ECN.

Et aux autres copains rémois,

Pimp', Marie, Clem & Antoine, Cha, Oriane, Léna, Cléclé, Loul', Mégane, Cam', Mar', Alice et les Verzyats,

Merci à tous pour toutes les soirées arrosées à l'Ernest, l'Escale, le LBee ou au Torboyo pour finir au Curt'N ou dans nos appartements respectifs jusqu'au petit matin.

Merci pour toutes les soirées déguisées et Noël des déglinguos, les pendaisons et dépendaisons de crémaillère, les réveils et lendemains de soirées à vos côtés,

Merci pour tous ces prétextes à faire la fête et décompresser !

A mes acolytes de la solidarité internationale de Bolivie,
Sophie, Pauline, Margueu, Adrien et Hugo, ce fut une de mes plus belles expériences et j'ai encore la larme à l'œil quand j'y pense.

A mes rencontres niçoises,
Chache, de l'internat de Grasse à notre double coloc' à Nice et Tahiti : vivre avec toi fut un long fleuve tranquille ! Je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin.
Remymy merci d'avoir mis l'ambiance à l'internat de Grasse. Merci d'être toi, tu nous feras toujours rire !
Julie, même si tu es bordelaise, tu restes une de mes amies niçoises avec qui j'ai pu partager les Geasp, des spritz ou des repas en terrasses.

A mes coloc' de Tahiti,
Camille, Guigui, Mélanie, Amélie (Et Chache bien sûr),
Cette expérience polynésienne fut magique aussi grâce à vous et notre complicité. Je suis heureuse de vous avoir dans ma vie désormais.

A mes rencontres malgaches,
Manue, Chris, Farah, Fab, Isabelle,
J'espère pouvoir revenir à Ampahantanny un jour.

A mes chattes chéries, mes confidentes,
Pour votre capacité d'écoute qui m'a tant aidée et m'aide encore.
Minoo, pour cette belle amitié qui s'est construite à partir de ma trousse Diddl et qui n'a cessé de grandir et d'évoluer.
Mama, pour être notre soleil depuis le collège. Ta voix à la guitare me mettra toujours du baume au cœur.
Vic, pour ta bienveillance et ta délicatesse envers nous toutes,
Clo, pour ta spontanéité et ton rire communicatif que j'adore. Merci de m'avoir abordée en cours de piscine.
Merci pour nos soirées en salle des fêtes à Merlaut ou VEP (et les autres !) qui marqueront à tout jamais mon adolescence.
Vous savoir auprès de moi me réconforte.

A Luc', Flo et Oliv' pour prendre soin d'elles.

A Marguerite, Blanchefleur, Joséphine : mes petits bébés d'amour.

Au soleil de ma vie, ma meilleure amie, depuis la maternelle. Les mots manquent pour t'exprimer l'amour et la gratitude que je ressens envers toi pour toutes ces formidables années. A notre complicité si particulière que peu comprennent ou que certains jalousent ! Merci aussi pour ton soutien indéfectible qui m'aura permis d'aller jusqu'au bout.
"*Tu es mon sol, tu es mon ciel* " comme dirait Jean-Jacques.

Au dépôt de sang de Grasse sans qui je ne t'aurais pas rencontré, mon Amour.

A toi donc, pour ton côté lunaire qui me déstabilise parfois mais me permet de rêver et prendre du recul sur la vie.
Pour n'avoir aucun doute en mes capacités et ma réussite,
Pour nos voyages et les si beaux projets qu'on a en tête,
Pour nos efforts à essayer de se connaître vraiment l'un l'autre,
Pour nos discussions « décharges » après le travail,
Pour ce que tu m'as donné de plus beau :

A toi, mon Adèle, mon trésor. Pour avoir été un sage bébé et une assistante de thèse hors norme. Pour tout ce qui nous attend de merveilleux à tes côtés.

Liste des abréviations

AB	Adriaan Barbaroux
API	Accompagnement Promotion Insertion
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CECRL	Cadre Européen de Référence Pour Les Langues
CERNI	Comité d'Ethique pour les Recherches Non Interventionnelles
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DMP	Dossier Médical Partagé
DR	Docteur
DSE	Dossier de Santé Electronique
DUI	Dossier Usager Informatisé
EH	Eva Hurpez
ENS	Espace Numérique de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HD	Hélène Dupety
MG	Médecin Généraliste
MI	Migrant
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur

Table des matières

Remerciements **10**
Remerciements aux membres du jury 10
Remerciements personnels 10
Liste des abréviations **16**
I. Préambule **18**
1. Motivations 18
2. Méthodologie 19
II. Article original **22**
III. Postambule **36**
1. Résultats des représentations des migrants 36
a. Spécificité de la vie de migrant au sein du système de santé français 36
b. Une acceptabilité essentiellement pratique du DMP pour les migrants 37
c. Une coordination des soins améliorée pour certains, une relation médecin-malade ébranlée pour d'autres 38
d. Solutions / Facilitateurs 38
2. Discussion 40
3. Point de vue personnel 41
IV. Annexes **43**
1. Annexe 1 : Guide d'entretien migrants 43
2. Annexe 2 : Guide d'entretien médecins généralistes 45
V. Serment d'Hippocrate **47**

I. Préambule

1. Motivations

L'importance des phénomènes migratoires de par les différents conflits politiques, les crises humanitaires et environnementales dans le monde relèvent d'un sujet sociétal actuel et continuel qui m'a toujours interpellée. De plus, l'afflux de migrants entre l'Italie et la France est en constante augmentation et la région PACA, transfrontalière, est directement impactée.

Je n'ai pas eu l'occasion de travailler au plus près des populations migrantes. Cependant, j'ai pu les rencontrer au cours de mes différents stages d'internat. J'ai également été confrontée à l'isolement géographique et social, à la barrière linguistique, à d'autres cultures, lors de missions humanitaires et d'un interCHU en Polynésie française. En cela, j'ai compris toute la complexité et l'approche globale dont relèvent la médecine générale.

C'est ainsi qu'est né mon désir de réaliser une thèse sur le thème de la santé des patients précaires, aux différences socio-culturelles (migrants, tziganes ou roms). Il s'avère qu'une autre interne, Dupety Hélène, souhaitait également travailler sur cet axe de recherche et en particulier auprès des migrants. C'est donc en mai 2019 que le Dr BARBAROUX nous a mises en relation pour collaborer sur ce thème.

Dans le même temps, et depuis plusieurs mois, la généralisation du dossier médical partagé (DMP) est lancée au sein de l'hexagone. De nombreux patients l'évoquent et les médecins commencent à l'utiliser. Le DMP a pour objectif de faciliter la coordination et améliorer la continuité et la qualité des soins, et permettre d'éviter les actes inutiles ou redondants. Qu'en est-il de son utilisation auprès des patients précaires ?

Après un travail de bibliographie, nous avons découvert l'article de *Jego et al.* sur l'intérêt du DMP chez les personnes sans chez soi. Ils suggèrent le DMP comme un outil susceptible d'améliorer la prise en charge de cette population. Leurs résultats montrent un intérêt supérieur à l'utilisation du DMP au sein des personnes sans chez soi : accès à l'histoire médicale, gain de temps, amélioration de la continuité des soins.

Au cours de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas retrouvé de données répondant à cette problématique chez les patients migrants. Il nous a semblé intéressant de nous appuyer sur cette étude et la transposer aux migrants. Notre hypothèse de départ percevait le DMP comme une solution de facilitation de la prise en charge des migrants en soins primaires. Peut-être permettrait-il d'assurer un meilleur accès aux soins aux migrants ?

Pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, il nous semblait intéressant de recueillir les représentations des deux acteurs de soins primaires : les patients migrants eux-mêmes et les médecins généralistes.

En août 2019, nous avons précisé chacune notre question de recherche et la population définie. L'objectif principal de mon étude était d'analyser les représentations des réfugiés sur l'utilisation du DMP. L'objectif de l'étude de l'autre chercheuse, Hélène Dupety, était d'analyser les représentations des médecins généralistes sur l'utilisation du DMP chez les patients migrants. Nous avons décidé ensuite, de regrouper nos résultats et d'ainsi mettre en miroir les représentations des médecins et des migrants pour faire émerger davantage les enjeux de l'utilisation du DMP.

2. Méthodologie

Pour répondre à cette question de recherche, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative qui me semblait plus pertinente au vu du travail exploratoire que soulevait cette question et du peu de données sur ce sujet dans la littérature.

J'ai rédigé le guide d'entretien en m'appuyant sur la littérature déjà existante sur l'utilisation du DMP et sur la santé des migrants. Le livre « l'entretien » de *Blanchet.A et Gotman.A* m'a beaucoup aidée pour la réalisation de mon guide et la mise en place des entretiens.
La définition du concept de représentation a orienté la réalisation du guide d'entretien : « Ensemble de croyances, d'opinions et de connaissances produites et partagées par les individus d'un même groupe à l'égard d'un objet social donné ». Il fait donc appel à la connaissance de l'interviewé vis-à-vis du DMP mais aussi à son vécu et à sa sensibilité.
J'ai décidé de débuter par une question très large qui visait à recueillir les représentations générales des patients migrants sur le DMP : « Que pensez-vous du DMP ? ».
Ensuite, j'ai décidé de présenter le DMP car je m'attendais à la méconnaissance des patients migrants au sujet du DMP.
Puis j'ai souhaité explorer 4 axes concernant l'utilisation du DMP :
- leurs représentations (leurs opinions sur le sujet)
- leurs craintes
- leurs attentes
- leurs expériences réelles (le vécu personnel).

Le projet a été soumis au CERNI (Comité d'éthique des recherches non interventionnelles) dans le même temps que la rédaction du guide, afin de respecter les modalités éthiques d'intégrité et de protection des interviewés.

L'entretien était semi-directif, les questions étaient le plus ouvertes possible, l'ordre des axes non prédéfini, et il existait des relances afin de faire émerger un maximum de concepts.
J'ai fini l'entretien par des questions concernant les caractéristiques. J'ai choisi les critères d'âge, de sexe, de connaissance du DMP, de statut de réfugié ou demandeur d'asile, du nombre d'années en France et de nationalité pour avoir une variation maximale de l'échantillon.

Après discussion avec le directeur de thèse et le président de jury, l'échantillon a été précisé de nouveau en début d'année 2020. Il a été convenu de m'entretenir avec tous les migrants, c'est-à-dire les réfugiés et les demandeurs d'asile confondus, qu'ils aient ou non une carte vitale et donc qu'ils aient ou non un accès au DMP. Cette décision permettait d'élargir la diversité de la population nécessaire au travail exploratoire entrepris.

Pouvant initialement débuter en mars, les entretiens ont été repoussés en raison du contexte sanitaire. En effet, j'ai pu échanger avec Mme LEMAIRE, la coordinatrice du service insertion de l'association API Provence (anciennement ATE) qui m'a conseillé de décaler les entretiens. Les réaliser en face à face faciliterait la compréhension et le contexte actuel générait déjà du stress aux résidents migrants. J'ai aussi pris contact avec d'autres centres d'accueil et c'est le CADA Croix-Rouge de Châlons-en-Champagne (51) qui m'a permis de débuter les entretiens individuels avec des demandeurs d'asile, une fois que le contexte le permettait.

Les entretiens individuels en face à face ont débutés en juin 2020. Deux entretiens ont été réalisés par téléphone par souci d'organisation avec des patients à l'aise avec la langue française. Puis, après discussion avec Mme LEMAIRE, un focus group de six migrants a été entrepris. Il permettait de favoriser l'expression de diverses opinions et d'instaurer un climat de confiance avec la présence de deux travailleuses sociales connaissant les participants. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un microphone par mes soins puis retranscrits mot pour mot de la manière la plus exacte possible (verbatims).

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. (C'est-à-dire sans prédéfinir le nombre d'entretiens et jusqu'à l'absence d'émergence de nouvelle information pendant deux entretiens consécutifs). La saturation était confirmée par l'analyse des verbatims par deux autres chercheurs (AB et HD).

La méthode d'analyse a emprunté des éléments à l'analyse inductive générale de Thomas. L'analyse inductive générale de Thomas vise davantage à distinguer les catégories de thèmes les plus perspicaces que d'exprimer une théorie qui inclurait les thèmes trouvés.
Cette méthode permettait d'émettre des hypothèses et était donc conforme à l'objectif exploratoire de la question de recherche.
L'extraction thématique a fait l'objet d'une triangulation afin de minimiser le biais d'interprétation : tous les entretiens ont été analysés par la chercheuse principale (EH) et chaque entretien a été analysé une seconde fois par l'autre chercheuse (HD). Ce codage était réalisé en double aveugle.
Les analyses ont été convergentes (pas de désaccord entre les enquêtrices) mais également complémentaires (elles ont généré de nouveaux thèmes). Les entretiens ont été interrompus une fois la saturation des données atteinte, sans besoin d'ajouter plus de participants. La saturation des données a été discutée et approuvée par l'équipe de recherche.
Le logiciel N vivo a été utilisé pour la gestion et l'analyse des données.

Les résultats de ma question de recherche ont été mis en relation avec ceux d'Hélène Dupety afin d'améliorer la pertinence de nos deux travaux. Dans le souhait d'une publication dans la revue Exercer, nous avons rédigé un manuscrit au format article.
C'est cet article commun qui suit.
Mes résultats personnels sont détaillés à la suite de l'article.

II. Article original

Implémentation du Dossier Médical Partagé dans la prise en charge des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs.

Implementation of the Electronic Health Record in the care of migrants in general medicine : representations of the main actors.

Auteurs

DUPETY, Hélène[1,2] ; HURPEZ, Eva[1,2] ; BARBAROUX, Adriaan[1,2,3]

[1] Université Côte d'Azur, RÉTINES, France
[2] Université Côte d'Azur, DERMG, France
[3] Université Côte d'Azur, LAPCOS, France

Auteur correspondant :

Adriaan BARBAROUX, adriaan.barbaroux@univ-cotedazur.fr

Mots-clés MeSH : Migrants, Dossier Médical Partagé, Médecine générale
Keywords : Migrants, Electronic Health Record, General Medicine

29 979 caractères, espaces compris.

Résumé

Contexte. L'utilisation du Dossier médical partagé (DMP) pourrait faciliter l'accompagnement des migrants mais son implémentation en France est laborieuse.

Objectif. Explorer les représentations sur l'utilisation du DMP pour les migrants auprès des médecins généralistes et des migrants.

Méthode. Étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés individuels et focus group réalisée entre avril et juillet 2020 avec échantillonnage en variation maximale. Les deux populations étaient recrutées et analysées indépendamment jusqu'à saturation des données. Une analyse inductive a été réalisée avec un double codage en aveugle.

Résultats. Douze participants ont été recrutés dans chaque population. L'utilisation du DMP chez les migrants était considérée par les deux populations comme bénéfique mais difficile compte tenu des spécificités de la vie de migrant. Le DMP apparaît comme une solution pratique pour accéder aux données de santé des migrants et son accès mériterait d'être simplifié. Les éléments facilitants étaient l'implication des travailleurs sociaux, et l'intérêt de l'accès au DMP dès l'arrivée sur le territoire français. Les avis divergeaient sur l'impact qu'aurait le DMP sur la relation médecin-patient, spécifique aux migrants.

Conclusion. L'implémentation du DMP chez les migrants ne se fera pas sans les acteurs principaux. Leur avis est primordial pour ne pas multiplier les outils non adaptés aux patients qui en auraient le plus besoin. Impliquer les usagers de santé et professionnels de soins primaires est le seul moyen pour développer une approche partenariale.

Abstract

Context. The use of the Electronic health record (EHR) could facilitate the support of migrants but its implementation in France is laborious.

Objective. Explore the representations on the use of the EHR among migrants, with migrants and general practitioners.

Method. Exploratory qualitative study by semi-structured individual interviews and focus group, carried out between April and July 2020 with sampling in maximum variation. The two populations were recruited and analyzed independently until data saturation. An inductive analysis was performed with double blind coding.

Results. Twelve participants were recruited from each population. The use of the EHR among migrants was considered by both populations as beneficial but difficult according to the specificities of migrant life. The EHR appears to be a practical solution to access migrant health data but the access should be simplified. Thus, the facilitating elements were the involvement of social workers and the interest in accessing the EHR upon the arrival of the migrants on the French territory. Opinions differed on the impact that the EHR would have on the doctor-patient relationship, which is specific among migrants.

Conclusion. The implementation of the EHR among migrants will not take place without the main actors. Their opinion is essential to avoid multiplying tools that are not adapted to the patients who need them the most. Involving healthcare users and primary care professionals is the only way to develop a partnership approach.

INTRODUCTION

Les conflits politiques entraînent une hausse continuelle de la migration estimée à 79,5 millions de personnes en 2019. On compte parmi elles 26 millions de réfugiés politiques et 4,2 millions de demandeurs d'asile[1]. Le nombre de demandes d'asile en France en 2019 s'élève à 133 000, soit une augmentation de 7,4 % en un an[2]. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est directement confrontée à la crise migratoire du fait de sa localisation frontalière et se place en quatrième position des régions d'accueil[3,4]. Les migrants présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité[5] et leur santé est marquée par les pathologies chroniques, infectieuses et les troubles psychologiques[6]. Une prise en charge en soins primaires est essentielle pour permettre une prise en charge globale mais les Médecins généralistes (MG) rencontrent plusieurs difficultés. Barrière de la langue, difficultés administratives, impuissance en matière de prévention, méconnaissance de l'histoire migratoire et des besoins des migrants[7] contribuent aux différences d'état de santé et de recours aux soins en défaveur des migrants récemment arrivés[8].

Le Dossier médical partagé (DMP) a pour objectif de faciliter le suivi, la continuité et la coordination des soins et la communication interprofessionnelle[9]. Les professionnels de santé, institutions et le patient peuvent l'alimenter. La majorité des MG estime que le DMP permettrait une meilleure prise en charge et qu'il améliorerait la communication entre confrères[10]. Les MG perçoivent son intérêt comme supérieur chez les populations vulnérables[11] et la Haute Autorité de santé (HAS) recommande son utilisation systématique chez les migrants[12].

Pourtant, un an après sa généralisation en novembre 2018, seuls 8 millions de DMP ont été ouverts, 20% des généralistes l'alimentent et 46% le consultent[13]. Malgré les multiples relances du ministère, le DMP peine à se démocratiser au sein de l'hexagone pour de multiples raisons : mauvaises information et formation des médecins généralistes, confidentialité des données, utilisation chronophage de l'outil, accumulation de données non pertinentes[14]. Les délais d'obtention d'une carte vitale et la complexité des démarches administratives freinent son utilisation chez les migrants[15].

La littérature montre donc l'intérêt du DMP chez les migrants mais son implantation dans la pratique est lente et difficile. L'implantation d'outils numériques en santé ne pouvant se faire sans l'acceptation et une motivation des acteurs centraux[16], l'objectif de cette étude était d'analyser les représentations des migrants et des MG vis à vis du DMP.

METHODE

Cette étude qualitative exploratoire par analyse inductive a été conduite d'avril 2020 à juillet 2020 via des entretiens individuels successifs semi-directifs et un entretien en focus group afin de recueillir les représentations des médecins généralistes et des migrants sur l'utilisation du DMP. La rédaction de l'article était basée sur les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (annexe 1).

Population et échantillonnage

Les deux populations étudiées étaient les MG et les migrants réfugiés ou demandeurs d'asile. Douze MG ont été inclus selon une méthode d'échantillonnage raisonnée en variation maximale par effet boule de neige. La diversité était recherchée sur les critères d'âge, le type de pratique, d'aisance avec le numérique, la fréquence d'utilisation du DMP et le degré de patientèle migrante ou précaire, selon des échelles de Likert en auto évaluation.

Douze migrants ont été inclus par la même méthode d'échantillonnage selon les critères d'âge, de nationalité, la durée de présence en France et leur statut de réfugié ou demandeur d'asile. Pour des raisons de faisabilité, il a été décidé d'interroger uniquement des migrants ayant un niveau minimum de français A1 d'après le Cadre européen de référence pour les Langues (CECRL). Ils étaient recrutés par téléphone via les travailleurs sociaux des centres d'accueil (CADA Croix-Rouge et API Provence) ou via les MG.

Les deux enquêtrices (EH et HD, internes en médecine générale) ne connaissaient pas les participants.

Recueil des données

Deux guides d'entretiens distincts, individuels, semi directifs, ont été élaborés à partir de la documentation existante. Les deux guides (annexes 2 et 3) exploraient les quatre axes suivants à partir de questions ouvertes : les représentations sur le DMP, les attentes, les craintes et les expériences vécues. Les entretiens ont été enregistrés intégralement, retranscrits mot pour mot, et n'ont pas été répétés. HD a mené les entretiens chez les MG par visioconférence ou en face à face. EH a mené les entretiens chez les migrants par téléphone ou en face à face.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire que deux entretiens consécutifs n'apportent aucune nouvelle information. L'analyse des verbatims par deux autres chercheurs (AB/HD ou AB/EH) confirmait la saturation.

Analyse des données

Les données ont été analysées par analyse inductive générale[17]. Cette méthode permet d'émettre des hypothèses et était donc conforme à l'objectif exploratoire de ce travail.

L'analyse a fait l'objet d'une triangulation afin de minimiser le biais d'interprétation : tous les entretiens ont été analysés deux fois (HD et EH). Le logiciel Nvivo a été utilisé pour la gestion et l'analyse des données.

Questions éthiques

Le projet a été soumis à l'avis du Comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles (CERNI). Son avis a été favorable (n° 2020-60). Une déclaration de conformité à la MR004 a été déposée (n°2217714v0).

Les MG et migrants ont été informés que leur interview resterait confidentielle et anonymisée et qu'il était possible d'interrompre l'entretien. Un consentement écrit a été obtenu de chaque participant au début de l'entretien.

Cet article est issu d'un travail de thèse et n'a reçu aucun financement.

RESULTATS

Pour analyser les représentations des migrants et des MG vis à vis du DMP, les verbatims ont été regroupés en grandes catégories conformément à la méthode de l'analyse inductive. Les catégories ayant émergé étaient la spécificité de la vie de migrant, l'acceptabilité pratique du DMP, l'impact du DMP sur la relation médecin-patient et les facilitateurs à son utilisation.

Caractéristiques des participants

Six entretiens individuels et un entretien en focus group de six personnes ont été réalisés chez les migrants (deux non-réponses) ainsi que douze entretiens individuels chez les MG (25 non-réponses/refus). La suffisance des données a été obtenue par le focus group, validée par deux entretiens individuels chez les migrants, et au onzième entretien, validée par le douzième chez les MG. Les entretiens retranscrits ont été envoyés aux MG qui n'ont pas souhaité apporter de modification aux verbatims. Deux travailleuses sociales ont participé au focus group, toutes deux connaissaient le DMP (tableaux 1 et 2).

Spécificité de la vie de migrant

Les participants ont évoqué des représentations et vécus spécifiques à la vie de migrant. Les MG percevaient le DMP comme utile chez les patients polypathologiques, mais leurs représentations de l'état de santé des migrants différaient « C'est, par définition, des patients qui ont souvent des problèmes médicaux. » (Dr9) « En majorité c'est quand même des jeunes […] ils n'ont pas beaucoup de pathologies. » (Dr12).

Pour les MG, le DMP favorisait le suivi des migrants, du fait de leur nomadisme médical et géographique « Le suivi est des fois plus compliqué. Le DMP ça pourrait nous permettre de palier un peu à ça, à cette forme de nomadisme médical. » (Dr6). Les migrants verbalisaient

au contraire une fidélité à leur médecin « Quand je suis malade […], j'aime bien revenir chez le même médecin. » (Mi2).

Les MG évoquaient l'intégration de certaines données sensibles chez les migrants « J'ai une refugiée Malienne qui a un antécédent d'excision, enfin c'est des trucs où c'est une galère de ré-évoquer cela avec dix mille personnes. » (Dr11).

Les migrants comme les MG ont évoqué le risque d'y voir figurer de fausses déclarations dans le but d'obtenir leurs droits « Ils peuvent mentir si cela leur permet d'avoir les papiers. » (Mi4) « Le jeune mineur que j'ai consulté en maison de l'enfance, 16 ans, il avait toutes ses dents de sagesses. » (Dr2).

La crainte sur la sécurité des données était largement représentée dans les deux populations. Certains MG avaient peur que le DMP comporte des informations préjudiciables aux migrants « La question de sécurité du DMP serait plus importante pour un patient réfugié. […] Je mettrais peu de données qui pourraient compromettre son statut. » (Dr2) « C'est le risque principal de ce type d'outil. Si on a un régime autoritaire, c'est un régime qui va s'intéresser de manière délétère aux étrangers donc pour eux c'est encore plus dangereux. » (Dr10).

Les migrants étaient inquiets de l'utilisation potentielle de leurs données à des fins commerciales ou discriminatoires « Il y a plein d'organismes qui seraient intéressés de voir mes informations. » (Mi3) « Pour une embauche, on peut faire de la discrimination au travail donc on se dit que c'est mieux de ne pas mettre telle ou telle information. » (Mi3) mais surtout sur la possibilité de surveillance dans leur pays d'origine « A cause de ce dossier c'est trop important, il peut pas cacher des choses qui ne doivent pas se savoir dans son pays. » (Mi6).

Malgré ces spécificités, les MG voulaient les prendre en charge comme les autres patients « Pour moi il n'y a pas de distinction dans la prise en charge, je ne vois pas distinction à faire dans le DMP. » (Dr11).

Acceptabilité pratique du DMP

Tous les migrants interrogés méconnaissaient le DMP. Les MG l'assimilaient à une « coquille vide » (Dr3, Dr7) et le décrivaient comme « sous-utilisé » « Il n'y a pas encore beaucoup de médecins qui utilisent le DMP donc il n'y a pas encore beaucoup d'utilité. » (Dr3).

Les deux populations étudiées percevaient le stockage des données sur internet via le DMP comme pratique vis-à-vis de son libre accès « Jamais je ne pouvais imaginer que je pouvais gérer moi-même mon dossier ! » (Avec un ton étonné) (Mi3) « Dans l'urgence, s'ils ne sont pas capables de l'expliquer. De pouvoir y accéder un peu à n'importe quel moment. » (Dr8).

Pour les MG, le DMP assurait une fiabilité des données « Pouvoir mieux soigner la personne grâce à la conservation de ses données médicales pertinentes, ça c'est formidable. » (Dr7).

Les migrants voyaient dans le DMP une réponse au stockage papier, jugé trop encombrant, « Mon gros classeur, […] c'est lourd, ça prend de la place » (Mi1), source de perte et dont le tri était difficile « on ne sait pas ce qu'il faut conserver, ce qu'il ne faut pas conserver. » (Mi1).
En revanche, cet aspect pratique du DMP était limité par un accès restreint au numérique « Il y a des personnes qui n'utilisent pas internet ou ne comprennent pas les sites en français. » (Mi6) « ils n'ont pas forcément accès à un scanner […] pour déposer des choses. » (Dr4).

Les MG avaient bien conscience des difficultés rencontrées par les patients « Souvent ils vivent dans une forme de précarité, donc peut être une moindre attention à leurs affaires, un compte rendu perdu ou un dossier qu'on a oublié de prendre. Avec le DMP il n'y a rien de perdu tout est là ! » (Dr7).

L'impact du DMP sur la relation médecin/patient

Les deux populations considéraient le DMP comme support face à la barrière linguistique. Chez les migrants interrogés, le DMP était également appréhendé comme pouvant être le support des explications du médecin « Avec le handicap de la langue au moins c'est transparent, c'est plus limpide. » (Mi4). Mais surtout, le DMP permettrait de se passer de traducteur et du coût que cela occasionnerait. « Ça serait bien le dossier sur internet car les albanais ils ont eu beaucoup de problèmes avec les traducteurs du CADA. » (Mi8) « Souvent le traducteur il est payant chez le médecin. » (Mi7).
Le DMP était parfois considéré comme un frein à la relation médecin-patient pouvant déshumaniser la relation « Attention à ne pas pianoter tout le temps devant le patient, afin de permettre au patient de s'exprimer sans obstacle, sans frein » (Dr10) « C'est une autre façon de contact et ça fait disparaître le lien […] Je ne veux pas que cette humanité disparaisse à cause de tous ces outils. » (Mi3).
Les MG percevaient une grande responsabilité vis à vis de l'utilisation du DMP « Si c'est nous […] qui rentrons le certificat médical dans le DMP, ils vont penser que c'est forcément bien mais ça peut les desservir. » (Dr12). Et les migrants avaient confiance en leur médecin traitant et leur assistante sociale, « C'est important qu'il sache tout de nous. Donc il peut rentrer dans le dossier il n'y a pas de problème. » (Mi7) « L'assistante sociale c'est confiance totale ! Elle connaît tout sur moi. » (Mi6).

Facilitateurs

Les priorités des migrants étaient axées sur d'autres besoins fondamentaux que celui de la santé « Déjà Ameli.fr ça leur passe au-dessus, ils ont et on a autre chose à penser » (Travailleur social lors du focus group, approuvé par des hochements de tête des migrants)

« Leur santé ce n'est pas leur priorité. Leur priorité c'est d'être déjà reconnus comme tel je pense. » (Dr12).

Les migrants reconnaissaient l'importance des travailleurs sociaux « C'est très important que l'assistante sociale aide pour utiliser, qu'elle explique tout. » (Mi6). Mais cela soulevait la problématique de leur accès et de leur formation au DMP « C'est vrai que comme c'est assez personnel, il faut nous laisser dans ce cas, avoir accès aux données médicales. » (Travailleur social du focus group). Des MG y étaient opposés, considérant le secret médical comme priorité « L'ouverture du DMP aux travailleurs sociaux ne me semble pas être une bonne chose, ça me chiffonne beaucoup. » (Dr9).

Les participants ressentaient un besoin de formation, d'information et de recul sur l'outil « J'attends surtout de le connaître oui, d'avoir plus de connaissances sur cet outil que je ne connais pas du tout. » (Mi3) « Il faudrait faire des sortes de permanence de la part de la CPAM dans les quartiers pour recevoir les familles, les former à utiliser l'outil. » (Travailleur social du focus group, murmure d'approbation des migrants).

La plupart des participants jugeaient nécessaire l'ouverture d'un DMP dès l'arrivée des migrants sur le territoire, ainsi qu'un DMP international « L'utilité du DMP c'est de suivre les patients qui sont difficiles à suivre. Et c'est justement chez ceux-là que c'est n'est pas possible. » (Dr9, en haussant le ton) « Dès qu'on arrive ce serait mieux car c'est là où le problème de la langue est plus difficile. » (Mi11) « Il faudrait même un DMP à plus grande échelle chez ces patients ! A l'international parce qu'ils bougent !» (Dr6).

DISCUSSION

Résultats principaux

Les deux populations étaient favorables à l'utilisation du DMP chez les migrants car il permettait de pallier à la barrière linguistique et assurait une fiabilité des informations médicales. La praticité du DMP vis à vis du libre accès et du stockage papier ressortait.

Le DMP était pourtant difficilement utilisable en l'état. Il existait un désir d'amélioration de l'outil. Les MG soulevaient le risque d'une utilisation préjudiciable pouvant entraver les démarches des migrants ou occasionner des discriminations.

Les deux populations soulignaient des modes d'accès au DMP contraignantes (aide nécessaire, accès internet limité, non accessible aux demandeurs d'asile). Ils craignaient l'utilisation des données personnelles à des fins commerciales ou par le pays d'origine.

Forces et limites

L'originalité de ce travail réside dans l'étude synchrone des deux acteurs principaux en jeu dans l'implémentation du DMP chez les migrants. A notre connaissance, c'est la première fois qu'une étude s'attache à recueillir les représentations des migrants sur le DMP.

La méthode par analyse inductive permet de faire émerger des hypothèses, ce qui est cohérent avec l'objectif exploratoire de ce travail. Le double codage des données en aveugle a permis de limiter le biais d'interprétation. Le Focus group instaurait un climat de confiance favorisé par la présence des travailleurs sociaux.

Un biais de désidérabilité sociale a été observé chez les migrants qui paraissaient incommodés de critiquer un outil de santé face à l'enquêteur médecin. Les sujets intimes comme le parcours migratoire étaient difficiles à aborder d'autant que certains migrants avaient des difficultés d'expression en français. Les migrants interrogés parlaient français et étaient donc probablement mieux intégrés que l'ensemble des migrants.

Vers un DMP adapté aux migrants ?

Ces données confirment l'utilité d'un dossier médical numérique géré par et pour les migrants, ce qui est cohérent avec les données de la littérature[18]. Plusieurs pays ont commencé à numériser les dossiers de santé des migrants comme le Liban[19] et l'Allemagne. Ces dossiers de santé électroniques (DSE) créés spécifiquement pour les populations migrantes intègrent des outils de traduction. Toutefois, nos données montrent un réel besoin d'uniformisation des supports numériques et créer des DSE spécifiques aux migrants pose un problème d'interopérabilité. Ces DSE spécifiques pourraient être vécus comme stigmatisants. Pour améliorer l'accompagnement des migrants, le DMP devra s'adapter à cette population tout en s'inspirant des projets déjà réalisés dans d'autres pays.

L'acceptabilité du DMP doit passer par une réassurance sur la cybersécurité

Les MG et les migrants étaient inquiets de la sécurité des données et voyaient les migrants comme une population vulnérable à ce sujet. Cette question est peu étudiée. L'étude PRICARE[20] évaluait l'acceptation de l'outil par les médecins sans les questionner sur leur point de vue concernant la sécurité des données. D'autant plus que le déploiement du Health Data Hub inquiète les usagers sur la cybersécurité, et notamment la possibilité d'accès aux données par d'autres pays[21]. A la lumière de notre étude, il nous semble impératif d'évaluer les craintes sur le traitement des données par le prisme des deux populations. Le DMP doit faire ses preuves sur ce point car c'est actuellement une limite à son utilisation chez cette population.

Pistes d'amélioration de l'accès au DMP pour les migrants

Notre étude montre une réelle envie d'impliquer les travailleurs sociaux dans le développement des DMP chez les migrants tout en respectant le secret médical. Le projet « Ma santé 2022 » souhaite étendre l'accès au DMP aux non professionnels de santé du secteur médico-social. Il serait intéressant de voir dans quelles mesures les structures d'accueil des migrants pourraient accéder et alimenter le DMP dans un cadre législatif bien défini. Ce projet pourrait faciliter l'accès au DMP par les migrants. « Ma santé 2022 » propose également le déploiement de l'« Espace Numérique de Santé » pour impliquer le patient dans la gestion de ses données de santé. Des outils d'accompagnements spécifiques doivent être étudiés pour limiter le risque d'exclusion des migrants. La principale exclusion reste la difficulté à obtenir une carte vitale qui reste une condition sine qua non pour l'ouverture du DMP.
Malgré les limites du DMP, les MG et les migrants plébiscitent son usage pour le suivi et la coordination des soins des migrants. Ces résultats concordent avec la recommandation de la HAS sur l'usage systématique du DMP chez les migrants[12]. Il est regrettable que l'accès au DMP dépende de la carte vitale, elle-même conditionnée à l'obtention du statut de réfugié dont le délai est au minimum de cinq mois et en moyenne un an[2].

Ces données issues du terrain rappellent l'importance de la concertation avec les acteurs principaux avant d'implémenter des outils numériques. Le risque serait de multiplier des outils (DUI, Ameli, DMP, ENS...) non adaptés aux patients qui en auraient le plus besoin (demandeur d'asile à leur arrivée ou au début de leur parcours migratoire). Impliquer les usagers de santé et professionnels de soins primaires (MG, pharmaciens et travailleurs sociaux) est le seul moyen pour développer une approche partenariale. Le pire des scenarii serait de rester dans un système pyramidal où les principaux acteurs se voient proposer des outils vécus comme des « coquilles vides » malgré des investissements massifs d'argent public.

Bibliographie

1. HCR - L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés - Aperçu statistique [Internet]. UNHCR. 2020. Disponible sur: https://www.unhcr.org/fr-fr/apercu-statistique.html [consulté le 3 juin 2020].

2. OFPRA. Rapport d'activité de l'OFPRA 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2019.pdf [consulté le 16 juill 2020].

3. Ploquin J, DL. Forum refugiees-Cosi : Etat des lieux de l'asile en France et en Europe-Edition 2019 [Internet]. Report No: N°ISSN 1766-8662. Disponible sur: https://www.forumrefugies.org/images/s-informer/publications/rapports/rapport-annuel-asile/Forum_refugiees-Cosi_Etat_des_lieux_de_l_asile_en_France_et_en_Europe-Edition_2019.pdf [consulté le 2 févr 2020].

4. ARS, Agence régionale de santé. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, 2018-2023.

5. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.

6. World health organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018) [Internet]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018 [consulté le 18 août 2020].

7. Guillou AY. Patients immigrés dans la région Rennaise : Le regard des médecins généralistes. [Internet]. 2007 mars p. 49. Disponible sur: http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf [consulté le 9 déc 2019].

8. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. avr 2012;25(2):120-5.

9. CNAM. Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/patient/cgu [consulté le 4 mai 2020].

10. El Matouat A. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. Thèse de médecine : Université Bretagne Loire, 2018. dumas-02140314. :59.

11. Jego M, Gentile G, Giusiano B, Sambuc R, Balique H, Gentile S. Prise en charge des personnes sans chez-soi : intérêt du dossier médical partagé ? Sante Publique (Bucur). 7 août 2018;Vol. 30(2):233-42.

12. Haute Autorité de santé. Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incompletement-connu-en-population-generale-et-chez-les-migrants-primo-arrivants [consulté le 6 févr 2020].

13. Auffray C. Dossier médical partagé : 1 an et 8 millions de DMP ouverts [Internet]. La Revue du Digital. 2019. Disponible sur: https://www.larevuedudigital.com/dossier-medical-partage-un-an-et-8-millions-de-dmp-ouverts/ [consulté le 13 janv 2020].

14. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé: enquête auprès des médecins généralistes de la Manche. Thèse de médecine : Université de Caen Normandie, 2016.

15. Unafo. La protection sociale des étrangers en France [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/unafo-analyse_juridique_protection-toweb.pdf [consulté le 2 févr 2020].

16. Mezni H, Gagnon M-P, Duplantie J. Étude des déterminants individuels de l'adoption du dossier de santé électronique du Québec. Prat Organ Soins. 2009;Vol. 40(2):125-31.

17. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 1 janv 2006;26.

18. Chiesa V, Chiarenza A, Mosca D, Rechel B. Health records for migrants and refugees: A systematic review. Health Policy. sept 2019;123(9):888-900.

19. Saleh S, El Arnaout N, Faulkner JR, Sayegh MH. Sijilli: a mobile electronic health records system for refugees in low-resource settings. Lancet Glob Health. sept 2019;7(9):e1168-9.

20. Jahn, R., Ziegler, S., Nöst, S. *et al.* Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state. *Global Health* 14**,** 71 (2018).

21. Mamzer M-F, Paris N, Parrot A. « L'exploitation de données de santé sur une plate-forme de Microsoft expose à des risques multiples ». Le Monde.fr [Internet]. 10 déc 2019 ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/12/10/l-exploitation-de-donnees-de-sante-sur-une-plate-forme-de-microsoft-expose-a-des-risques-multiples_6022274_3232.html [consulté le 13 août 2020].

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon médecin

	Durée (min)	Sexe/ Age	Années d'exercice	Logiciel métier	Zone d'activité	Niveau d'aisance numérique*	Fréquence d'utilisation du DMP*	Degré de patientèle précaire/ migrant*
Dr1	24	F32	3	Crossway	Semi-rural	Moyen	Jamais	Très peu
Dr2	32	F53	23	Axisanté	Semi-rural	Moyen	Exceptionnel	Très peu
Dr3	27	M41	13	Axisanté	Périurbain	Excellent	Fréquent	Peu
Dr4	26	F30	3	Crossway	Urbain	Bon	Jamais	Peu
Dr5	38	F52	22	Hellodoc	Urbain	Bon	Jamais	Moyen
Dr6	25	F29	2	WEDA	Urbain	Bon	Exceptionnel	Important
Dr7	31	M63	36	Medistory	Semi-rural	Excellent	Occasionnel	Très peu
Dr8	30	F30	1	MLM	Rural	Bon	Exceptionnel	Moyen
Dr9	50	M69	38	Hypermed/ Telemedica	Urbain	Excellent	Fréquent	Important
Dr10	34	M64	33	Dossier papier	Urbain	Moyen	Jamais	Important
Dr11	23	F34	6	Hellodoc	Périurbain	Excellent	Exceptionnel	Moyen
Dr12	25	F56	28	Axisanté	Urbain	Moyen	Jamais	Important

Dr : Docteur ; F : Féminin ; M : Masculin ; *selon échelles de Likert en annexe 3

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon migrant

	Recrutement	Durée (min)	Sexe /Age en années	Années en France	Statut	Nationalité	Connaissance du DMP
Mi1	CADA	21	F43	1,5	DA	Ivoirienne	Non
Mi2	CADA	20	M26	2	DA	Iraquienne	Non
Mi3	MG	31	M65	33	Réfugié	Iranienne	Non
Mi4	MG	25	F20	8	Réfugié	Malienne	Non
Mi5	API	19	F32	8	Réfugié	Tchétchène	Non
Mi6	CADA	24	F37	2,5	DA	Russe	Non
FOCUS GROUP							
Mi7	API	40	M67	30	Réfugié	Albanaise	Non
Mi8	API	40	M47	3	Réfugié	Albanaise	Non
Mi9	API	40	F49	3	Réfugié	Albanaise	Non
Mi10	API	40	F33	2	Réfugié	Ukrainienne	Non
Mi11	API	40	F40	8	Réfugié	Russe	Non
Mi12	API	40	F48	2	Réfugié	Tchétchène	Non

API : Accompagnement Promotion Insertion, API Provence de Nice ; CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile, CADA Croix-Rouge de Châlons-en-Champagne ; DA : Demandeurs d'asile ; MG : Médecin Généraliste ; Mi : Migrant

III. Postambule

1. Résultats des représentations des migrants

a. Spécificité de la vie de migrant au sein du système de santé français

Les représentations des migrants concernant le système de santé français étaient multiples. Selon certains, la coordination actuelle des soins par courrier papier était mauvaise *« Par exemple, une fois j'ai fait mon contrôle INR, plusieurs fois, j'avais rendez-vous avec mon médecin deux jours après la prise de sang, le résultat n'était pas arrivé chez mon médecin (rires) Je suis arrivé avant le courrier, avec mon résultat, donc ça c'est du gâchis.* » (Mi3).
Certains migrants méconnaissaient les moyens de communication « *Non mais du coup, je me demande comment les médecins se transmettent les informations si je change de médecin traitant*. » (Mi4).
D'autres enfin, confondaient le site Ameli.fr, les messageries sécurisées et le DMP « *C'est la même chose que le compte Ameli ?* » (Mi12) « *Puisque que quand je fais une analyse, ils me disent qu'ils l'envoient à mon médecin et arrivée là-bas, mon médecin l'a déjà reçue. Donc je ne sais pas comment cela se passe.* » (Mi1).
En revanche, tous les migrants interrogés méconnaissaient le DMP « *Non je ne connais pas, c'est la première fois que j'en entends parler* » (Mi4) « *J'attends surtout de le connaître oui, d'avoir plus de connaissances sur cet outil que je ne connais pas du tout.* » (Mi3).

Le DMP était perçu comme utile par les migrants avec de lourdes pathologies *« C'est bien pour les personnes qui sont trop malades* » (Mi6), et inutile par les migrants en bonne santé « *Non moi ça [me] va les papiers, parce que l'hôpital non, les enfants, la famille, on ne va pas à l'hôpital. J'ai accouché à l'hôpital mais c'est tout, on est tous en bonne santé (rires !) » (Mi7), « Je ne sais pas si je l'ouvrirais car je n'ai pas de problème de santé. » (Mi4)*. Les migrants y trouvaient un intérêt pour le suivi de leurs enfants : « C*hercher le carnet de santé tout ça, comme faut toujours aller vite pour aller chez le médecin. J'ai quelquefois oublié*. » (Mi5).

La crainte sur la sécurité de leurs données était largement représentée. L'inquiétude était concentrée sur leur utilisation à des fins commerciales : *« Parce qu'il y a plein d'organismes qui seraient intéressés de voir mes informations.* » (Mi3), discriminatoires *« Par exemple pour une embauche, on peut faire de la discrimination au travail donc on se dit que c'est mieux de*

ne pas mettre telle ou telle information. » (Mi3), mais surtout sur la possibilité de surveillance dans leur pays d'origine « *A cause de ce dossier c'est trop important, il peut pas cacher des choses qui ne doivent pas se savoir dans son pays.* » (Mi6).

La fiabilité des données déposées par les patients migrants dans le but d'obtenir leur titre de séjour était remise en cause par un migrant « *Il y a certaines personnes qui ne sont pas forcément honnêtes et pour atteindre un certain but ils peuvent mentir si cela leur permette d'avoir les papiers ou quoi* » (Mi4).

b. Une acceptabilité essentiellement pratique du DMP pour les migrants

La majorité des migrants percevaient une facilité d'accès au DMP car consultable à tout moment *« Ça parait quand même plus facile d'avoir le dossier sur internet* » (Mi6), « *Si les données sont sauvegardées, au moins, je peux les retrouver à tout moment.* » (Mi1). Le DMP permettait d'avoir une vision globale des documents et une récupération facile des informations : « *Alors que si c'est stocké quelque part, tu peux avoir une vue d'ensemble de tous les documents* » (Mi1).
Pour certains migrants, le DMP était perçu comme la solution au stockage papier, jugé trop encombrant « *Alors que là, avec juste mon gros classeur, comme je vois plusieurs médecins, je suis obligée de le prendre avec moi à chaque fois, c'est lourd, ça prend de la place* » (Mi1), source de perte et dont le tri était difficile « O*n ne sait pas ce qu'il faut conserver, ce qu'il ne faut pas conserver.* » (Mi1).
Pour d'autres, cela permettait d'établir une deuxième source de sauvegarde : « *C'est que je pourrai avoir deux sources pour sauvegarder mes documents : le papier et le DMP* » (Mi1). De plus, l'aspect écologique rentrait en compte : « *Premièrement, cela évite plein de paperasses, c'est bon pour l'environnement. Je pense que c'est la chose la plus importante* » (Mi3).
Une migrante a évoqué l'importance du DMP pour les données de santé importantes, accessibles en cas d'urgence vitale car elle relatait le vécu d'une erreur médicale dans son pays d'origine « *Parce que ça me protège quand je sors, en cas d'accident, si je suis endormie [inconsciente], on peut regarder dans mon portefeuille et voir ma carte de groupe sanguin. Je trouve que c'est très important*. » (Mi1).

Les avantages du DMP résidaient aussi sur le droit de regard de son dossier médical a contrario du logiciel métier *« Je ne sais pas ce qu'il met dans mon dossier et je ne peux pas récupérer des choses si j'en ai besoin pour voir d'autres médecins »* (Mi4).

Cependant, cette accessibilité pratique au DMP était limitée en raison d'un accès restreint à internet pour certains « *Après oui, il y a des personnes qui n'utilisent pas internet ou les personnes étrangères qui ne parlent pas français donc ils ne comprennent pas les sites en français*. » (Mi6).

c. Une coordination des soins améliorée pour certains, une relation médecin-malade ébranlée pour d'autres

La barrière de la langue était perçue comme un frein à la relation médecin-malade et le DMP comme pouvant être le support pour les explications apportées au médecin « *Avec le handicap de la langue au moins c'est transparent, c'est plus limpide* » (Mi4).
Le DMP pourrait les libérer des besoins qu'ils ont d'un interprète qui est source de tensions « *Ça serait bien le dossier sur internet car les albanais ils ont eu beaucoup de problèmes avec les traducteurs du CADA. Parce qu'ils ne connaissent pas la langue, après quand ça lui plaît pas, il dit qu'il a mal traduit* » (Mi8). Ils éprouvaient un manque d'authenticité dans la relation médecin-malade avec la présence d'un interprète « *Si c'est un traducteur ça fait une personne qu'on doit avoir confiance car si on doit raconter des choses… hum secrètes ou gênantes on ne va pas oser*. » (Mi6).

Pour la majorité, le DMP facilitait la communication des informations et donc optimisait leur prise en charge *« Comme ça si mon médecin veut voir résultat IRM, il regarde par internet, c'est plus simple et il s'y retrouve mieux* » (Mi12), *« C'est rapide quand même hein, c'est mieux hein, comme ça le médecin peut être en contact.* » (Mi7).
Mais quelques migrants évoquaient la perte du côté humaniste dans la relation médecin-malade avec la technologie et l'informatique en incluant aussi le DMP « *Maintenant elle tapote (son médecin) plus sur son ordinateur et m'écoute à moitié, c'est une autre façon de contact et ça fait disparaître le lien* » (Mi3), « *Je ne veux pas que cette humanité disparaisse à cause de tous ces outils pour vouloir aller toujours plus vite* » (Mi3).

d. Solutions / Facilitateurs

Du fait de leur parcours migratoire éprouvant, les migrants axaient leur priorité sur d'autres besoins fondamentaux que celui de la santé « *Donc utiliser, déjà Ameli.fr, ça leur passe au-dessus, ils ont et on a autre chose à penser…* » (TS1) (Le reste de l'assemblée confirme d'un hochement de tête).

Les migrants soulignaient le soutien des travailleurs sociaux pour toutes leurs démarches administratives et leur accompagnement. Cela soulevait la problématique de l'accès au DMP par les travailleurs sociaux « *C'est très important oui. Que l'assistance sociale aide pour utiliser, qu'elle explique tout tout, tout ça* » (Mi6), « Non *mais c'est vrai que comme c'est assez personnel, il faut nous laisser dans ce cas, avoir accès aux données médicales. Ça je ne sais pas comment cela se passe encore au niveau de tout ça mais euh …* » (TS1).

Les travailleurs sociaux, eux, aspiraient à une simplification de l'ergonomie du dispositif pour assurer son utilisation par les migrants « *Déjà il faudrait simplifier AMELI.FR et ensuite penser à un dossier partagé qui serait simplissime parce que là vu comme il est fait (car j'ai déjà regardé vite fait) c'est mission impossible, même moi je le trouve mal fait*. » (TS2).

Et les migrants espéraient dans le DMP un accès élargi aux soins (primaires et secondaires) *« Mais avec ça, je peux aller direct faire RDV avec un spécialiste ? ou IRM direct ? je peux ?* » (Mi12) voire une possibilité d'e-prescription « *Je veux demander, est-ce que par exemple, si tu veux aller à la pharmacie, tu peux acheter des médicaments juste avec ce dossier ? il n'y a plus besoin d'ordonnance non ?* » (Mi6).

Les migrants étaient presque tous, en demande d'aide, d'information et de formations pour se sensibiliser à internet et à l'outil *« J'attends surtout de le connaître oui, d'avoir plus de connaissances sur cet outil que je ne connais pas du tout*. » (Mi3), « *Moi j'aimerais bien savoir comment c'est vraiment contrôlé de la part de l'Etat* » (Mi3), « *Donc s'il y a des gens qui sont là pour les aider à remplir ce carnet c'est bien*. » (Mi4), « *Il faudrait faire des sortes de permanence de la part de la CPAM dans les quartiers pour recevoir les familles, pour les informer sur leur suivi médical, les former à utiliser l'outil.* » (TS2).

Enfin, la plupart des migrants étaient favorables à l'ouverture du DMP dès leur arrivée sur le territoire « *Oui dès qu'on arrive ce serait mieux car c'est là où le problème de la langue est plus difficile. Donc DMP dès premier RDV pour après être tranquille avec les autres médecins* » (Mi9), « Ça *serait même mieux, plus simple et pour tout le monde même ceux qui arrivent*. » (Mi10).

2. Discussion

Les représentations sur l'utilisation du DMP étaient multiples et variées au sein des migrants. Majoritairement, les opinions des migrants sur le DMP apparaissaient positives même s'ils ne le connaissaient pas auparavant.
Suite à la présentation du DMP, les migrants ont décrit la praticité de son utilisation pour faire face à des difficultés auxquelles ils étaient confrontés : présence pesante du traducteur, barrière linguistique, stockage papier et lourdeur administrative.
Cependant, les modalités d'accès au DMP posaient des problèmes majeurs : nécessité d'assistance par une tierce personne, difficultés d'accès à internet et DMP non accessible aux demandeurs d'asile.
Puis, ils exprimaient presque tous un scepticisme sur la sécurité de leurs données personnelles. Les migrants craignaient leur utilisation à des fins commerciales ou qu'elles soient retrouvées par le pays d'origine.
Les migrants trouvaient le DMP actuel difficilement utilisable et exprimaient un désir d'amélioration et de formation sur l'outil.

Au vu des résultats, il serait donc nécessaire, dans une étude plus approfondie, de bien identifier les attentes et les obstacles des migrants eux-mêmes pour améliorer leur adhésion au DMP et l'efficience du DMP.

Par ailleurs, les problématiques médicales qui viennent s'ajouter aux problématiques sociales des migrants fait poser la question de l'implication des travailleurs sociaux quant à l'utilisation du DMP. Il serait judicieux d'évaluer les représentations des acteurs sociaux qui font partie intégrante de l'accompagnement quotidien des migrants.

Enfin, l'absence de carte vitale et donc d'accès au DMP par les demandeurs d'asile soulignée par tous les migrants, nous montre la réalité de l'inégalité des soins encore présente sur le terrain. Comme le suggère l'étude PRICARE, il faudrait explorer, dans des plus grandes études, les bénéfices du DMP dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) en évaluant la qualité des soins avec et sans DMP et à plus long terme les résultats cliniques sur les pathologies les plus rencontrées au sein des demandeurs d'asile.

Un autre domaine mais complexe à explorer serait l'interopérabilité des applications en cybersanté et l'uniformisation des dossiers de santé électroniques. Tant qu'on aura besoin de saisir plusieurs fois les informations de santé pour les partager, et qu'il persistera des patients

avec ou sans DMP, avec ou sans carte vitale, l'égalité d'accès aux soins ne restera qu'une fiction.

3. Point de vue personnel

En débutant ce travail de recherche, je partais avec des a priori sur la question de l'utilisation du DMP chez les migrants. Au vu de mes connaissances sur le DMP, il était un outil d'une grande utilité pour les migrants et leur suivi. Le DMP apparaissait pour moi être un bon outil de coordination de soins pour ces patients dont l'accès aux soins est semé d'embûches et dont le nomadisme est fréquent.
Je m'étais surtout attardée aux bénéfices que le DMP pouvait apporter aux médecins en charge de ces patients sans réellement me questionner sur les représentations des principaux intéressés.
Quelles pouvaient être les représentations des migrants sur le DMP ? Avant de débuter les entretiens, je n'arrivais pas à répondre.

Je m'attendais à certains résultats déjà rencontrés dans la littérature sur ce sujet dans la population générale ou d'autres populations précaires : Le DMP améliore la coordination des soins et le suivi, pallie à la barrière linguistique mais fait craindre une méfiance à l'égard de la sécurité des données. Mais certains concepts ont émergé : Le DMP requiert d'une acceptabilité pratique pour remplacer les supports papier et son libre accès attire. Mais il dévoile ses limites face aux migrants : l'accès restreint au numérique et à internet et la nécessité d'une aide de la part des travailleurs sociaux. Le DMP fait naître aussi une crainte sur la surveillance des pays d'origine des migrants. Enfin, ils trouvent dommage son inaccessibilité dès l'arrivée sur le territoire.

Finalement mes a priori de départ étaient bousculés. Grâce à cette étude, j'ai pu constater que le DMP avait de grandes lacunes et qu'il posait problème aux patients migrants.
J'ai perçu à travers les entretiens une volonté d'accéder plus largement et aisément aux soins tout en ayant la certitude que leurs données soient protégées. Il reste encore de nombreux efforts à fournir tant sur l'accès aux soins et à la cybersanté que sur l'information et la réassurance des patients migrants.

J'ai apprécié donner la parole aux migrants, qui l'ont généralement peu. Ils ont d'ailleurs été touchés et m'ont remerciée à la fin des entretiens d'avoir pris le temps de s'intéresser à leur santé.

Bien qu'ils n'aient pas entendu parler du DMP avant notre entretien, ils ont tous exprimé leur point de vue sur l'outil et se sentaient concernés par le sujet.

Néanmoins, ce travail de recherche est pertinent si on le confronte aux résultats de l'autre chercheuse, Hélène Dupety, sur les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du DMP pour les migrants. En regroupant nos résultats, nous avons vraiment pu exposer, en miroir, les enjeux des deux populations étudiées.

IV. Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien migrants

Me présenter et remercier le patient de cette participation et mettre à l'aise : lui proposer de s'installer où il le souhaite.

Expliquer le but de l'entretien : « Je suis interne en médecine générale et je fais une thèse sur un outil que l'on utilise dans le domaine de la santé et j'aimerais comprendre vos représentations concernant cet outil. »

Expliquer le déroulement de l'entretien : **«** Si vous acceptez, je vais vous proposer de répondre à des questions lors d'un entretien individuel.

Cet entretien sera intégralement enregistré, de façon anonyme et confidentielle.

Il durera entre 10 à 30 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. »

Faire signer le formulaire de consentement, demander si toutes les informations sont claires et comprises, et s'il reste des questions.

Mener l'entretien en prenant de soin d'enregistrer notre discussion.

Pour les relances :

- Utiliser : « c'est-à-dire ? » « Comment cela ? » ou encore « je ne suis pas sûre d'avoir bien compris »
- Réitérer : répétition de la phrase prononcée par le patient.
- Reformuler
- Réponse reflet : Si je comprends bien…

Puis finir par : Caractéristiques générales

1. Où êtes-vous né ?
2. Quel est votre sexe/âge ?
3. Depuis quand êtes-vous en France ?
4. Quel était votre métier dans votre pays d'origine ?
5. Quel est votre activité, métier depuis que vous êtes en France ?
6. Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ? Avez-vous un médecin traitant ?
7. Quel a été votre parcours depuis votre pays d'origine, pour quelles raisons ?

Représentations sur le DMP
Que représente le Dossier Médical Partagé pour vous ?
Si méconnaissance, explications du dispositif :
« Vous savez, c'est le dossier médical en ligne que vous pouvez ouvrir et modifier avec votre carte vitale et qui permet de stocker les informations sur vos problèmes de santé, vos traitements, vos examens et vos hospitalisations. Les professionnels de santé peuvent y accéder seulement avec votre autorisation pour consulter ou ajouter des documents. Les médecins du travail, assurances, mutuelles, banques et l'employeur n'ont pas de droit d'accès. »
Puis : Qu'en pensez-vous ?
Craintes
Qu'est-ce qui vous bloque ou pourrait vous bloquer concernant l'utilisation de cet outil ?
Souhaiteriez-vous évoquer d'autres éléments concernant votre suivi médical, et la tenue de votre dossier médical que nous n'aurions pas pu aborder au cours de l'entretien ?
Attentes / Espoirs
Quels sont, selon vous, les atouts de cet outil ?
Qu'attendez-vous du dossier médical partagé pour votre suivi médical ?
Expériences réelles
Avez-vous un DMP ? si oui, pouvez-vous me raconter votre utilisation personnelle ?
Puis comment s'est déroulée l'utilisation du DMP avec le professionnel de santé ?
Si vous n'avez jamais utilisé le DMP seul ou avec un médecin, pouvez-vous me raconter, si vous le savez, comment est tenu votre dossier médical ? (Papier, logiciel sur ordinateur, etc)
Comment étaient transmises les informations entre les différents médecins : intervenants ou avec l'hôpital ? Pouvez-vous m'expliquer votre ressenti sur les transmissions d'informations ? (Positif, négatif)

2. Annexe 2 : Guide d'entretien médecins généralistes

Préambule à l'entretien

« Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Helene Dupety, je suis interne en médecine générale, et je mène un travail sur un outil à disposition des médecins généralistes, et j'aimerais comprendre vos représentations concernant cet outil chez des patients migrants.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience, et votre vécu Je suis ici pour vous écouter, vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez.

L'entretien sera confidentiel et anonyme. Nous ne garderons pas vos coordonnées (téléphone…)

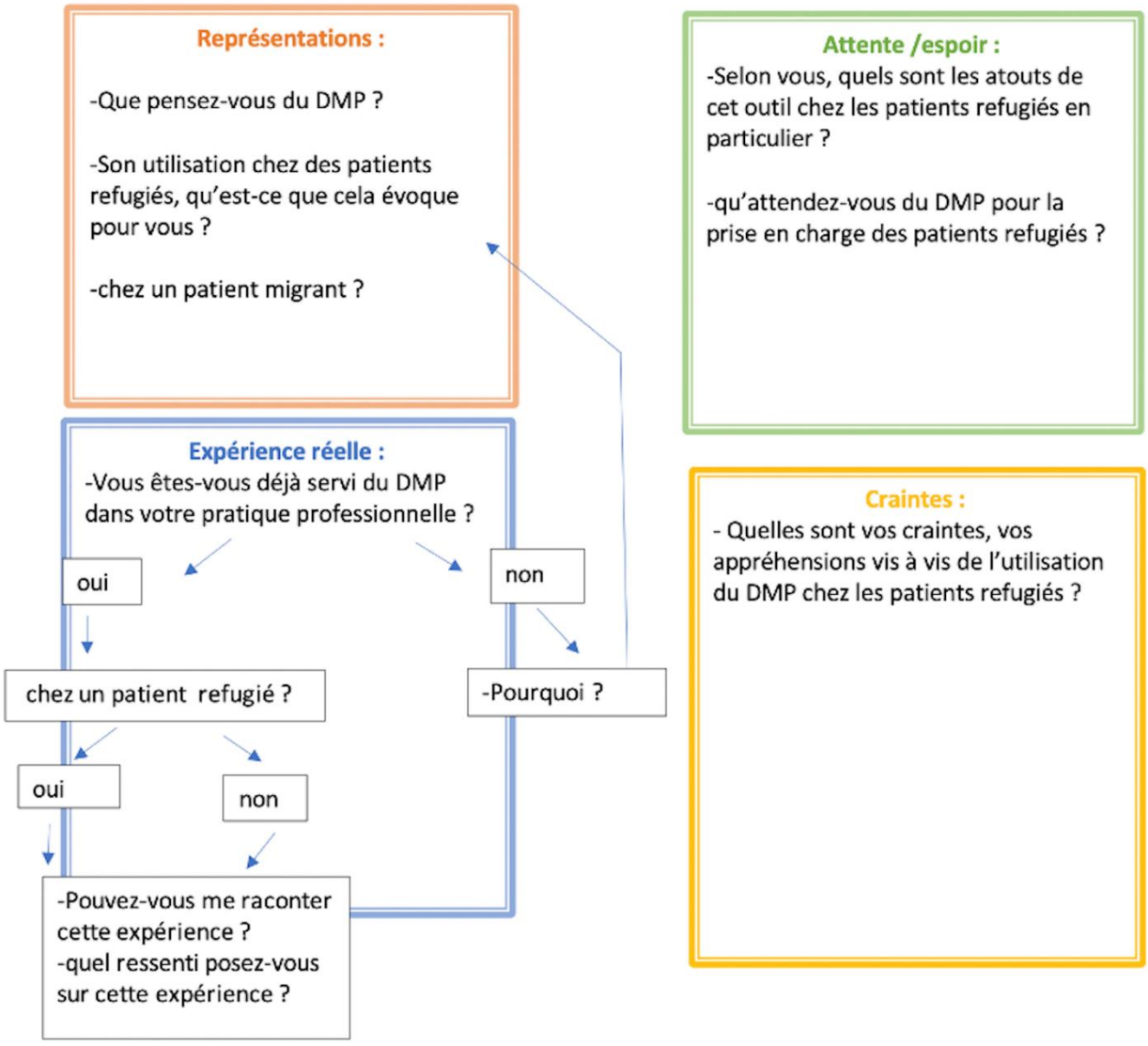
Avez-vous bien signé la feuille de consentement ? Avez-vous des questions avant que nous débutions ? ».

Déroulement de l'entretien

Question brise-glace : Que pensez-vous du DMP ?

Puis finir par caractéristiques générales

- Age
- Sexe
- Nombre d'année d'expérience professionnelle
- Zone d'activité (rural, semi rural, urbain)
- Type de cabinet (groupe, seul)
- Utilisation d'un logiciel métier (préciser lequel)
- Comment qualifieriez-vous votre rapport à l'utilisation d'outils numérique : excellent / bon / moyen / mauvais / catastrophique
- Usage du DMP : systématique / fréquent / occasionnel / exceptionnel / jamais
- Degrés de patientèle précaire et migrant : aucun / très peu / peu / moyen / important


Représentations :
-Que pensez-vous du DMP ?
-Son utilisation chez des patients refugiés, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
-chez un patient migrant ?
Attente /espoir :
-Selon vous, quels sont les atouts de cet outil chez les patients refugiés en particulier ?
-qu'attendez-vous du DMP pour la prise en charge des patients refugiés ?
Expérience réelle :
-Vous êtes-vous déjà servi du DMP dans votre pratique professionnelle ?
oui
non
chez un patient refugié ?
-Pourquoi ?
oui
non
-Pouvez-vous me raconter cette expérience ?
-quel ressenti posez-vous sur cette expérience ?
Craintes :
- Quelles sont vos craintes, vos appréhensions vis à vis de l'utilisation du DMP chez les patients refugiés ?

V. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Contexte. L'utilisation du Dossier médical partagé (DMP) pourrait faciliter l'accompagnement des migrants mais son implémentation en France est laborieuse.

Objectif. Explorer les représentations sur l'utilisation du DMP pour les migrants auprès des médecins généralistes et des migrants.

Méthode. Étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés individuels et focus group réalisée entre avril et juillet 2020 avec échantillonnage en variation maximale. Les deux populations étaient recrutées et analysées indépendamment jusqu'à saturation des données. Une analyse inductive a été réalisée avec un double codage en aveugle.

Résultats. Douze participants ont été recrutés dans chaque population. L'utilisation du DMP chez les migrants était considérée par les deux populations comme bénéfique mais difficile compte tenu des spécificités de la vie de migrant. Le DMP apparaît comme une solution pratique pour accéder aux données de santé des migrants et son accès mériterait d'être simplifié. Les éléments facilitants étaient l'implication des travailleurs sociaux, et l'intérêt de l'accès au DMP dès l'arrivée sur le territoire français. Les avis divergeaient sur l'impact qu'aurait le DMP sur la relation médecin-patient, spécifique aux migrants.

Conclusion. L'implémentation du DMP chez les migrants ne se fera pas sans les acteurs principaux. Leur avis est primordial pour ne pas multiplier les outils non adaptés aux patients qui en auraient le plus besoin. Impliquer les usagers de santé et professionnels de soins primaires est le seul moyen pour développer une approche partenariale.