



**HAL**  
open science

# Explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychologiques des personnes migrantes

Marie Lerigoleur

## ► To cite this version:

Marie Lerigoleur. Explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychologiques des personnes migrantes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03344485

**HAL Id: dumas-03344485**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344485>**

Submitted on 15 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Marie LERIGOLEUR**

le 9 mars 2021

EXPLORER LES DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA  
PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DES PERSONNES  
MIGRANTES

Directeurs de thèse : Dr Cyril Jaume et Dr Béatrice Lognos

JURY

Président : Pr Philippe Lambert

Assesseurs :

Pr Jorge Lopez-Castroman

Dr Béatrice Folco-Lognos

Dr Cyril Jaume

Membre invité : Dr Muriel Montagut

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marie LERIGOLEUR**

le 9 mars 2021

EXPLORER LES DIFFICULTÉS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA  
PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DES PERSONNES  
MIGRANTES

Directeurs de thèse : Dr Cyril Jaume et Dr Béatrice Lognos

JURY

Président : Pr Philippe Lambert

Assesseurs :

Pr Jorge Lopez-Castroman

Dr Béatrice Folco-Lognos

Dr Cyril Jaume

Membre invité : Dr Muriel Montagut

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoit	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
<b><u>PU-PH de 2ème classe</u></b>	
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

##### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

#### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline

Immunologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERGOUGNOUX Anne

Génétique

CHIRIAC Anca

Immunologie

DE JONG Audrey

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénérologie

FITENI Frédéric

Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès

Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie

Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques



**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Maitres de Conférences des Universités**

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyl	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Malha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Héléne	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyl
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Héléne	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyl
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULASCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## Remerciements

**Merci**, au Professeur Philippe LAMBERT d'avoir accepté de présider ce jury et pour son engagement dans la formation des internes de médecine générale. Ces trois années d'internat ont été très formatrices.

**Merci**, au Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN d'avoir accepté de siéger dans mon jury et ainsi d'apporter son regard avisé de spécialiste sur ce sujet.

**Merci**, au Docteur Muriel MONTAGUT, pour ces conseils sur ce travail de thèse et pour les échanges pertinents que nous avons pu avoir sur le sujet.

Enfin un **grand merci** à mes deux directeurs de thèse, pour leur gentillesse, leur humanité et leur aide.

Le Docteur Béatrice LOGNOS, pour son éclairage tout au long de ce travail. Merci également d'avoir été actrice de ma formation en tant qu'universitaire mais également en tant que maître de stage de SASPAS. Ce fut un stage très formateur qui m'a bien préparée à ma pratique future.

Le Docteur Cyril JAUME, d'avoir accepté de m'épauler pendant cet exercice long et difficile, d'avoir été d'une réactivité à toute épreuve pour répondre à mes questions et mes inquiétudes. Merci également de m'avoir ouvert les portes de Médecin du Monde, où j'ai découvert une pratique de la médecine différente et passionnante.

Puis, un **très grand merci** à ma famille...

**Merci à mes parents**, qui ont toujours été présents et soutenant. Vous m'avez porté et supporté pendant toutes ces années, certaines plus stressantes que d'autres... Merci à toi maman qui a su t'adapter à mes emplois du temps de révision et à toi papa pour ne pas courir trop vite quand on y va tous les deux. J'espère que vous serez aussi fière de moi que je le suis de vous !

Merci à mes **quatre grands frères** qui ont fait mentir toutes les rumeurs sur la difficulté d'être la seule fille dans une famille. On aura bien rigolé !

**Ronan**, merci pour ton humour à toute épreuve et de m'avoir remis sur le droit chemin de la musique ! **Amandine**, merci de ton aide pour ce travail et de supporter l'homme sans sucre au quotidien, on t'admire tous pour ça ! Merci à vous 2 de m'avoir offert le droit d'être la marraine de la plus mignonne des petites filles.

**Fabien**, merci pour ta capacité à relancer la conversation à toute heure du jour et de la nuit et tes petites pignonnades toujours aussi mythiques ! **Aurore**, merci pour ton œil avisé à toutes les corrections que je t'ai demandé au cours de ces années, ton aide pour mon déguisement du WEI restera également gravé dans ma mémoire !

**Julien**, merci pour ton soutien téléphonique depuis Reims puis Paris pendant mes études et pour avoir fait découvrir à ta petite sœur l'art de la fête à Paname ! **Marianne**, merci pour tes conseils littéraires qui sont toujours de belles découvertes et ton soutien lors de ma première représentation au théâtre !

**Erwan**, merci pour toutes ces conversations à refaire le monde, merci pour tes conseils avisés sur la vie, tes nombreux « allez Marie » et de me remonter le moral dès que cela se fait nécessaire ! **Sophie**, merci pour ta bonne humeur toujours présente et ton relativisme que je trouve très apaisant.

Un merci également à **mes six neveux et nièces** qui sont toujours très inventifs et me font beaucoup rire. Merci **Abdel** qui est peut-être inconsciemment à l'origine de ce travail.

Merci à tous les oncles, tantes, cousins, cousines qui sont toujours prêt à recevoir, aider, soutenir. Je ne suis pas forcément là à tous les évènements mais c'est toujours un plaisir de tous vous retrouver.

Merci à mon parrain, **Yves**, et à ma marraine, **Odile** de m'avoir suivi et soutenu depuis mon baptême. Et merci aussi à **tante Cathou** que je sais pas loin derrière !

Merci à Martine et Doud pour les synonymes et parce que j'avais dit que je le ferai !

Enfin un grand merci à **mon Valerian**, qui me fait rire, m'encourage et me rend heureuse. Tu es effectivement le plus important ! Tu es parfait pour moi et j'espère continuer avec toi aussi longtemps que possible ! Je t'aime !

Enfin viennent les amis, toujours présents malgré les années, les confinements et l'éloignement !

Merci **au TriFF** ! Merci à mon coach de P1, **Ju**, et à ma voisine de physique chimie, **Flore**, d'avoir permis à cette amitié incroyable de durer aussi longtemps ! Merci d'être toujours aussi partante pour être à la table des enfants et pour l'humour de répétition. Merci pour les soirées, les vacances, les voyages sans prise de tête ni planning !

Merci **CamilleEUH**, pour ton aide et ton investissement pour cette thèse, merci pour ce voyage basque et son organisation légendaire, j'espère que tu continueras à être aussi bon public à mon humour parfois douteux !

Merci à ceux qui contrairement à ce qu'ils pensent ont « un nom qui claque », ma bouffée d'oxygène pendant ces années de médecine, merci de m'avoir ouvert l'esprit à d'autres débats, à d'autres sujets ! **Grégoire**, merci pour ton invitation à Auray en terminale qui a été le commencement d'une belle amitié, toujours imprévisible et pourtant souvent présent, tu as été un

vrai soutien pendant toutes ces années ; **Marin**, c'est un plaisir pour moi d'avoir trouvé mon soutien roux dans ce groupe même si tu refuses de l'accepter, ce fut un plaisir de te retrouver après ces quelques années, tu es quelqu'un de vraiment chouette, n'en doute pas ; **Willy** les moments partagés entre le delirium et le Marlow mais aussi autour d'un bon Transforming Mars ont été un réel soutien pendant mon externat et toujours actuellement même s'ils se font plus rares ; **Lucie**, ma compagne d'Italie, une amie sur qui on peut compter. Je suis admirative de l'engagement que vous avez pris, toi et Willy, avec le petit Léo (si si Léo c'est un beau prénom). **Lucille**, pétillante, continuellement à l'écoute, merci pour tes conseils toujours apaisants, **Aubin**, merci pour tes encouragements sportifs et les débats sur le monde et les bourgeois qui me permettent d'ouvrir mon esprit à d'autres visions ; **Jonas** merci pour tes vidéos toujours plus imprévisibles les unes que les autres !

Merci à mes Soleils nantais qui m'ont soutenue pendant l'externat et avec qui je partage des moments toujours très précieux ! **Maeva**, toi qui dit toutes ces questions qui te passent par la tête, merci pour la confiance que tu m'as accordée notamment pour ton mariage et pour tous ces voyages partagés ; **Manu** je t'ai connu comme copain de Maeva, je suis fière de pouvoir maintenant te compter dans mes amis ; **Claire** du début à la fin on ne se sera pas lâchées et on aura su « s'adapter, improviser et dominer », merci d'être là dans les bons et les moments plus difficiles. Merci **Pierre** de tout faire pour garder du lien, tes appels et tes venues sont toujours un plaisir, **Quentin**, qui malgré le sandwich ratatouille a accepté de rester mon ami, discret mais plein d'humour, on t'aime avec et même sans médaille ! **Fanny** ton rire communicateur a été salvateur pendant les moments parfois moins marrant que peuvent compter nos études, **Paul** (Comment t'oublier ?! ;)) merci pour ta répartie inégalée et tes phrases imagées qui me font toujours autant rire, **Agathe** qui est là depuis le début et même avant, merci pour ton calme mais également tes petits coups de gueules. Je suis super contente pour **Val** et toi, avec le petit Louis vous formez une belle famille. Merci **Collias** pour toutes ces soirées inoubliables...je reste

persuadée que j'aurais pu gagner à ce challenge de D1 ! **Lucas** pour ton pragmatisme légendaire mais néanmoins utile à l'équilibre de ce groupe !

Merci aux L&L (**Myriam, Eline et Clem**) : il y a des amitiés qu'on n'oublie pas et qui restent toujours importantes malgré l'éloignement !

Merci aux Géria : **Marion** et **Floflo** pour m'avoir intégrée un peu dans votre vie, c'est toujours un plaisir de passer des soirées avec vous sans prise de tête, que du rire, les histoires de Floflo et la playlist de Marion, **Elo et Adri** merci pour les bons plans randos, escalades et...bars, **Sylvie** merci pour ton rire si communicatif et ta façon de me redonner le sourire rien qu'en chantant Vianney !

Merci aux copains de Perpi : **Carine** réunies par Jean Jacques, consolidée par Céline, les soirées colocs et les discussions jusqu'à pas d'heure (parce qu'on dormira quand on sera mort), merci pour ton soutien pendant cet internat et encore aujourd'hui, ces dernières années n'auraient pas été les mêmes sans toi ; **Séverin**, ta folie, ton extravagance et ton déhanché on A-DO-RE ! Merci pour ta patience devant mes demandes d'avis et pour ta façon de vivre à fond qui fait du bien à tout le monde ; **Valentine Vw**, le hasard qui t'a mis dans la colocation des Simpsons a bien fait les choses, tu as été une belle découverte et j'apprécie énormément les moments qu'on passe ensemble, et surtout merci de venir quelques fois contre balancer les deux fous furieux du karaoké et de proposer une autre activité ! **Marielle**, merci pour ta bonne humeur que tu sais si bien transmettre et ton accueil toujours hyper chaleureux, **Jeannou**, coloc puis co-interne, bien que notre rencontre ne t'ai pas vraiment enchantée, il faut croire qu'on s'est quand même bien entendus ! Merci de m'avoir aidée à décrocher le maillot jaune ! **Marie**, pour qui je ne m'excuserai jamais assez d'avoir confondu le contenu de cette bouteille ; **Duch**, un humour inarrêtable ; **Constance**, la perpignanaise la plus accueillante que je connaisse ; **Valentine F**, qui m'a permis une dernière soirée au rockstore et **Dech** un coloc exemplaire et enfin **Ophélie** ma compagne de footing et les autres (Nicolas, Joanna, Mickael, Kevin, Tibère, Isabel, Pierre G,

Eddine, Marie B, Mathilde Z, Baptiste ) pour les bons moments passés pendant ce premier semestre et même après...

Merci aux Bitterois (Carole, Caroline, Hélène, Solène, Momo, Benoit, Dimitri, Line, Mathieu, Antoine) pour les améliorés sur les toits et les vins c'est le 20 mémorable, et tout particulièrement à **Marion** et **Bast** pour cette amitié si précieuse et qui se poursuit malgré nos emplois du temps bien remplis.

Merci à **Angèle** et **Bertrand** pour leur tataki de thon incroyable et les parties de jeux de sociétés.

Merci aux deux colocs moldus, qui ont pris le risque de vivre avec des médecins, **Kévin** et **Marouane**, ce fut vraiment notre jour de chance de vous trouver, les soirées entre colocs qu'on a pu passer à l'appart à refaire le monde et nos vies resteront un souvenir indélébile. On aura bien rigolé !

Merci à **Petito**, le compagnon de voyage idéal.

Merci **aux services de pédiatrie du Dr Jeziorski** ainsi qu'à **Sita, Maxime** et **Charline** pour votre accueil et votre aide précieuse. Ce stage a été très formateur et explique probablement mon petit penchant pour la pédiatrie.

Merci **au service Diagora**, merci à l'équipe paramédicale et à **Amadou, Patricia** et **Martin** pour ce semestre incroyable. Merci pour la formation clinique qui reste essentielle dans ma pratique aujourd'hui mais aussi pour la progression fulgurante au baby-foot.

Merci au **Dr Busseuil** pour l'apprentissage à la pratique de la médecine en libérale et pour la confiance qu'il m'accorde.

Et merci à tous les autres que j'ai pu rencontrer pendant ces années et qui m'ont permis d'arriver là aujourd'hui ! Et enfin **un grand merci aux médecins généralistes** qui ont accepté de participer à cette étude.

# Sommaire

Remerciements.....	7
Sigles et Abréviations.....	28
INTRODUCTION.....	29
I) ÉTATS DES LIEUX DE L'IMMIGRATION.....	31
A. Situation internationale.....	31
B. Situation française.....	32
II) SITUATION SOCIALE DES MIGRANTS.....	34
A. Précarité.....	34
B. Accès aux soins.....	37
III) ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE DES MIGRANTS.....	41
A. Généralités.....	41
B. L'exil.....	42
C. Troubles psychologiques présentés.....	43
IV) PROBLÉMATIQUE.....	45
A. La psychologie en médecine générale.....	45
B. Question de recherche.....	45
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	47
I) Choix de l'analyse qualitative.....	47
II) Population étudiée.....	47
III) Guide d'entretien.....	48
IV) Modalité de recueil.....	48
V) Consentement.....	49
VI) Analyse des données.....	49
A. Retranscription.....	49
B. Analyse du verbatim.....	50
RÉSULTATS.....	52
I) Profils des participants.....	52
II) L'analyse thématique et conceptualisante.....	52
A. Cultures différentes : représentations différentes.....	54
B. Difficultés rencontrées dans l'organisation de la prise en charge.....	61
C. Relation médecin-patient.....	65
D. Pathologies rencontrées.....	70
E. Politiques de santé et réseaux de santé disponibles.....	74

Encadré 17 Un système violent .....	76
III) Théorisation ancrée .....	79
A. Attente du médecin dans sa prise en charge .....	79
B. Le patient migrant selon le point de vue du médecin .....	79
DISCUSSION .....	82
I) Forces et limites .....	82
II) Barrières dans la compréhension et la communication .....	83
A. L'interprétariat .....	84
B. La culture .....	86
C. Différentes approches transculturelles .....	87
III) Nombreux freins à une prise en charge en libérale .....	89
A. Une organisation libérale non adaptée .....	89
B. Des lacunes dans la formation .....	91
IV) Relation médecin-patient difficile à construire .....	92
A. Une relation de confiance .....	92
B. L'aller vers .....	94
C. La différence de genres .....	95
V) Le psycho-traumatisme complexe .....	96
A. Difficulté comparable à la population générale .....	96
B. Spécificités de la population migrante .....	98
VI) Un système socio juridique non facilitant .....	99
A. Un problème de précarisation sociale .....	99
B. Des réponses politiques inadaptées .....	100
VII) Une inadéquation difficile à combler .....	101
CONCLUSION .....	104
Bibliographie .....	106
Annexe 1 : Mot d'introduction et guide d'entretien .....	112
Annexe 2 : Fiche de consentement .....	114
Annexe 3 : Exemple d'analyse de texte sur échantillon d'entretien .....	115
Annexe 4: La pyramide de Maslow .....	117
Serment d'Hippocrate .....	118

## **Sigles et Abréviations**

ACS : Assurance Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculose

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité de Santé pour l'Exil

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DSUV : Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux

LHSS : Lits Halte Soins Santé

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONU : Organisation des Nations Unies

OIM : Organisation Internationales pour les migrations

PASS : Permanence d'Activité aux Soins

PUMA : Protection Universelle Maladie

TSPT : Troubles de Stress Post-Traumatique

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

## **INTRODUCTION**

La migration concerne actuellement près d'un quart de milliard de personnes dans le monde. L'immigration n'est pas un phénomène récent mais il tend à s'accélérer depuis quelques années suite aux déplacements de nombreuses populations en quête de sécurité, principalement après des conflits et des catastrophes naturelles (1). L'observation de ces populations exilées montre que le profil socio-économique est souvent marqué par une précarité qui entraîne une difficulté d'accès aux soins ainsi qu'une vulnérabilité importante de ces personnes. Cette vulnérabilité s'exprime tant au niveau juridique, socio-professionnelle que psychologique (2). En effet, dans son rapport de 2019, le comité pour la santé des exilés (COMEDE), rapporte qu'entre 2008 et 2017, la prévalence des troubles psychologiques chez les exilés était de 18%, ce qui place cette pathologie au premier rang des maladies dont souffre cette population. Les tableaux cliniques les plus représentés sont les troubles de stress post-traumatiques et les syndromes dépressifs caractérisés avec respectivement un taux d'environ 64% et 22% parmi les patients demandeurs d'asile, réfugiés ou en situation irrégulière consultant pour des troubles psychologiques (3).

Ces troubles psychologiques sont susceptibles d'être pris en charge par le médecin généraliste qui est confronté à ce type de population et qui constitue souvent le premier recours au soin. Bien que pouvant toucher n'importe quel individu, les troubles psychologiques chez les migrants précaires présentent plusieurs spécificités. En effet, les personnes en situation de migration contrainte ont été largement exposées à des phénomènes de violence et confrontées à des événements traumatisants que ce soit dans leur pays d'origine ou durant leur voyage. La séparation brutale avec leurs proches les place dans un isolement relationnel important (38% déclarent n'avoir personne sur qui compter (4)). La précarité sociale, judiciaire et financière dans laquelle ils se trouvent à leur arrivée accentue les troubles déjà présents ou les démasque (4).

Plusieurs études montrent que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des migrants du fait notamment de la barrière de la langue et de la barrière culturelle (5). Qu'en est-il plus précisément pour les troubles psychologiques ? Quelles difficultés apparaissent dans la prise en charge de ces troubles et en quoi sont-elles spécifiques ?

En novembre 2018, à Montpellier, un collectif de plusieurs associations a permis l'ouverture du Centre Frantz Fanon. L'objectif de ce centre est de renforcer l'accès aux soins psychiques pour les personnes en situation d'exil résidant en région Occitanie (6). Le centre a été rapidement saturé, prouvant une nouvelle fois que les demandes dans ce domaine sont nombreuses. Devant ces difficultés d'accès aux soins, nous nous sommes intéressés aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour la prise en charge des troubles psychologiques chez les migrants. Au travers d'une étude qualitative, nous avons interrogé les médecins généralistes situés dans l'Hérault et le Gard. Ce travail en montre les résultats.

## I) ÉTATS DES LIEUX DE L'IMMIGRATION

### A. Situation internationale

A ce jour, il n'y a jamais eu autant de personnes vivant dans un autre pays que celui dans lequel elles sont nées. En effet, en 2019, l'Organisation des Nations Unies (ONU) recense 272 millions de personnes migrantes dans le monde parmi lesquelles on compte 48% de femmes et 38 millions d'enfants(7). Parmi ces personnes quittant leur pays, certaines le font par choix (pour étudier ou travailler, rechercher de nouvelles perspectives économiques, rejoindre leur famille) et d'autres par obligation (pour fuir des conflits, des persécutions, ou suite à la destruction de leur logement après une catastrophe naturelle). En 2018, deux milliards de personnes vivaient dans des pays touchés par des troubles civils, des violences ou des guerres (8).

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) définit comme **migrant** toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale, quel que soit le statut juridique de cette personne (9). Cette définition englobe tous les types de migrations, qu'elles soient régulières ou irrégulières, volontaires ou forcées. En juin 2019, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), comptait 70,8 millions de personnes déracinées à travers le monde. Ce chiffre comprend les déplacements internes de populations (41,3 millions) c'est-à-dire les personnes qui fuient leurs lieux d'habitations et se réinstallent au sein du même pays. Il regroupe également les réfugiés (25,9 millions) et les demandeurs d'asile (3,5 millions) (10).

Le terme de **réfugié** a été défini par la convention de 1951, appelée également convention de Genève. Est réfugiée toute personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou

dans lequel elle avait sa résidence habituelle (en l'absence de nationalité) et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays par crainte, avec raison, d'être persécuté du fait :

- 1) De sa race
- 2) De sa religion
- 3) De sa nationalité
- 4) De son appartenance à un groupe social
- 5) De ses opinions politiques (11)

Le terme de **demandeur d'asile** est défini par l'OIM comme une personne sollicitant la protection internationale et dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel.

Il est important de noter que tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile (9).

Ainsi les migrants sont un groupe de personnes très hétéroclite qui se différencient par le pays de provenance, le pays d'accueil, les raisons de cette migration et leur statut juridique et social dans le pays d'accueil. Dans mon travail, je désigne comme « migrant » une personne née étrangère à l'étranger, vivant en France, réfugiée, demandeuse d'asile ou en situation irrégulière.

## **B. Situation française**

En 2018, 4,8 millions d'étrangers et 6,5 millions d'immigrés vivent en France soit respectivement 7,1% et 9,7% de la population totale (12). La France se situe seulement au 20<sup>ème</sup> rang européen sur 28 pour le nombre d'immigrants entrés sur son territoire rapporté à sa population, selon les données publiées par Eurostat (3).

La provenance des immigrés a changé au cours des dernières années. Alors qu'il y a quarante ans les immigrés d'Europe du Sud (Espagne, Portugal) étaient majoritaires, de nouveaux flux migratoires sont apparus et ce sont maintenant les immigrés d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Tunisie) qui sont les plus représentés (46,1% de la population immigrée). La part des immigrés originaires des autres pays d'Europe est quant à elle restée stable depuis les années 1980 (11).

Le profil des populations immigrées a également été modifié. En 2018, les femmes représentent 52% de la population immigrés contre 44% en 1975. Cette féminisation est particulièrement visible dans les populations africaines (49% en 2018 contre 29% en 1975) (11). De plus, le niveau de diplôme a fortement augmenté, la part des migrants peu ou pas diplômés est passée de 88% à 42% en 40 ans (11).

Fin 2017, la France compte 210 000 réfugiés (13) et les demandes d'asile sont en constante augmentation depuis 2014. En 2018, les demandes d'asile ont augmenté de 23% (124 000 demandes dans l'année) par rapport à 2017, et l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) a attribué l'asile à 33 000 personnes (14). Le nombre d'étrangers en situation irrégulière est quant à lui difficile à estimer pour des raisons évidentes. Les démographes, s'appuyant sur les délivrances de l'Aide Médicale d'Etat (AME), estiment que la part d'étrangers en situation irrégulière représente environ 10% des étrangers vivant en France soit 400 000 personnes (15).

La demande d'asile est un processus long et compliqué. Il faut bien noter que pour des personnes étrangères qui ne connaissent pas le fonctionnement du pays ni la langue, ces démarches sont longues et fastidieuses. Elles impliquent de savoir lire et écrire, d'avoir une adresse fixe pour recevoir les convocations, de pouvoir se déplacer en région parisienne. Ainsi elles sont sources d'angoisse car de cette demande dépend l'avenir de ces personnes (16).

## II) SITUATION SOCIALE DES MIGRANTS

L'interdépendance entre le sanitaire et le social n'est plus à prouver. C'est pourquoi il m'apparaît important d'insister sur la notion de précarité. Puis, nous rappellerons les droits concernant l'accès aux soins de ces personnes qui ont été récemment modifiés avec la réforme de la sécurité sociale en 2019.

### A. Précarité

Selon le dictionnaire *Le Petit Robert* : est **précaire** ce dont l'avenir, la durée n'est pas assurée, qui est fragile et incertain.

En 1987, Joseph Wresinski définit **la précarité** comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives (17).

Ces définitions apportent deux informations importantes. La première est la notion d'instabilité dans le temps et dans l'espace faisant de la précarité un état non permanent de la personne. Ce n'est pas une caractéristique figée. Pour le médecin, cela peut permettre d'adapter sa prise en charge envers son patient : ce n'est pas un patient précaire qu'il soutient mais un patient en situation de précarité qu'il peut orienter et aider. Dans le contexte de la migration cette notion prend tout son sens : certaines personnes qui avaient une bonne situation dans leur pays d'origine se retrouvent complètement démunies lors de leur arrivée en France, ce qui amplifie leur anxiété face à l'inconnu.

La seconde notion est l'aspect multidimensionnel. La précarité peut « affecter plusieurs domaines de l'existence » selon Wresinski (17). De nombreux migrants vivent actuellement sur

le territoire français dans des conditions particulièrement difficiles : absence de statut administratif, absence de travail, absence de logement, absence de revenus, isolement relationnel (18). En consultation, il est nécessaire de repérer et d'évaluer les différents domaines d'insécurité afin de pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité.

### 1) Précarité de logement

Le principal facteur à repérer chez les personnes en situation de précarité serait le logement. En effet une adresse fixe favorise la demande d'asile comme on a pu le voir mais également la création d'un lien social. Elle permet la continuité des soins et le maintien d'un état de santé. Elle facilite la recherche d'emploi (18).

Les dispositifs d'hébergement de réinsertion sociale, d'urgence ou bien encore d'accueil des demandeurs d'asile sont insuffisants malgré l'augmentation du nombre de places en 2018 (19). Cette difficulté à accéder aux logements sociaux ou d'urgence entraîne la création de squats ou de bidonvilles. Ces logements sont souvent insalubres et surpeuplés.

### 2) Précarité financière

En France, le seuil de pauvreté relatif est estimé à 1 041 euros, qui correspond à 60% du revenu médian français (20). Le revenu des migrants est en moyenne inférieur de 32% par rapport à la population générale (21).

Les difficultés financières sont la première raison évoquée pour expliquer le renoncement aux soins (18). Il peut être délicat d'évaluer directement cette précarité en consultation mais les autres précarités en sont souvent le reflet.

### 3) Précarité d'emploi

En 2018, le taux de chômage des étrangers non originaires d'un pays de l'Union Européenne (UE) est 2.6 fois supérieur à celui des personnes de nationalité française (12).

Cette précarité d'emploi entraîne une précarité financière évidente mais se répercute également sur l'accès au logement, les liens sociaux et la reconnaissance sociale amoindrie entraînant la mésestime de soi et l'absence de rythme de vie (16).

#### 4) Précarité administrative

La vie en France des personnes en exil est rythmée par les recours administratifs et juridiques afin d'obtenir le statut de demandeur d'asile ou de réfugié. Les attentes, entretiens et convocations sont sources d'anxiété. L'absence de la reconnaissance du statut de victime parfois est vécue comme un échec.

#### 5) Précarité relationnelle

Dans son rapport d'activité de 2017, le COMEDE relève que 19% des exilés consultant dans leur centre de santé n'ont pas de proche « avec qui partager leurs émotions » (3). En effet, ils ont été le plus souvent séparés de leur famille et de leurs proches, parfois brutalement. De plus l'obstacle linguistique les place dans un isolement relationnel dont il est compliqué de sortir. Les phénomènes de discrimination n'améliorent pas ces conditions sociales.

Pourtant le réseau relationnel tempère l'anxiété face à la réaction de stress et améliore l'estime de soi (18). Ainsi, rétablir ce lien social apparaît indispensable afin d'améliorer cette santé mentale. En cela, les groupes de paroles peuvent être d'une grande aide, permettant le développement d'un sentiment d'appartenance et d'ancrage (22).

#### 6) Précarité alimentaire

L'insécurité alimentaire est une problématique fréquente, elle concerne jusqu'à trois quarts des patients consultant dans les centres d'accueil de soins et d'orientations de Médecins du monde (CASO). Les carences nutritionnelles ne sont pas rares, du fait de leur parcours mais aussi des privations alimentaires en France (23). De cette insécurité alimentaire et ces carences nutritionnelles découle également une détérioration de l'état de santé.

Tous ces domaines se retrouvent dans les déterminants de santé. Ainsi, une situation de précarité globale ou centrée sur un de ces domaines aura un retentissement sur la santé de l'individu. Pour faciliter l'évaluation de cette précarité, en 1988, a été mis en place le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé). C'est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. L'intérêt principal de ce score est d'appréhender des populations qui échappent aux indicateurs administratifs de précarité mais qui présentent les mêmes risques en matière de santé (24). Il peut être une aide au dépistage pour les médecins généralistes. Le Comède quant à lui, utilise une combinaison de huit critères de vulnérabilité sociale : alimentation, langue, hébergement précaire, isolement relationnel, difficulté de déplacement, protection maladie, absence de droit au séjour et ressources financières. Les personnes présentant 5 critères ou plus sont considérées en détresse sociale.

## **B. Accès aux soins**

Plusieurs dispositifs en France sont mis en place afin de permettre une couverture des besoins de santé des personnes en situation régulière, demandeurs d'asile et réfugiés, ou irrégulière.

### 1) Protection Universelle Maladie (PUMA)

Depuis 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) assure toute personne, travailleur ou non, qui possède la nationalité française ou un titre de séjour en règle, qui réside en France depuis au moins trois mois avant l'ouverture des droits et au moins six mois par ans. Elle prend en charge de manière continue et tout au long de la vie, une partie des frais de santé à titre personnel (25).

Elle s'affranchit donc des différents statuts professionnels ou familiaux dont dépendaient les régimes de prise en charge antérieurs. Elle souhaite faciliter ainsi les démarches administratives. Elle supprime le statut d'ayant droit permettant un remboursement personnalisé et garantissant d'avantage d'autonomie et de confidentialité. La PUMA prend également en charge les personnes qui dépendaient de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Cependant, hormis les personnes souffrant d'affection longue durée (ALD) prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie, la PUMA ne prend en charge en moyenne que 65% des frais médicaux. Une complémentaire santé, appelée mutuelle, est nécessaire en parallèle.

## 2) Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CSS remplace et regroupe les anciennes Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et Assurance Complémentaire Santé (ACS). L'adhésion à la CSS est soumise à un plafond de ressource. Cette complémentaire est gratuite pour les ex-bénéficiaires de la CMU et payante pour les ex-bénéficiaires de l'ACS (montant inférieur à un euro par jour et par personne). Elle bénéficie à l'ensemble du foyer, c'est-à-dire au titulaire, son conjoint et l'ensemble des individus de moins de 25 ans à charge (26)

La CSS ouvre droit à une prise en charge avec dispense d'avance des frais. Toute personne qui bénéficie de la PUMA et des ressources compatibles peut prétendre à la CSS.

## 3) Aide Médicale d'Etat (AME)

L'AME permet à toute personne étrangère en situation irrégulière et qui réside en France depuis plus de 3 mois de bénéficier d'une prise en charge à 100% des dépenses de santé sans avance des frais. L'adhésion dépend de 3 critères :

- Être en situation irrégulière au regard de la législation.
- Être en France depuis plus de 3 mois et y résider au moins 6 mois par an.

- Disposer de ressources ne dépassant pas un certain plafond (identique à celui de la CMU) (27).

Le délai de 3 mois n'est pas un critère retenu pour les enfants. L'AME bénéficie à l'ayant droit mais aussi aux personnes à charge (conjoint, enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans s'ils poursuivent leurs études) habitant en France.

Une admission prioritaire est possible, sur certificat médical, si la personne souffre d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale rapide sous peine d'aggravation (28).

#### 4) AME à titre humanitaire

Les personnes de passage, sans aucune intention de rester en France, peuvent éventuellement bénéficier, à titre exceptionnel, si leur état de santé le justifie, de l'AME à titre humanitaire. Cette décision ne relève pas de l'Assurance Maladie mais appartient au ministre chargé de l'action sociale. Il ne s'agit pas d'un droit mais d'une possibilité, très peu de dossiers sont instruits chaque année (27).

#### 5) Dispositifs pour les Soins Urgents et Vitaux (DSUV)

Les patients en situation irrégulière, ne bénéficiant pas de l'AME, peuvent néanmoins recevoir des soins s'ils sont jugés urgents et vitaux. Elle s'adresse donc aux personnes résidant en France depuis moins de 3 mois (par définition les touristes en sont exclus), mais également aux patients qui n'ont pas l'AME, soit parce qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'avoir soit, parce qu'ils n'en ont pas fait la demande.

La circulaire définit « les soins urgents et vitaux » comme les soins nécessaires pour garantir le pronostic vital, empêcher une altération grave et durable de l'état de santé ou éviter la propagation d'une maladie infectieuse. Ce dispositif couvre également les mineurs, les femmes enceintes et permet la réalisation d'une interruption médicale et volontaire de grossesse (29).

#### 6) Structure recevant les personnes sans droits ouverts :

L'ouverture des droits permet au patient d'accéder au parcours de santé classique : médecin traitant, spécialiste si nécessaire, examens complémentaires, hospitalisations...

Il existe néanmoins plusieurs structures qui permettent aux populations qui n'ont pas encore de droits ouverts de recevoir des soins. Parmi celles-ci, on retrouve les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Cette structure est un dispositif mis en place à l'échelle régionale et dont l'organisation diffère selon les régions. A Montpellier, les PASS permettent de prendre en charge, sur le plan médical, des migrants sans PUMA, ni AME. Elles leur permettent d'accéder aux examens complémentaires sans frais.

#### 7) Situation de l'accès aux droits pour les patients migrants

En droit, toute personne démunie et résidant en France a le droit à une protection maladie intégrale. Comme on vient de le voir, ce dispositif exclut les personnes de passage en France, les personnes vivant en France depuis moins de 3 mois (sauf si elles entrent dans les catégories couvertes sans délai) et les étrangers en situation irrégulière mais dont les ressources dépassent le plafond de l'AME. De plus, les détenteurs d'un visa touristique ne sont pas pris en charge avant les 3 mois suivant l'expiration de celui-ci.

Dans la pratique, cet accès est limité du fait notamment de la barrière linguistique et du recours encore trop rare à l'interprétariat professionnel par ces structures. Le processus de traitement de la demande peut être long ou les justificatifs demandés inaccessibles rendant cette ouverture de droits difficile (30).

La lourdeur des démarches administratives et la longueur des procédures de régularisation sont des facteurs de risques de souffrance psychique.

### **III) ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE DES MIGRANTS**

#### **A. Généralités**

Il est difficile de dresser un portrait unique de l'état de santé des migrants tant c'est un groupe hétérogène, d'autant plus qu'auparavant, il existait une réticence à distinguer les individus selon leur différence ethnique dans les études (21). C'est pourquoi avant 2000, les études sur l'état de santé des migrants étaient rares (15). Les différences d'origines ont été intégrées très récemment aux déterminants de santé en recherche.

L'état somatique des migrants s'est dégradé au cours des trente dernières années. Le parcours migratoire étant difficile, les migrants correspondaient aux personnes dont les moyens et la condition physique leur permettaient ce voyage. Mais l'effet sélectif de la migration a été rapidement contrebalancé par les conditions de vie dans le pays d'accueil et la diminution de l'accès aux soins (23).

Il n'existe pas à proprement parler de « médecine des migrants ». La démarche diagnostique n'est pas différente de celles appliquée aux autres patients. Il convient cependant, lors de l'interrogatoire, de recueillir des données épidémiologiques qui pourront nous orienter vers un diagnostic : le pays d'origine, les pays traversés lors du voyage, la date d'arrivée en France, le statut vaccinal et les conditions de vie en France.

Il est important de noter que, contrairement au discours récurrent, la migration pour raison de santé ne représente que 3% des motifs de migrations en France (23).

## **B. L'exil**

L'exil est vécu pour les personnes comme un traumatisme.

Les réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière ont, pour la majorité, subi des violences : des violences endurées dans le pays d'origine, qui les ont poussés à partir à la suite de persécutions, de conflits armés, de mutilations... Celles subies durant le parcours, certains sont retenus en centre de rétention où les droits des migrants à la nourriture et à la santé ne sont pas respectés (31). Puis, il y a la violence à l'arrivée dans le pays d'accueil à laquelle ils sont plus exposés du fait de leurs conditions de vie précaires. Les femmes doivent notamment faire face au trafic d'être-humain et aux violences sexuelles (32). Ainsi, lors d'une première consultation au Comède, 62% des patients déclaraient avoir des antécédents de violence. Parmi ces patients, 14% rapportaient des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle.

A cela s'ajoute également le « deuil culturel ». Les migrants quittent, de façon contrainte, leur pays, leur culture, leurs repères, leurs proches pour le pays d'accueil. Ces multiples séparations s'apparentent à un phénomène de deuil (33). Le patient présente donc des sentiments contradictoires à l'arrivée dans le pays : il se sent coupable d'avoir abandonné sa patrie et sa famille mais soulagé d'avoir trouvé un pays d'accueil. Cette ambivalence rend l'intégration dans ce nouveau pays compliquée. Ils peuvent également être victimes de discriminations régulières, y compris dans le milieu médical (21).

Les troubles psychologiques des migrants se présentent donc dans ce contexte d'exil marqué par des ruptures et des deuils multiples (34)

### C. Troubles psychologiques présentés

Les données sur les troubles psychologiques chez les personnes migrantes sont très hétérogènes et dépendent des caractéristiques de l'individu. Néanmoins de nombreuses études s'accordent à dire que la prévalence des troubles psychologiques est élevée (de 18 à 35%), se situant ainsi devant les pathologies somatiques diagnostiquées chez les migrants (35)(3).

L'un des principaux motifs de consultation est la prise en charge d'un psycho-traumatisme. Ces psycho-traumatismes sont à l'origine d'apparition de troubles de stress post-traumatique (TSPT) (22).

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux V (DSM V), le TSPT se définit, suite à l'exposition directe ou indirecte d'un événement traumatisant, par la présence pendant plus d'un mois d'un carré de syndrome :

1. un **syndrome de répétition** qui s'exprime par des reviviscences sensorielles ou émotionnelles sous forme de souvenirs récurrents, cauchemars, flash-back. Le sujet revit alors l'expérience traumatisante de façon répétitive et envahissante ;

2. un **syndrome d'évitement** qui pousse le patient à se tenir à l'écart de situations qui pourraient lui rappeler les événements traumatisants ;

3. des **altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur** : les distorsions cognitives, concernant le sujet mais également autrui, sont présentes sous forme d'amnésie, de dissociations, d'idées déformées de blâme, de culpabilité ou de honte persistante,

4. **une hyperactivation neurovégétative**, qui se manifeste par des troubles du sommeil, une irritabilité, des réactions de sursaut exagéré ou un comportement destructeur du patient. Cette symptomatologie s'accompagne fréquemment de trouble de la concentration ou de l'attention chez le patient.

Cette souffrance entraîne une altération du fonctionnement social ou professionnel de l'individu (36).

On parle également **d'état de stress post-traumatique complexe ou traumatisme complexe** dans des situations de traumatismes répétés ou prolongés. Ces états sont définis par la Classification Internationale des Maladies 11 (CIM-11) sous le terme de Troubles Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). Cliniquement, on retrouve alors une polymorphie symptomatologique avec une dysrégulation des affects et des pulsions, un sentiment négatif de soi et des difficultés dans les relations interpersonnelles (37).

Les psycho-traumatismes se compliquent également de syndrome dépressif caractérisé (SDC). En effet, les TSPT et les SDC sont étroitement liés. Ils présentent des symptômes en commun. Un antécédent de dépression majeure le risque d'apparition d'un TSPT et l'existence d'un TSPT majeure le risque de développer une dépression secondaire dite post-traumatique (38). Dans ce contexte s'ajoutent souvent des troubles anxieux, des troubles du sommeil et de la concentration (39).

Selon les études, les taux de prévalence au sein des réfugiés de ces deux syndromes majeurs, TSPT et SDC, sont très variables, allant respectivement de 11% à 88% et de 22 à 61.7% (3) (34) (40) (41) (42) (43) (44) (45).

Ces taux différents s'expliquent par des critères diagnostiques variables selon les études. Il est également important de noter que les études d'échantillons plus restreints retrouvent des taux plus élevés de prévalences, révélant probablement des biais de recrutements (37) (45). Cependant les méta-analyses avec revues de la littérature, de niveau de preuves plus élevées, retrouvent des taux de prévalences similaires entre elles (aux alentours de 35%) (43) (42). Une méta-analyse réalisée par l'ONU en 2016, portant sur les troubles psychologiques chez les personnes migrantes, mettait en évidence des taux de prévalence des troubles psychotiques, des

troubles de l'humeur et des addictions similaires à la population générale. Seuls les TSPT étaient plus représentés, comparés à la population générale (46).

#### **IV) PROBLÉMATIQUE**

##### **A. La psychologie en médecine générale**

Le médecin généraliste en tant que médecin traitant est le premier recours au soin pour toutes les catégories sociales et toutes les tranches d'âges. Il représente la majorité de l'offre médicale en ambulatoire. De plus, il constitue aux yeux des patients un cadre de soins personnalisé, stable, accessible et disponible (47).

L'importance des troubles mentaux en médecine générale est une donnée connue depuis longtemps. Les troubles mentaux représentent le deuxième motif de consultation. Ainsi le médecin généraliste est au cœur de la problématique (48). Cependant il est exposé à des difficultés dans ces prises en charges : manque de formation, coordination entre psychiatre et psychologue compliquée, difficultés de caractériser les troubles, saturations des structures, résistances du patient et de son entourage, prises en charge limitées par le facteur temps (47).

##### **B. Question de recherche**

Au vu des conditions géopolitiques actuelles, tout porte à croire que le nombre de demandeurs d'asile, de réfugiés ou d'étrangers en situation irrégulière va s'accroître dans les prochaines années (1). La prévalence des troubles psychologiques dans cette population en fait un enjeu de santé publique. Reconnaître cette souffrance psychologique et la prendre en charge est une condition indispensable pour un accueil digne de ces personnes. Malheureusement, les structures leur permettant une prise en charge optimale sont saturées. Les médecins généralistes apparaissent donc en première ligne pour accueillir ces patients. Ils ont de grande chance d'être

confrontés à cette problématique. Pourtant, ces troubles sont rarement dépistés ou tardivement diagnostiqués par les professionnels. Quels sont les freins du médecin généraliste face à ces patients ? Pense-t-il avoir les clés pour une prise en charge optimale ?

A notre connaissance, il existe peu d'études s'intéressant à la problématique des troubles psychologiques dans cette population en médecine générale.

Nous avons souhaité étudier les **difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychologiques chez les personnes migrantes.**

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Nous avons réalisé une analyse qualitative auprès des médecins généralistes de l'Hérault et du Gard.

## **I) Choix de l'analyse qualitative**

Le but de l'étude était d'explorer les appréhensions et difficultés rencontrées par le médecin généraliste lors de la prise en charge psychologique d'un patient migrant, à travers son vécu et son expérience. Afin de répondre au mieux à cette question, l'analyse qualitative nous a semblé la plus pertinente. En effet, ce type d'analyse permet d'extraire le sens, de cerner les propos ou les phénomènes décrits lors des entretiens (49). « Elle est une entreprise de compréhension des logiques humaines et sociales (...) que l'analyste s'efforce d'interpréter rigoureusement. » Elle relève ainsi d'une herméneutique (49). Il nous semblait important de donner la parole aux médecins généralistes participant à l'enquête et d'extraire de leur propos des concepts. En cela, notre étude se voulait phénoménologique.

## **II) Population étudiée**

Le guide d'entretien s'adressait à tous les médecins généralistes exerçant dans les départements de l'Hérault ou du Gard, qu'ils travaillent en structure ou en cabinet de médecine générale. Nous avons cherché à avoir une variance maximale. Le seul critère d'exclusion était le fait de ne pas recevoir de patient migrant dans leur patientèle.

Les médecins ont été recrutés au fur et à mesure du recueil, le plus souvent par l'intermédiaire de réseaux de médecins dans le monde associatif et dans le libéral. Nous les contactons une première fois par mail ou par téléphone afin de leur expliquer le but de ma démarche. Si le médecin était intéressé, une date d'entretien était fixée. Le lieu était choisi en accord avec le médecin interrogé, en privilégiant des lieux où le médecin était à l'aise.

### **III) Guide d'entretien**

Nous avons constitué le guide d'entretien à partir de nos premières recherches bibliographiques. Les deux premières questions sont des questions générales sur l'expérience du médecin concernant les migrants et les troubles psychologiques en général. Les questions suivantes sont plus orientées sur les troubles psychologiques des personnes migrantes. Le guide a été validé à l'aide d'un comité de pilotage constitué de mes deux co-directeurs et relu par le Dr Oude-Engberink (**Annexe 1**).

La dernière question a évolué pendant l'étude. Initialement, la sixième question portait sur le réseau de prise en charge sur lequel le médecin pouvait s'appuyer. Au troisième entretien, je me suis aperçue que ce thème était abordé systématiquement par le médecin au cours de l'entretien avant cette dernière question. J'ai donc pris le parti de supprimer cette question et de la remplacer. Suite à la suggestion d'un des médecins interrogés, j'ai orienté ma nouvelle question sur l'évolution de cette prise en charge envisagée par le participant.

### **IV) Modalité de recueil**

L'ensemble des entretiens a été réalisé par l'investigateur principal. Le recueil a eu lieu de mars 2020 à novembre 2020. Ils ont été interrompus pendant la période du premier confinement. Treize entretiens ont été réalisés. Tous ont été réalisés en présentiel hormis les deux derniers entretiens au vu des circonstances sanitaires de début novembre 2020. J'ai pour cela utilisé un site de visioconférence (Skype©).

L'intervenant était enregistré à chaque entretien au moyen de mon téléphone portable. De plus, un deuxième enregistrement était fait avec mon ordinateur portable. Je prenais également des notes manuscrites afin de noter les idées qui me semblaient pertinentes.

Pendant l'entretien, le participant était encouragé à parler à l'aide de relance ou de reformulation de l'investigateur. Il m'arrivait également de préciser certains points par des questions subsidiaires. Le tutoiement était utilisé lorsque l'intervenant le demandait.

Il nous a fallu onze entretiens pour arriver à saturation des données. Les deux derniers entretiens ont été réalisés afin de s'assurer de la saturation de donnée.

## **V) Consentement**

D'un point de vue éthique, cette étude n'impliquant pas la personne humaine se situe « hors loi Jardé ». Elle ne nécessite donc pas un avis du Comité de Protection des Personnes. Une déclaration de conformité a été réalisée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) selon la référence MR004. Un avis a également été pris auprès du Comité d'Ethique qui est revenu favorable.

De plus, chaque entretien débutait par la délivrance d'une information claire, loyale et adaptée concernant l'objectif de l'étude et les droits du médecin interrogé ainsi que le recueil d'un consentement signé de ce dernier (**Annexe 1 et 2**). Un exemplaire de ce consentement a été rendu au médecin, l'autre était conservé par l'investigateur.

## **VI) Analyse des données**

### **A. Retranscription**

Après chaque entretien, l'ensemble était retranscrit manuellement sur un logiciel Word. L'enregistrement était écouté une première fois à une vitesse 0.5 pour faciliter la retranscription puis réécouté à une vitesse normale pour annoter le texte des hésitations, silences et autres expressions non verbales de l'interrogé.

## **B. Analyse du verbatim**

Concernant l'analyse du verbatim, nous avons effectué dans un premier temps une **analyse thématique**. Selon P. Paillé : « Il s'agit de cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document. »(49) L'investigateur reste descriptif, il n'est pas dans l'interprétation des données.

Pour cela, nous avons lu chaque entretien une première fois pour nous imprégner du contenu. Une deuxième lecture nous permettait de définir des unités de significations dans le texte. Par unités de significations nous entendons un ensemble de phrases liées à une même idée. Dans la marge était alors annoté le thème auquel faisait référence l'unité de significations et chaque unité était numérotée. Chaque thème était inscrit dans un document Word avec la citation du verbatim correspondant. Les thèmes étaient regroupés et fusionnés au besoin et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires ou divergents. La citation était annotée, en fonction de l'entretien à laquelle elle appartenait, de A à M. Le numéro de l'unité de signification était rapporté à côté de la lettre de l'entretien (**Annexe 3**).

Une fois ce travail de thématization en continu réalisé, nous avons fait une deuxième **analyse à l'aide de catégories conceptualisantes**. Pour cela nous sommes partis de nos thèmes centraux afin de créer une catégorie conceptualisante. La catégorie conceptualisante, permet de dénommer un phénomène que l'investigateur perçoit en lisant son recueil de textes (49). Ainsi, contrairement à l'analyse thématique, l'investigateur interprète ses données pour leur donner en sens, pour en tirer des concepts. Chaque catégorie était définie par une phrase puis un schéma interprétatif était réalisé afin de créer des liens logiques entre les différents sous-thèmes entre eux.

Nous avons pu élaborer une théorisation ancrée à l'aide de ces catégories. L'ensemble du corpus de textes a été relu pour vérifier qu'aucune idée importante n'avait été laissée de côté.

# **RÉSULTATS**

Dans nos résultats, nous présentons en première partie le profil des médecins ayant participé à l'étude. Une deuxième partie reprend l'analyse thématique avec les citations du verbatim correspondant ainsi que les résultats de l'analyse conceptualisante qui en découle. La dernière partie est notre théorisation ancrée.

## **I) Profils des participants**

Sur les treize médecins généralistes interrogés, la moyenne et la médiane d'âge était de 49 ans dont deux retraités qui continuent une activité de bénévoles dans des associations. Nous avons interrogé des médecins généralistes ayant des pratiques médicales variées. Cinq médecins travaillent en cabinet libéral. Les autres travaillent dans des structures de tailles différentes, adressées à un public précaire (Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT), PASS psychologique, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Centre de Détention, Service d'urgence Sétoise, Lit Halte Soins Santé (LHSS)) voire même un public exclusivement migrant (Centre Frantz Fanon, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA)). Les entretiens ont duré en moyenne 37 minutes. (Tableau 1).

## **II) L'analyse thématique et conceptualisante**

L'analyse du verbatim montre qu'il existe deux profils de médecins, ceux qui sont confrontés à la population migrante de façon pluriquotidienne et ceux qui le sont peu. Ces profils se distinguent par les difficultés qu'ils peuvent rapporter. Les médecins plus confrontés à cette population déclarent qu'ils ne rencontrent pas trop de difficulté pour aborder les troubles : « *On pose trois questions et le truc il est sur la table.* ». Contrairement à ceux moins confrontés qui ont plus de mal à aborder les troubles, voire peuvent être dans l'évitement : « *Mais en fait je l'aborde très rapidement et en fait, en général, je pense que je n'ai pas les clés pour l'aborder et donc du coup les personnes me disent : « non ! ».* ».

Médecin	Sexe	Age	Année de validation de thèse	Durée de l'entretien en minute	Type d'exercice principal	Expérience antérieure professionnelle ou bénévole en psychiatrie	Expérience antérieure professionnelle ou bénévole auprès des migrants	Formation en lien avec la précarité
A	H	66 ans	1994	46'	Semi-rural	Oui	Oui	Oui
B	H	49 ans	2001	56'	Urbain	Non	Oui*	Oui
C	F	31 ans	2018	34'	Urbain	Non	Oui	Oui
D	F	60 ans	1984	52'	Urbain	Non	Oui*	Oui
E	F	32 ans	2020	33'	Semi rural	Non	Non	Non
F	F	62 ans	1986	21'	Urbain	Non	Oui	Oui
G	F	48 ans	2003	38'	Urbain	Oui	Oui	Oui
H	H	68 ans (retraité)	NSP	41'	Rural	Non	Non	Non
I	H	59 ans	1986	41'	Urbain	Oui	Oui	Oui
J	H	70 ans (retraité)	1981	28'	Urbain	Non	Non	Non
K	F	33 ans	2015	29'	Urbain	Non	Oui	Oui
L	F	31 ans	2016	28'	Rural	Non	Oui	Non
M	H	33 ans	2017	29'	Rural	Non	Oui	Non

\*expérience à l'étranger dans les pays en voie de développement

**Tableau 1 : Profil de la population de l'étude**

*On me dit en fait : « non ! » et donc du coup je sais pas et je... je n'ose pas en fait pousser plus... ».* Cette division ne se retrouve pas sur tous les sujets mais nous y reviendrons régulièrement dans nos résultats.

L'analyse des entretiens a permis d'extraire cinq thèmes. Pour plus de lisibilité, le **Tableau 2** reprend les différents thèmes avec leurs sous-thèmes. Ceux-ci sont détaillés par la suite et développés en catégories conceptualisantes.

## **A. Cultures différentes : représentations différentes**

### 1) Analyse thématique

La difficulté la plus ressentie par les médecins est celle due aux différences culturelles qui existent avec le patient. Ces difficultés ont pu être subdivisées en quatre parties. La première difficulté concerne les différences qui existent avec le patient. Ces différences portent sur les habitus du patient qui entraînent une perte de repère pour le médecin ou le patient, sa langue, l'expression de ses troubles et ses codes sociaux qui peuvent déstabiliser le médecin ou le patient.

Les médecins mettent également en avant les difficultés en lien avec la communication. De nombreux médecins insistent sur le fait que c'est une population très hétérogène. Ainsi chaque patient vient avec sa culture et ses différences (**Encadré 1**).

**I) Cultures différentes :**  
**représentations différentes**

**A. Patients :**

Habitus différents  
Expressions différentes des troubles  
Communications différentes  
Codes sociaux différents  
Barrière de la langue  
Hétérogénéité des profils

**B. Médecins**

*A priori* des médecins  
Risque de stigmatisation de la part des médecins

**C. Tierce personne**

Interprète : regard subjectif  
Médiation santé

**D. Moyens mis en œuvre**

Défaire nos représentations  
Inclure le patient et ses croyances

**II) Difficultés rencontrées dans la prise en charge**

Chronophage  
Absentéisme, nomadisme médical  
Prise en charge médico-psycho-sociale :  
Manque de formation des médecins  
Médecin remplaçant : sensation de manque d'expérience et donc de légitimité  
Prise en charge imprévisible  
Interprétariat coûteux et difficilement présent en libéral

**III) Relation médecin-patient**

**A. Patient :**

Manque de confiance des patients envers eux et les médecins  
Appréhension de la part du patient  
Inconfort et insécurité environnementale  
Désillusion du patient

**B. Médecin**

Histoires difficiles à entendre  
Sentiment d'impuissance du médecin  
Difficile d'aborder les troubles  
Importance de l'aller vers  
Difficultés des professionnelles féminines

**IV) Psycho-traumatisme de l'exil**

Troubles poly-factoriels  
Somatisation  
Difficultés de classer  
Difficultés à prioriser les besoins essentiels  
Violences institutionnelles  
Réponse médicamenteuse peu adaptée

**V) Politiques de santé et réseaux de santé disponibles**

Difficultés de l'accès aux soins  
Décisions prises sans pairs aidants  
Manque de moyen et de personnel  
Consultation psychologue non remboursées  
Complexité du réseau  
Manque de coordination des partenaires  
Refus de certaines structures  
Quel devenir ?

**Tableau 2 : Analyse thématique**

## Encadré 1 Le patient

### 1) Habitus différents

F 1 : « c'est pas la même problématique forcément selon l'origine géographique. »

I 14 : « je dirais plus la préparation qui s'est pas faite et que ces personnes se retrouvent du jour au lendemain dans une situation qu'ils ne comprennent pas. »

K 17 : « ils ont beaucoup, beaucoup moins été dans le soin. Ou en tout cas pas dans le soin occidental, c'était plus des médecines traditionnelles ou des choses comme ça mais... Enfin ils ont quand même rarement été à l'hôpital ou rarement été voir des médecins dans un cabinet. Du coup ils ont, je pense, ils ont beaucoup moins cette habitude de ça. »

### 2) Expressions différentes des troubles

C13 : « Des fois ils me décrivent des symptômes qui me... (rire) un peu extraordinaires. Qui sont pas forcément... qu'on ne trouve pas dans les bouquins de médecine occidentale.»

C 28 : « Moi j'en vois beaucoup qui voyaient des marabouts, qui voyaient des sorciers et du coup une interprétation de leurs troubles qui n'est pas la même que nous. »

D 11 : « Nous on a l'habitude de voir des gens inquiets par une maladie, (...) et là sa manifestation c'était... c'était plutôt du rire. »

### 3) Codes sociaux différents

D 7 : « On pourrait dire traditionnel qui n'est pas de la pathologie mais des comportements qui, nous, nous apparaissent tellement irrationnels qu'on se pose la question sur comment ils fonctionnent ? »

I 12 : « ... ils ont pas le droit de faire certaines choses, alors que chez eux c'était normal »

I 18 : « Ou même parfois on peut décrire... nous décrire quelque chose que lui, personne, ne percevait pas (...) Sur un homme n'a pas le droit de pleurer par exemple, et que donc là même s'il est mal il va tout prendre sur lui, il va essayer de pas pleurer mais il... peut être... avoir des gestes agressifs, des gestes ou autre chose parce qu'il essaie de contenir quelque chose qu'il ne peut pas exprimer. »

### 4) Barrière de la langue

C29 : « Après la langue, la barrière de la langue tout simplement. Nous, du coup, moi je parle anglais donc les francophones, les anglophones, c'est bon même si même des fois avec l'accent c'est compliqué tu vois (...) Google traduction a vraiment ses limites. »

F 7 : « Ça m'est arrivé quelquefois d'avoir des patientes amenées par l'entourage parce qu'elles sont délirantes. Et si elles parlent pas français c'est très difficile pour moi d'évaluer. »

M 28 : « Peut-être même je le ferai un peu moins pour eux parce que quand y a... quand la langue... quand on a du mal à communiquer, c'est encore plus compliqué d'aborder ce genre de problème. »

### 5) Communications différentes

B20 : « C'est complexe hein ! C'est super compliqué quoi ! De réussir à parler à quelqu'un d'une culture différente dans le même langage quoi. Donc pas dans la même langue mais dans le même langage quoi »

I 15 : « Ça me fait penser par exemple quand on s'occupe des vraies pathologies psychiatriques, qu'il y a une non communication. Et chez ces personnes-là il faut juste trouver la bonne communication. C'est-à-dire comment communiquer avec eux. »

### 6) Hétérogénéité des profils

D 17 : « Et après... dans les migrants y a quand même des grands mondes hein. Entre ceux qui viennent de l'Asie et ceux qui viennent de l'Afrique. On dit les migrants mais c'est ... Faudrait pas globaliser. »

G 2 : « Ça veut pas dire du tout que j'imagine que c'est standard quoi. Que tout le monde traverse la même chose. Au contraire j'ai tout à fait conscience de la... de la grande hétérogénéité de toutes les situations »

J 4 : « Des migrants qui ont le statut de mineurs et y a des migrants qui sont là en situation irrégulière aussi. (...) Ils y en a qui viennent de l'Afrique de l'Ouest. Et d'autre qui viennent de l'autre côté (...) Y en a qui ont le statut de réfugié... »

Les interviewés révèlent également les difficultés du médecin vis-à-vis du regard qu'il porte sur son patient (**Encadré 2**). Certains avouent avoir des *a priori* sur ces patients. Cependant lorsque la question de la stigmatisation est abordée, la plupart des médecins pensent qu'il est plus judicieux de ne pas faire de différence avec les autres patients.

#### Encadré 2 Le Médecin

1) A priori des médecins

C9 : « j'avais un *a priori* que les gens notamment d'Afrique, je sais pas, ça vient de moi, seraient un peu contre de voir des psychiatres »

D 23: « une plus grande présence peut-être du monde spirituel »

E 12: « enfin le rapport à la femme... entre l'homme et la femme ne sont pas les même qu'en France, culture que moi je connais. »

2) Risque de stigmatisation de la part des médecins

E 15: « je traite des questions somatiques et finalement pas tellement différemment qu'un autre, qu'une autre. Enfin ils sont pas tellement spécifiques dans ma consultation. »

I 27: « A chaque fois qu'on touche à une... à chaque fois qu'on stigmatise une partie de la personne, pas la personne mais une partie de la personne c'est-à-dire le côté psy, le côté vivre dans la rue, voilà, on aggrave des choses. Tant qu'on ne considère pas la personne comme une personne, quel que soit l'angle sous lequel on le voit... »

K 5: Et après des troubles psychologiques, je pense qu'il y en a certains qui... comme... enfin comme chez les ados français peuvent présenter des troubles psy de tout venant. Enfin de tout venant, qui peuvent commencer à présenter des pathologies psy. Et du coup il faut pas non plus négliger ça et pas non plus tout mettre sur le post trauma ou le stress... »

La majorité des médecins consultés abordent également la présence dans la consultation d'une tierce personne et ses conséquences (**Encadré 3**). Ils soulèvent les questions de l'influence de l'interprète sur le discours du patient et l'intervention d'un interprétariat professionnel. Certains médecins développent même l'idée d'un interprète comme partie prenante dans le soin ou l'intervention d'un médiateur santé pour les aider. L'intervention de ce tiers pose la question de la place de chacun dans la relation.

### Encadré 3 Tierce personne

#### 1) Interprète : regard subjectif

A 21 : « avec un tiers ce n'est pas toujours facile et d'un traducteur à l'autre ce n'est pas toujours facile. »

« La traduction par la plateforme qui est professionnelle (...) il me semble que c'est plus objectif »

C 32 : « ... Là on suit un couple, on sait pas vraiment s'ils sont ensemble, on sait pas si lui il, enfin tu vois, s'il a pas un peu d'emprise sur elle. Donc c'est lui qui nous traduit les propos de la dame. »

I 3 : « Est-ce que tout est dit quand il y a des traducteurs ? De quel traducteur il s'agit ? »

#### 2) Médiation santé

C26 : « c'est quand même des expériences de vie hyper traumatisantes et je comprends que des fois on leur paraisse un peu... un peu à côté de la plaque quoi »

G 21 : « Ici on utilise préférentiellement (...) des interprètes professionnels qui sont formés à la... à l'interprétariat en santé et en santé mentale et à la relation triangulaire de ... de co-thérapeute avec les psys. »

L 12 : « Ça aide parce que elle les connaît, elle sait aussi leurs habitudes du quotidien, (...) Donc ça permet aussi de... d'amorcer le lien entre le somatique et le psychologique et de les mettre en confiance. »

Pour finir sur ce thème, certains sondés ont abordé des solutions envisageables afin d'éviter ce clivage culturel. Ils préconisent notamment pour le médecin de déconstruire les représentations qu'il a du patient et de ses croyances. L'objectif est de comprendre les représentations du patient afin de décider avec lui d'un soin approprié auquel il adhère. (Encadré 4).

### Encadré 4 Approche envisagée

#### 1) Défaire nos représentations

B 18 : « C'est-à-dire qu'on a l'impression qu'on le prend en compte par rapport à nos représentations à nous, nos croyances à nous, de ce qu'ils peuvent ressentir eux. »

E 11 : « on a l'impression que c'est le patient qui veut pas mais c'est nous qui bloquons, enfin qui avons nos propres représentations. Mais c'est vrai qu'il y a des cultures que je ne connais pas bien »

I : « Donc ce qu'on présente pour eux c'est ce qui pour nous est le bon sens et le bienséant. (...) Sauf que pour les migrants c'est pas ce qu'ils voulaient »

#### 2) Inclure le patient et ses croyances

B 14 : « si tu prends pas en compte tout ça, tous les soins que tu vas mettre en place, les traitements que tu vas mettre en place. Si la personne elle n'adhère pas, elle n'a pas compris, elle n'est pas partie prenante de tout ça, il se passe rien. C'est pas possible, ça avance pas quoi. »

B 19 : « si tu exclus la personne de la prise en charge en lui disant : « toi ce qu'il faut c'est que tu fasses (...) » Elle va lâcher la prise en charge et y a une observance qui va être complètement foireuse. »

C 28 : « Des explications de leur maladie qui sont différentes, qui sont pas incompatibles avec les nôtres mais qu'il faut prendre en compte parce que sinon tu vas pas... tu vas pas faire sens pour eux quoi si tu restes sur ton côté médecin occidental pur. »

## 2) Analyse conceptualisante

D'un point de vue plus interprétatif, ces extraits révèlent que les différences culturelles et de langues entre le patient et le médecin sont à l'origine **de barrières dans la compréhension et la communication**. Pour rompre ces barrières, les médecins mentionnent que l'aide d'une tierce personne peut être utile à des fins de médiation santé. Lors de la plupart des consultations, un interprète est nécessaire afin de briser la barrière de la langue. Il serait intéressant qu'il ait un rôle dans la consultation en tant que co-thérapeute. Un médecin nous dit d'ailleurs :

*« Médecin : Donc c'est vrai qu'il y aurait peut-être un besoin de... médiation santé tu vois pour toutes ces problématiques mais bon ça c'est du luxe pour l'instant qu'on ne peut pas s'offrir.*

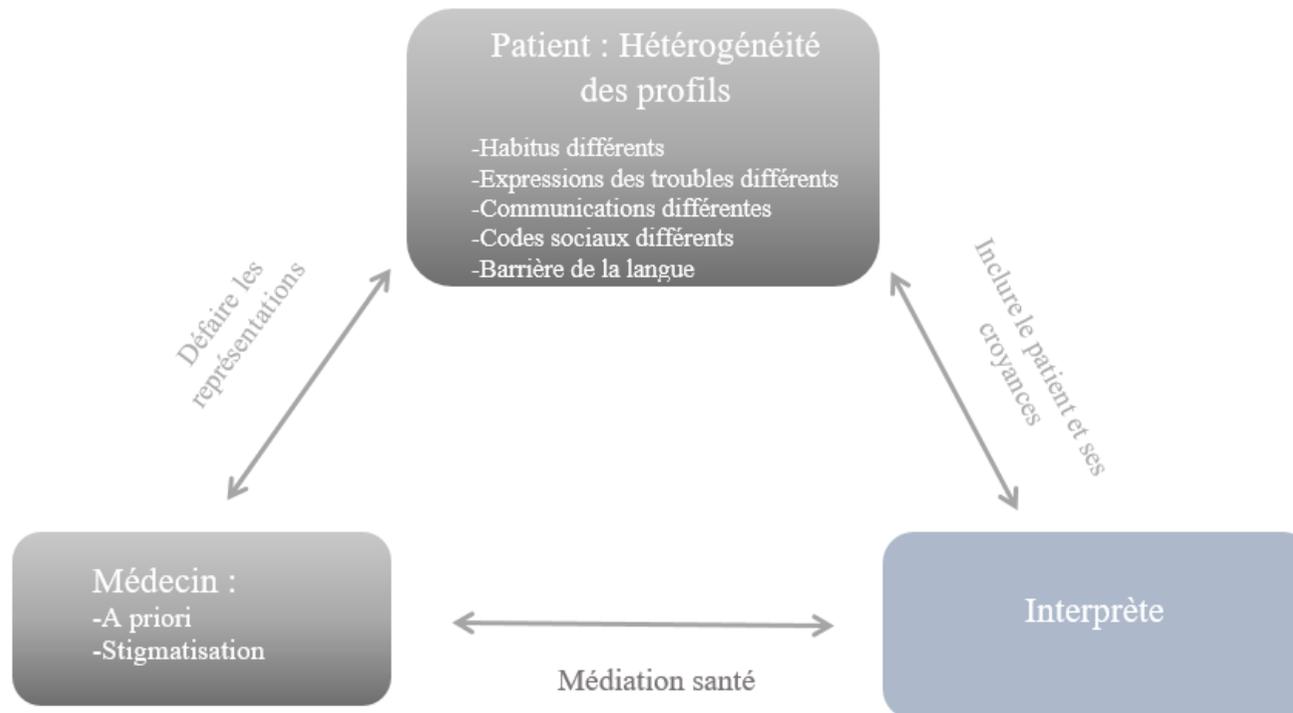
*Investigateur : Par médiation santé qu'est-ce que t'entends du coup ?*

*M : Bah une médiatrice quoi, enfin quelqu'un...*

*I : Un tiers ?*

*M : Ouais une tierce personne. Peut-être originaire de certaines régions. »*

On aboutit ainsi à des consultations triangulaires qui ont pour but d'introduire une dimension culturelle afin d'englober le patient et ses croyances dans la prise en charge. Cette relation triadique est représentée sur le schéma A.



**Schéma A : Barrière dans la compréhension et la communication**

## **B. Difficultés rencontrées dans l'organisation de la prise en charge**

### 1) Analyse thématique

Un deuxième grand thème abordé par les médecins généralistes est l'organisation de la prise en charge. C'est un thème généralement soulevé par les médecins qui sont peu habitués aux populations migrantes et donc qui ont une organisation qui n'est pas adaptée à cette population. Pour cette catégorie de médecins, il s'avère que le statut social plus complexe des patients, la barrière de la langue, la méconnaissance du système de soin rendent les prises en charges très chronophages. De plus, l'insécurité environnementale des migrants en situation de précarité sont à l'origine d'un nomadisme et d'un absentéisme qui rendent le suivi du patient compliqué pour le médecin. (**Encadré 5**).

#### **Encadré 5 Organisation temporelle de la consultation**

##### 1) Chronophage

F 5 : « Du coup c'est des consultations... pour les primo-arrivants comme ça, c'est des consultations très longues. » « On est un peu limité dans le temps et... on sait pas trop par quel bout prendre les choses et du coup on est un peu dans l'évitement je pense. Sauf quand vraiment ça devient aigu. »

I 19 : « Pour qui, il faut prendre le temps d'expliquer que c'est important, que ça peut être grave et essayer de les faire accepter le soin. » « Soit on prend le temps et là on part sur quelque chose où il faut avoir le temps et explorer. Je le vois, je veux dire en médecine : le oui ça prend 5 minutes, le non ça prend 35 minutes. »

M 25 : « Parce que c'est sûr que nous on est aussi limité par le temps. Une consultation c'est 15-20 minutes donc on peut pas, on peut pas aborder, on peut pas vraiment aborder en profondeur. »

##### 2) Absentéisme, nomadisme médical

A17 : « Le taux d'absentéisme (...) au début quand je suis arrivé c'est 50% » « ils ont d'autres préoccupations autrement plus urgentes. »

J 14 : « Mais il faudrait aussi... on leur demande... par exemple je leur demande de revenir une semaine ou 15 jours après, je leur donne un traitement. Ils reviennent pas... »

K 3 : « Mais qui bougent un peu tout le temps en fait, c'est pas 300 et 400 les mêmes quoi. Y en a que je vais suivre pendant 2-3 ans et d'autres que je vais suivre pendant 3 mois et qui vont partir et du coup y en a d'autres qui arrivent enfin. »

En outre, dans l'organisation des soins, plusieurs médecins soulèvent le problème du financement de l'interprète professionnel en libéral. Cette absence de financement rend les orientations en libéral des patients allophones qui acquièrent des droits impossibles (**Encadré 6**).

### **Encadré 6 Organisation financière de la consultation**

1) Interprétariat coûteux et difficilement présent en libéral

A10 : « c'est un budget qui est de l'ordre de 40<sup>euros</sup> par 15min. »

A21 : « Ceux qui sont anglophones ou francophones ça va, on arrive à trouver des correspondants mais ceux qui sont vraiment dans une barrière de la langue (...) on est obligé de continuer à les suivre. »

C 10 : « malheureusement j'ai beaucoup d'anglophones et pour l'instant là sur Montpellier on a repéré un médecin psychiatre anglophone. »

C30 : « Parce que nous malheureusement on s'était renseigné auprès d'ISM [équivalent à ISM Interprétariat, une association d'interprétariat téléphonique] mais pour l'instant c'est hors de prix. (...) Mais c'est vraiment... on est sur des budgets de dingue. »

Ils insistent également sur l'importance d'une prise en charge en équipe. En effet, ils expliquent que la prise en charge du public migrant doit être pluridisciplinaire pour être globale (**Encadré 7**). Notamment la collaboration avec les travailleurs sociaux apparaît comme essentielle. Ils insistent ainsi sur l'importance de prendre en compte la personne dans sa totalité car tout s'imbrique : l'amélioration de la situation sociale d'un migrant peut avoir des conséquences sur sa santé psychologique et inversement.

### **Encadré 7 Prise en charge pluridisciplinaire**

1) Prise en charge médico-psycho-sociale :

C 1 : « Tu vois c'est un travail d'équipe, il faut qu'il y ait une volonté d'une équipe et d'un groupe de s'occuper de ces personnes-là parce que malheureusement en tant que médecin isolé, (...) j'aurais des difficultés. »

G 12 : « On les connaît pas juste le temps de la consultation et puis après on sait pas du tout : comment ils vivent, ce qui se passe donc voilà... ils sont pris en compte avec tout ce qu'ils sont. »

G 8 : « Mais que la prise en compte de ces troubles psychologiques (...) ça peut faire avancer aussi toutes les autres sphères de... de la vie de la personne. » « Et inversement, que l'amélioration des conditions de vie (...) interagissent évidemment avec l'amélioration des troubles pys »

H 1 : « Je la vois comme participer à une prise en charge en équipe de cette population migrante avec les travailleurs sociaux et puis avec les psychologues qu'on a dans cette association. (...). On le perçoit pas tous de la même façon, parce que le travailleur social y a certaines questions où il va aider à faire les dossiers. »

L 16 : « ... ils ont vraiment une prise en charge globale. (...) puis voilà enfin c'est pluridisciplinaire... enfin y a l'infirmière, y a les éducateurs, y a le psychologue. »

Les médecins exerçant de façon ponctuelle avec les demandeurs d'asile, réfugiés ou personnes en situation irrégulière se sentent en difficulté par un manque de formation. Notamment la médecin remplaçante, que j'ai pu interroger, raconte qu'elle se sent peu à l'aise

avec cette population. Elle rapporte un manque de légitimité dû à son manque d'expérience  
(Encadré 8).

#### Encadré 8 Défaut de formation

##### 1) Manque de formation des médecins

C 5 : « j'ai un peu le syndrome de l'imposteur tu vois, je me sens pas hyper compétente. »

G 3 : « je me suis retrouvée surtout face à... en fait plein de questions et ces questions-là m'ont amenée du coup à faire ... des formations. »

G 20 : « essayer de se former et puis de prendre en charge au mieux ces personnes-là. »

M 27 : « mais c'est sûr que ce serait bien qu'il y ait un médecin limite qu'il y ait une formation là-dessus, parce que j'imagine qu'il y a des choses qu'il faut savoir et qu'on sait pas toujours. »

##### 2) Médecin remplaçant : sensation de manque d'expérience et donc de légitimité

E 1 : « c'est des questions qui m'intéressent et même de mon côté je lis des choses mais au niveau médical pur et dur c'est encore superficiel. »

E 3 : « Mais en fait je l'aborde très rapidement et en fait, en général, je pense, que j'ai pas les clés pour l'aborder et donc du coup les personnes me disent : « non ! ». On me dit en fait : « non ! » et donc du coup je sais pas et je... j'ose pas en fait pousser plus. »

E 2 : « Et en fait, je pense que je l'aborde encore moins que d'autres patients, pourtant, alors que je suis remplaçante, qui sont pas migrants. »

Tous ces éléments rendent l'organisation de la prise en charge difficile. Ils parlent  
« d'imprévisibilité » et « d'adaptation » nécessaire pour cette prise en charge (Encadré 9).

#### Encadré 9 Adaptation de la prise en charge

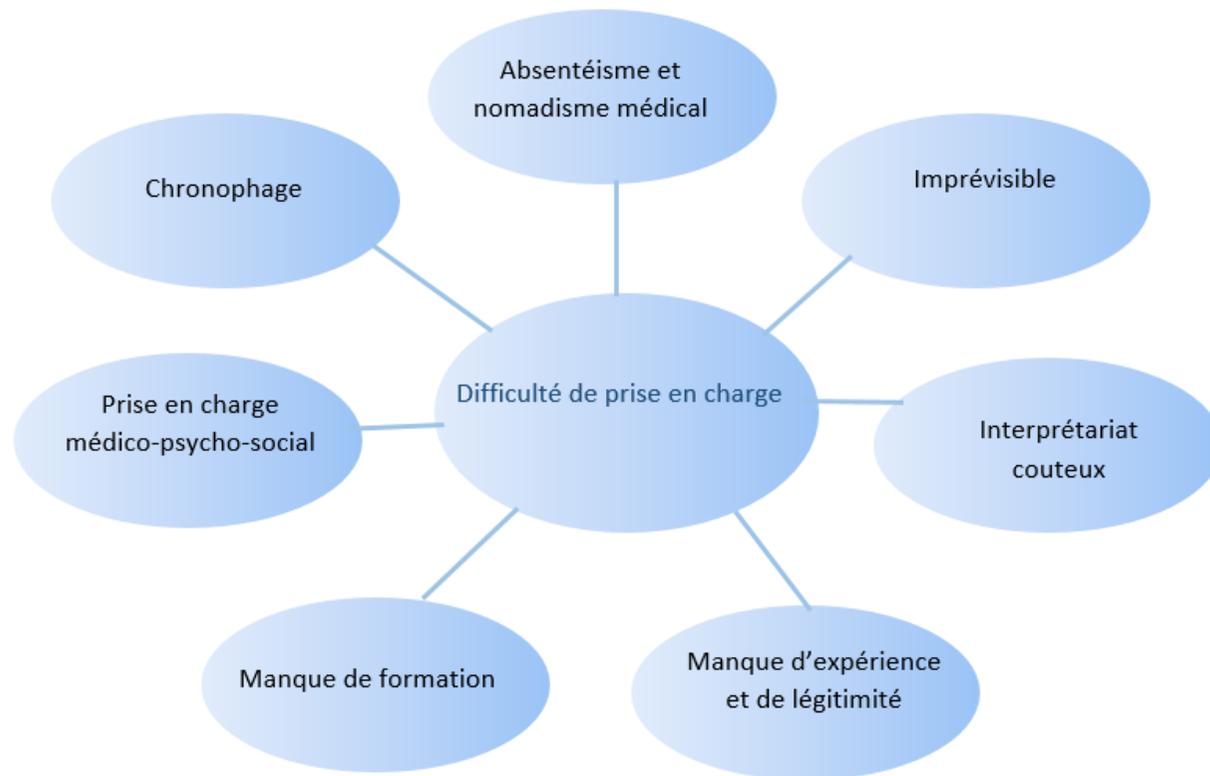
##### 1) Prise en charge imprévisible

G 16 : « Voilà je trouve que c'est des suivis qui nous surprennent tout le temps. Il faut toujours être... très très ouvert et puis être à l'écoute aussi des ressources des gens, des évolutions qu'on aurait pas... qu'on n'aurait pas imaginées des fois. Enfin tu vois quand tu mets en place le suivi, tu ... tu mets en place un espèce de petit plan en te disant ça va évoluer comme ça dans un second temps peut-être que je pourrais faire ça, je pourrais lui proposer ça et puis en fait ça se passe pas du tout comme tu avais imaginé, parce que la personne finalement elle a des ressources que toi tu avais pas du tout soupçonnées. »

K 1 : « apprentissage régulier ou quotidien, de comment s'adapter à la... enfin comment adapter sa prise en charge par rapport aux différences multiples et aux difficultés multiples qu'ils peuvent présenter. »

##### 2) Analyse conceptualisante

L'ensemble de ces éléments nous permettent d'extraire un second concept : il existe de  
**nombreux freins pour une prise en charge en libérale.**



**Schéma B : Nombreux freins pour une prise en charge en libérale**

Les professionnels ne se sentent pas assez formés, ils leur manquent certains réflexes :

« **Investigateur** : *Et en plus vous trouvez que oui c'est une façon de voir la médecine complètement différente ?*

**Médecin** : *Complètement différente ! Complètement !!!*

**I** : *Qu'est ce qui ressort le plus dans la différence ?*

**M** : *C'est la complexité. C'est que tout est un problème nouveau, pour lequel il faut solliciter des réponses auquel on a p... qui ne sont pas simples déjà et sur lesquelles on a pas l'habitude, on a pas de réflexe. »*

Une prise en charge pluridisciplinaire semble nécessaire pour une gestion médico-psycho-sociale optimale. Une organisation en réseau semble donc indispensable (**Schéma B**).

## C. Relation médecin-patient

### 1) Analyse thématique

Les médecins consultés abordent régulièrement la relation médecin-patient. Selon eux, elle se construit au fur et à mesure des rencontres. C'est une relation basée sur la confiance qui est essentielle pour le soin. Là encore on peut différencier des sous-parties dans les thèmes répertoriés. Dans la première partie il est question des freins relationnels portés par le patient et ressentis par le médecin. En effet, les professionnels remarquent que le patient manque de confiance envers lui-même et envers le médecin. Ce manque de confiance s'exprime parfois par une appréhension du système de soin. De plus, un médecin explique que l'insécurité du patient est pour elle un obstacle supplémentaire à l'expression de ses troubles. Cette relation est aussi fragilisée par toutes les désillusions subies par le patient à l'arrivée dans le pays d'accueil qu'il espérait terre d'abondance et de sérénité (**Encadré 10**).

#### **Encadré 10 Le patient**

##### 1) Manque de confiance des patients envers eux et les médecins

**B 7** : « L'objectif premier c'est de remettre debout ces gens avec une estime de soi qui remonte quoi. Les gens se ressentent être humain avec des choix, des libertés, des droits. »

E 16 : « relation de confiance qui doit se mettre petit à petit en place (...) mais je pense qu'on a le droit de se laisser un petit peu de temps pour les laisser prendre leurs marques et prendre confiance quoi. »

I 15 : « La difficulté c'est vraiment d'arriver à les mettre en confiance pour qu'il y ait communication. »

L 13 : « Des difficultés aussi dans la relation à l'autre par rapport à la confiance, ils sont un petit peu sur la réserve. (...) Et un manque de confiance aussi en eux. »

#### 2) Appréhension de la part du patient

D 1 : « Après je veux pas trop généraliser mais y a quelques-uns qui ont l'appréhension de l'hôpital. »

J 15 : « Ils ont peur d'aller dans les institutions aussi, l'hôpital ou autre. Parce qu'ils se disent ça y est, je vais être fliqué mais on a beau leur expliquer qu'on est pas des flics, qu'on a rien à voir. »

K 18 : « quand on essaie de leur expliquer, de peut-être aller à l'hôpital pour se reposer un peu. Ouais, ils ont tendance à en avoir un peu peur. »

L 14 : « Mais je trouve qu'on sent quand même une réticence quand on aborde voilà leur vécu ou le côté psychologique ils sont un peu plus fermés que... voilà quand on parle uniquement du somatique. »

#### 3) Inconfort et insécurité environnementale

G 20 : « Je pense que c'est pas pareil de traverser un syndrome dépressif et d'avoir à exprimer ça dans ton environnement... dans un environnement culturel sécurisant que tu comprends. Que de traverser ces mêmes... ces mêmes troubles en plus dans un environnement culturel que tu comprends pas (...) qui te demande une adaptation, qui te demande en plus un effort. »

I 4 : « Le problème c'est que tant qu'ils restent sans papiers, tant qu'ils restent sans lendemain, ils sont toujours dans la peur et dans la méfiance en fait. Ce qui est normal d'ailleurs. C'est gagner sa confiance, c'est pas facile. »

#### 4) Désillusions du patient

F 6 : « il y a pas mal de désillusions, parce qu'en arrivant ils pensent que tout va être facile et puis finalement les conditions de vie sont pas si faciles, les conditions financières sont pas évidentes. »

H 23 : « Eux ils ont été surpris de découvrir notre pays. Pour eux, ils pensaient qu'il n'y avait pas de pauvre, qu'il y avait pas de gens sans domicile, qu'il y avait pas de gens à la rue. »

I 24 : « enfin quelqu'un qui part de chez lui pour venir ici ou ailleurs, à l'impression d'un monde meilleur (...) et parfois il est pire. »

J 8 : « Ils croient que l'Europe c'est l'Eldorado. »

J 13 : « Leur but c'est de vivre ici, de gagner de l'argent et éventuellement de retourner au pays mais bon... C'est un peu... des illusions. »

La seconde partie regroupe les difficultés présentées par le médecin lui-même. Les médecins se trouvent démunis face à ces patients qui ont vécu des histoires atroces et qu'ils ne réussissent pas à rassurer. Les mots « impuissant » et « échec » reviennent lors des entretiens. Ils expriment également leurs difficultés à aborder les troubles psychologiques avec cette patientèle qui parfois est très renfermée et n'invite pas le médecin sur ce terrain-là. C'est une question de temporalité : c'est un sujet difficile à aborder sans préparation préalable, sans avoir appris à se connaître et justement sans avoir installé une confiance mutuelle selon eux. Certains médecins ont abordé le principe « d'aller vers » ces populations. Cette approche semble controversée. Pour certains, elle permet aux migrants qui ne connaissent pas bien les moyens de recours de faciliter la prise en charge. De plus, elle permet de voir les gens dans

leur environnement et de parfois mieux appréhender leurs conditions de vie et leurs difficultés. *A contrario*, certains professionnels attendent un mouvement de la part du patient afin de s'assurer de sa motivation (**Encadré 11a**).

#### **Encadré 11a Le médecin**

##### 1) Histoires difficiles à entendre

A7 : « Quand on essaie de les entendre ou de les écouter il y a des parcours... extrêmement difficiles. »

C18 : « C'est un patient qui doit avoir à peu près mon âge en plus donc je pense c'était difficile c'est vrai que des fois de pas se projeter. »

##### 2) Sentiment d'impuissance du médecin

B 10 : « Ce gars qui a cumulé tellement de souffrance et d'échec et je me suis dit putain et là moi je le laisse dans un container à la mors-moi-le-nœud pourri (...) enfin ça a été un peu violent pour moi. »

B 22 : « j'utilise tout ce qu'on peut, on est tellement démuni par rapport à ça. »

C21 : « Mais c'est vrai qu'il est parti, c'était un échec. C'était difficile pour moi et pour l'équipe »

C 23 : « on a beau mettre plein de choses en place, il faudrait faire tellement plus, y aurait tellement plus à faire que... c'est très frustrant. »

G 13 : « je me suis sentie complètement impuissante vis-à-vis de lui. »

G 15 : « Donc gros sentiment d'impuissance et de... de ... de frustration de pas pouvoir l'aider plus que ça. »

##### 3) Difficile d'aborder les troubles

B 8 : « on libère pas la parole sans accompagnement. » « Tu sentais que s'il commençait à parler, il n'allait plus s'arrêter et il allait s'effondrer ce mec quoi. Donc il faut aussi respecter ce temps-là. »

D 5 : « on sent qu'ils sont peu dans la verbalisation. »

E 9 : « parce que je suis remplaçante que je vais pas forcément le revoir, que... qu'il y a un temps court aussi en consultation. (...) Et c'est vrai que moi je résolvais le somatique mais j'allais pas plus loin, je cherchais pas plus en fait. »

L 17 : « y a un peu une histoire aussi de... de bons moments. Donc peut-être si on fait une prise en charge trop précoce ça va pas forcément... enfin ils vont pas forcément adhérer. »

M 8 : « ils en parlent pas trop de tout ça, ils parlent pas trop de leur parcours... en fait ils parlent pas beaucoup. »

##### 4) Importance de l'aller vers

A26 : « si l'équipe n'allait pas sur place, (...) il y aurait des problèmes psychologiques très graves qui ne seraient pas pris en charge. Donc c'est vraiment la grande idée ça, c'est d'aller vers eux, d'aller vers... »

D 21 : « elle intervenait que à la demande des gens (...) elle va pas (...) s'imposer enfin voilà. Or je sens que c'est pas naturel pour eux de demander à voir une psychologue. »

F 9 : « Parce que les gens viennent au cabinet, on les voit pas dans leur vie au domicile enfin. »

I 6 : « Ça arrive que j'aie parfois faire des consultations avancées dans des endroits où personne ne veut aller. »

Un dernier point qui est abordé dans deux entretiens est la différence de relation due aux genres. Certains professionnels font l'hypothèse que les professionnelles féminines peuvent se retrouver plus en difficulté que les professionnels masculins. En effet, ils rapportent un public migrant essentiellement masculin face à des professionnels de santé majoritairement féminins ce qui peut entraîner une difficulté de dialogue (**Encadré 11b**).

**Encadré 11b Le médecin (suite)**

5) Difficultés des professionnelles féminines

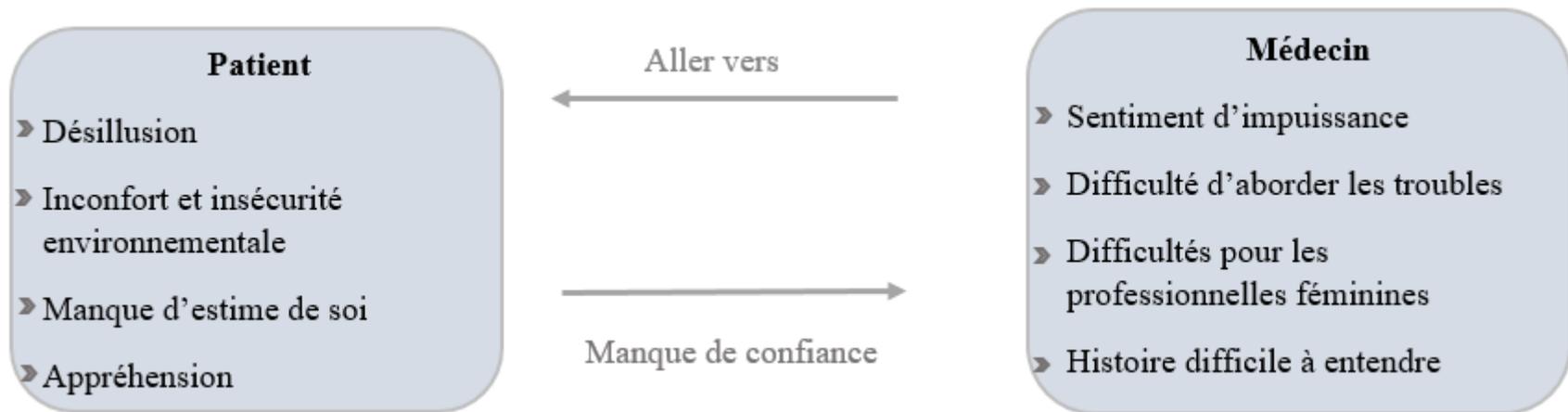
D 16 : « Y en a pour lesquels on a vu que le rapport aux femmes était pas très facile (...) il fallait un rapport plus autorité masculine et que c'était pas aux femmes de décider. »

D 25 : « ... Enfin ils sont beaucoup entourés de femmes dans la profession et par contre ils sont entre garçons. »

E 6 : « Après des fois aussi je suis une femme. Des fois j'ai l'impression que quand c'est des jeunes hommes il peut y avoir aussi une certaine retenue. »

2) Analyse conceptualisante

Cette analyse nous permet d'introduire notre troisième catégorie conceptualisante : **une relation médecin-patient difficile à construire**. En effet, le médecin est face à un patient qui manque de sécurité et de stabilité et donc la confiance se trouve fragilisée. Lors d'un entretien il est dit de cette relation : « *Ah oui oui, c'est vraiment, c'est un apprivoisement mutuel en fait (...) donc ça se construit.* ». Il s'avère néanmoins possible de la renforcer en tendant la main à ces populations. (**Schéma C**).



**Schéma C : Relation médecin-patient difficile à construire**

## D. Pathologies rencontrées

### 1) Analyse thématique

Lorsqu'on aborde avec les professionnels interrogés les troubles présentés par les patients, ils font état de troubles multifactoriels avec une prévalence importante dus à leur parcours souvent dramatique.

Ils rapportent une plainte initiale somatique parfois troublante qui peut entraîner une difficulté à classer les pathologies (**Encadré 12**).

#### **Encadré 12 Caractéristiques des troubles**

##### 1) Prévalence forte

B5 : « Moi il y a pas un migrant qui n'a pas une demande à Frantz Fanon. Ils ont tous des histoires de vie des souffrances... des... des problématiques qui font qu'un suivi psy est indispensable quoi. »

C33 : « ce qui change c'est la proportion mais les troubles sont les mêmes quoi. »

I 9 : « mais je pense qu'ils ont tous des troubles psychologiques. »

##### 2) Troubles poly-factoriels

G6 : « Le fait que ces troubles psychologiques sont fortement poly-factoriels. » (...) c'est justement de prendre en compte l'ensemble des... des éléments qui interviennent dans la vie de la personne. »

H 14 : « bon enfin il a fait une tentative de suicide. Et quand on essaie d'analyser les causes, on s'aperçoit qu'il y a plusieurs causes. »

##### 3) Somatisation

C 12 : « je vois très régulièrement pour des plaintes somatiques et moi une fois que j'ai fait le bilan je me rends compte que la problématique elle est vraiment psychologique voir psychiatrique derrière. »

J 9 : « Qu'ils disent attribuer à un symptôme physique mais en fin de compte quand on creuse un peu on voit bien que c'est des gens qui sont perturbés psychologiquement. (...) Quand on aborde ces symptômes on se rend compte qu'ils sont pas bien, tout simplement. »

L 6 : « ... enfin parfois ils somatisent, enfin, bien sûr on fait les examens complémentaires quand on le juge nécessaire mais... enfin voilà je pense qu'il y a beaucoup leurs souffrances qui se traduisent par le corps. »

##### 4) Difficultés de classer

A 15 : « pathologies particulières qui sont très très centrées sur le traumatisme psychologique. Avec un profil dont on a pas du tout l'habitude. »

E 3 : « Il pourrait y avoir des pathologies psychiatriques mais après il pourrait y avoir...(hésitation) je sais pas trop en fait comment ça se classe vraiment. »

I 23 : « Voilà donc est ce que y a le trouble psychologique, psychiatrique, est ce qu'il n'y en a pas ? Après tout dépend où est ce qu'on met le curseur et qu'est-ce qu'on recherche ? »

J 19 : « C'est pas des dépressions ! Comment je pourrais dire ça ? C'est de... Ils manifestent pas comme une dépression. C'est pas une apathie qu'ils ont, c'est pas... Ils pleurent pas... »

De nombreux médecins ont insisté sur le fait que la prise en charge médicamenteuse n'était pas forcément une réponse appropriée pour soigner ces troubles. Ils insistent sur l'importance du traumatisme complexe qui s'est inscrit dans le temps (**Encadré 13**).

#### **Encadré 13 Spécificité du traumatisme complexe**

##### 1) Réponses médicamenteuses peu adaptées :

G 6 : « Le fait que... la réponse à ces troubles psy, pour moi, est pas du tout... la réponse médicamenteuse est pas du tout au premier plan. »

H 27 : « oui la prise en charge c'est bien sûr, c'est très peu médicamenteux, c'est plutôt... »

K 12 : « Moi je veux bien mettre... je pense que je peux mettre des traitements pour le sommeil, des anxiolytiques et juste comme ça mais c'est pas que ça quoi. Faut être complémentaire. »

L 5 : « c'est vrai que pour eux... on en donne pas trop parce que ils ont... ils ont quand même une tendance à la surconsommation et du coup... moi je vais plutôt essayer de... de les orienter, voilà vers le psychologue ou l'infirmière du CMP »

##### 2) Un traumatisme ancré dans le temps :

D 18 : « Y en a, je sens un instant T très flottant, entre un parcours compliqué dont je sais pas tout et un avenir très incertain dont il savent pas grand-chose non plus avec de l'appréhension. Et du coup, je... c'est par les troubles du sommeil quoi, ou soit il rumine le passé, soit ils appréhendent l'avenir »

E 2 : « qu'il y a eu des parcours d'une difficulté qu'on ne peut même pas imaginer, probablement... enfin peut être dans leur pays, puis après tout le parcours, puis après les difficultés d'arriver en France. »

G19 : « Il peut y avoir un trauma de départ mais ensuite les troubles psychologiques sont nourris de tous les... tous les écueils qu'ils ont traversés et qu'ils continuent à traverser dans le pays d'accueil. »

I 23 : « Moi je pense que ça reste avant tout une personne et que... c'est son vécu, c'est son histoire, c'est ce qu'elle est, qui fait que elle va plus ou moins avoir des troubles psychologiques. »

Pour finir sur cette thématique, parmi les médecins interrogés, certains avaient plus de consultations avec des mineurs non accompagnés (MNA). Il nous semblait donc important de revenir sur quelques spécificités qui ont été soulevées lors des entretiens. Notamment, les médecins rapportent que la problématique du lien parent-enfant que l'on retrouve dans notre pays n'est pas la problématique dominante chez les MNA. En effet, les médecins rapportent surtout des états de stress post traumatique également chez les MNA. De plus, ils soulignent que la plupart des MNA ne sont pas favorables à l'intervention d'un psychologue qui, dans leur représentation, est un « médecin pour les fous » (**Encadré 14**).

#### Encadré 14 Spécificités des mineurs non accompagnés

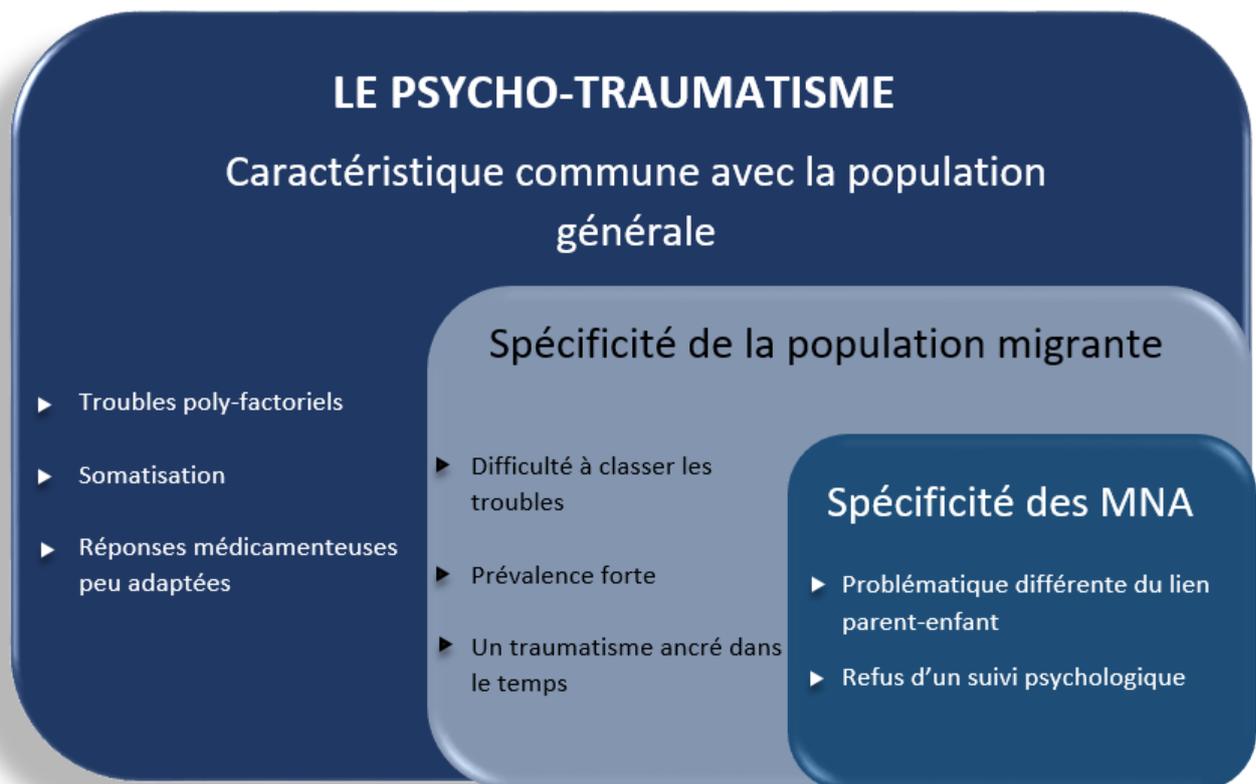
1) Spécificité des MNA :

D 28 : « Donc que c'était pas une problématique de lien parent-enfant de pédopsychiatrie, que c'était vraiment une problématique de jeune migrants. »

K 16 : « Les ados d'ici, ils ont pas envie de voir les psys, enfin la plupart, parce qu'ils trouvent que ça sert à rien et qu'ils en ont déjà vu 15. Et les ados migrants ils ont pas envie de voir de psy parce que ils sont pas fous et que du coup ils pensent que c'est que pour ça. »

2) Analyse conceptualisante

Lors d'un entretien, un médecin nous disait « *Donc quelle que soit la nosographie qu'on va prendre sur le plan psychologique ou sur le plan psychiatrique je pense qu'on retrouve la même chose partout. Avec peut-être des mots différents pour les dire. Mais il y a pas plus de troubles psychologiques particuliers dus à la migration que... Moi je pense que ça reste avant tout une personne et que... c'est son vécu, c'est son histoire, c'est ce qu'elle est qui fait qu'elle va plus ou moins avoir des troubles psychologiques.* » Effectivement en regardant l'analyse thématique de cette quatrième partie, il nous est apparu que les troubles rencontrés par les patients présentent des difficultés communes avec celles rencontrées en populations générales. Cependant, le psycho-traumatisme complexe souvent présent est un processus qui s'inscrit dans le temps avec certaines particularités qui peuvent mettre le médecin généraliste en échec. De plus, les patients migrants mineurs isolés présentent également des spécificités (**Schéma D**). Ainsi, nous avons intitulé notre quatrième catégorie conceptualisante : « **Le psycho-traumatisme de l'exil : des spécificités retrouvées au sein d'une universalité psychique** ».



**Schéma D : Le psycho-traumatisme de l'exil : des spécificités retrouvées au sein d'une universalité psychique**

## E. Politiques de santé et réseaux de santé disponibles

### 1) Analyse thématique

Comme nous l'avons souligné, la prise en charge des troubles psychologiques s'organise en réseaux. Cela nécessite des décisions politiques aidantes. Malheureusement les personnes interrogées soulignent que l'accès aux droits et donc aux soins est limité pour ce public-là. Cet accès aux soins est dépendant notamment de l'acceptation par les différentes structures de cette population précaire. Cependant, malgré l'interdiction de refuser des soins à un patient sous prétexte qu'il est bénéficiaire de l'ACS, ce sont des pratiques plus ou moins courantes selon les spécialités. L'aspect financier entre également en compte. Les médecins sondés relèvent un manque de moyen et de personnel entraînant une saturation rapide des structures à disposition. De plus, le non remboursement des consultations de psychologue limite grandement l'accès aux soins des troubles psychologiques en libéral (**Encadré 15**).

#### Encadré 15 Accès aux soins

##### 1) Difficulté de l'accès aux droits/soins

A12 : « très très préoccupé là par les nouvelles dispositions qui ont été prises qui repoussent de 3 mois l'accès à l'AME pour les migrants. »

H 17 : « Ils ont pendant quelques mois, ils ont pas d'accès à... aux soins gratuits en France, enfin à la CMU. (...) Quand ils ont la CMU c'est facile, ils vont à la pharmacie »

J 23 : « Y a beaucoup de restrictions administratives qui sont faites pour l'accueil des migrants. Ils sont obligés de passer 36 étapes avant d'être reconnus et d'avoir une... Ne serait-ce que d'avoir une AME. Donc faut suivre. »

##### 2) Refus de certaines structures

G 22 : « on décide de les faire hospitaliser (...), sachant que c'est hyper compliqué voilà ! Voilà même en situation dramatique avec risque suicidaire des fois c'est pas gagné. »

H 19 : « Oui même s'ils ont des droits, parce que... oui oui oui... c'est que moi je suis toujours embêté notamment pour les spécialistes. D'adresser les gens chez des spécialistes, parce qu'on sait qu'un certain nombre de spécialistes sont secteurs 2 »

##### 3) Consultations avec un psychologue non remboursées

C 37 : « Donc nous notre problématique sur laquelle on essaye de bosser sur le centre c'est que on cherche des consultations psychologiques remboursées »

F 13 : « Ils ont besoin que ce soit gratuit ! »

##### 4) Manque de moyen et de personnel

E23 : « Ça dépend bien entendu des politiques actuelles, ça dépend des financements qui sont donnés et des moyens autorisés pour tout ce qui est politique migratoire. »

G 24 : « ce que j'espère c'est qu'il y a des moyens, et des moyens qui seront mis parce que là les moyens qu'on a pour l'instant nous par exemple c'est pas... c'est pas le champ de la santé qui les met. C'est pas l'ARS »

K 11 : «Y a déjà une difficulté de trouver des partenaires, et après y a une difficulté de convaincre les jeunes d'y aller. Après y en a quelques-uns qui sont en demande de voir des psychologues. Mais du coup on revient à la première difficulté qui est d'avoir des psychologues. »

5) Saturation des demandes

B5 : « après ils sont débordés de demandes (...) faut que tu attendes des mois pour avoir une consultation parce qu'ils sont saturés quoi. »

C 11 : « Y a le centre Frantz Fanon qui peut les prendre en charge mais malheureusement y a beaucoup beaucoup d'attente. »

J 2 : « Mais le problème c'est que les délais d'attente pour qu'ils soient vus par le médecin sont très longs. Ça peut demander 2-3 mois. »

Les médecins trouvent le réseau de santé disponible complexe et relèvent un manque de coordination entre les partenaires. Ils souhaitent que les décisions politiques soient prises avec l'aide de pairs aidants afin qu'elles soient véritablement adaptées à la population (Encadré 16).

**Encadré 16 Système peu aidant**

1) Complexité du réseau

A 22 : « Moi ce qui me surprend surtout c'est que pour comprendre la complexité de ce milieu d'hébergement, du médico-social, du ... (soupirs) c'est extrêmement complexe il y a différentes structures qui correspondent à différents types de... Y a des associations sur différents types d'action, il y a des budgets pour certaines choses et pas d'autres. »

F 4 : « Et je ressens une anxiété importante par rapport à... à comprendre l'organisation des soins. »

2) Manque de coordination des partenaires :

A 25 : « les réponses sont aussi très cloisonnées. Enfin les réponses de différentes structures, de différents budgets, de différents...car les réponses à appel d'offres dans le social sont très morcelées. »

F 10 : « Oui et puis c'est difficile de faire du lien avec d'autres... enfin je trouve que c'est compliqué de faire du lien avec d'autres professionnels »

M 22 : « Mais si je les ai orientés vers le CMP je me souviens pas avoir eu de retour soit parce que je les ai plus revus, soit parce que parfois on a pas de retour du CMP. »

3) Décisions prises sans pairs aidants

I 30 : « la solution n'est pas toujours adaptée à la personne. Peut-être qu'on a pas la solution mais est ce que parfois il vaut pas une moindre solution que la pire. »

I 31 : « ...on a quand même des structures qui vivent, qui sont payées et qui ont, quand même, des ressources et des revenus pour s'occuper des personnes comme ça et que en fait c'est eux qui décident ce qu'il faut faire pour ces personnes-là. »

Ils reconnaissent que le système est violent envers les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes en situation irrégulière. Ceux-ci se retrouvent dans un tel état de précarisation qu'eux-mêmes ne savent plus ce dont ils ont besoin pour s'en sortir. Ils sont coincés entre la peur de leur passé et l'angoisse de leur devenir. C'est un véritable challenge pour le

professionnel d'inscrire ces personnes sans lendemain dans un suivi coordonné et efficient  
(Encadré 17).

### Encadré 17 Un système violent

#### 1) Difficulté à prioriser les besoins essentiels

I 29 : « je pose souvent pour les personnes c'est-à-dire qu'est-ce que aujourd'hui je peux faire pour vous sortir de là. Eux-mêmes ne savent plus. Ça veut dire... ils disent ouais mais vous comprenez... ils cherchent dans tous les sens mais en fait ils savent plus la réponse à laquelle il voulait. Et ça je pense que c'est quand on arrive au bout du bout de quelque chose. (...) C'est des gens qui sont déstructurés en fait. Donc vous voyez c'est... c'est... c'est toute cette difficulté-là qui fait que cette personne arrive au bout de la chaîne enfin quand ils arrivent au bout de la chaîne on ne sait plus par quel bout commencer. »

I 11 : « C'est-à-dire qu'ils sont arrivés à un tel stade de ... de précarisation qu'eux-mêmes ne savent plus par quoi il faudrait commencer. Et c'est toute la difficulté qu'on a. »

#### 2) Violences institutionnelles

B10 : « Ouais donc encore une violence institutionnelle. On balance les gens d'un endroit à un autre, on les fait attendre, sans savoir combien de temps ils vont rester. »

G 18 : « et c'est des choses sur lesquelles on arrive pas à avoir prise quoi. (...) quelqu'un qui a un parcours vraiment difficile, qui a subi des choses compliquées. Qui arrive pas à faire valoir son statut de victime, c'est difficile d'avancer à côté. »

I 15 : « Et nos institutions c'est tout de suite une porte fermée qu'il faut savoir ... qu'il faut avoir la clé pour rentrer.»

#### 3) Quel devenir ?

H 12 : « c'est toutes les histoires d'angoisses. D'angoisses de l'avenir. Est-ce qu'on sera réfugié... est ce qu'on aura un statut de réfugié ? »

H 13 : « de l'appréhension. L'anxiété c'est ça, c'est-à-dire, c'est l'anticipation péjorative de la suite quoi ! »

I 1 : « Je crois que le gros problème que l'on a, pour nous soignants, c'est de dire qu'est ce qui va se passer après. »

## 2) Analyse conceptualisante

Ainsi la consultation s'intègre dans une société avec des contraintes non adaptées aux situations des exilés. Le médecin généraliste manque parfois de repères dans ce système où le parcours de soin du patient peut être difficile à retracer et où le devenir est incertain. Les décisions politiques ne permettent pas d'assurer un accès aux droits et aux soins convenables. La violence institutionnelle qui en résulte ne permet pas d'assurer un devenir au patient. Un médecin rapporte : « *Voilà, pour s'y retrouver pour nous, français professionnels de santé. C'est d'une complexité, c'est à se dresser les cheveux sur la tête. Donc quelqu'un qui arrive dans un nouveau système de santé qui... je ne sais pas comment ils font quoi. C'est une jungle* »

*pas possible* » Le dernier concept que nous pouvons énoncer est donc le suivant : **Un suivi difficile à inscrire dans un système socio-juridique complexe. (Schéma E)**



**Schéma E : Un suivi difficile à inscrire dans un système socio-juridique complexe**

### III) Théorisation ancrée

A partir de ces catégories conceptualisantes, deux théories se dessinent.

#### A. Attente du médecin dans sa prise en charge

Le médecin apparaît présenter des attentes dans son soin et dans sa prise en charge des troubles psychologiques. Afin de se sentir en confiance, il attend de sa prise en charge un suivi coordonné dans un système de soin adapté (**schéma E**). Il peut convoquer à nouveau le patient et ainsi hiérarchiser les problèmes au cours de sa consultation qui est limitée dans le temps (**schéma B**). Il espère développer une relation médecin-patient de confiance afin d'instaurer un sentiment de sécurité chez le patient (**schéma C**). Cette relation, il la construit à partir de ses représentations et des codes sociaux qu'il connaît. Elle est basée sur une bonne communication et une compréhension fluide des deux parties (**schéma A**). C'est une relation dyadique. Il dirige son interrogatoire et son examen clinique afin de confirmer ou d'infirmier un diagnostic qui réponde à certains critères qu'il a appris (**Schéma D**). La couverture sociale du patient lui permet de l'orienter vers des spécialistes ou de réaliser des examens complémentaires afin de l'aider dans sa prise en charge (**Schéma E**). Il souhaite que le patient évolue dans un environnement social serein afin de diminuer ses angoisses et s'appuyer sur des éléments extérieurs solides pour l'aider à se reconstruire (**Schéma E**). Ces éléments sécurisent le médecin dans son soin.

#### B. Le patient migrant selon le point de vue du médecin

Le patient migrant, du point de vue du médecin, ne répond malheureusement pas à ces critères. En effet, les barrières culturelles et linguistiques entraînent une communication compliquée qui nécessite souvent l'aide d'une tierce personne. Cette relation triadique met le

médecin en difficulté, il ne sait pas quelle place donner à l'interprète, ni quelle attitude adopter vis-à-vis du patient et de l'interprète (**Schéma A**). Les conditions de vie non sécurisantes du patient rendent ce dernier méfiant et la confiance est plus difficile à instaurer (**Schéma C**). De plus, le suivi peut être compliqué par un nomadisme et un absentéisme dus à l'insécurité environnementale du patient et à une mauvaise compréhension du système de soin (**Schéma B**). Lors de la consultation, le patient exprime ses craintes et ses attentes selon ses propres codes, qui ne sont pas forcément compris par le médecin (**Schéma A**). La présentation des troubles peut être inhabituelle et le médecin peut avoir du mal à poser un diagnostic précis (**Schéma D**). Le statut social précaire du patient rend son devenir incertain et augmente son niveau d'anxiété (**Schéma E**). Les troubles psychologiques qu'il présente complexifient sa recherche de stabilité et l'insécurité dans laquelle il évolue amplifie ces troubles.

Il y a donc une inadéquation dans le soin entre le médecin et son patient. Cette inadéquation entraîne une appréhension de la part du médecin pouvant parfois même aller jusqu'à l'évitement. Celui-ci, ne pouvant faire évoluer la consultation selon ses propres repères, se sent mis en difficulté. Il se sent impuissant et insatisfait de sa prise en charge (**Schéma C**). Il cherche un soutien extérieur auprès des structures de soins qui malheureusement sont trop peu nombreuses (**Schéma E**).

Ainsi comme le dit un médecin : *« Tu es obligé de faire preuve d'humilité sur ton métier, sur ce que tu es, sur tes propres représentations à toi, tes propres croyances à toi et tes propres vérités à toi quoi. Si tu remets pas en cause ça et que tu n'as pas l'humilité de te dire, attends moi je suis juste un soignant blanc dans un pays particulier et ça peut pas coller à n'importe quoi, à n'importe qui, n'importe comment. Si tu n'as pas se recul-là déjà tu vas dans le mur.*

*Et puis après même si tu as ce, cette démarche-là, c'est pas évident parce que c'est super long, y a des fois c'est même pas possible quoi c'est trop distant, c'est trop différent c'est trop... »*

## **DISCUSSION**

### **I) Forces et limites**

La principale force de cette étude est son originalité. En effet, la plupart des études retrouvées s'intéressent aux problèmes de santé somatiques ou portent sur un trouble psychologique particulier. Avec cette étude, nous avons voulu mettre en avant les difficultés concernant l'ensemble des troubles psychologiques qui peuvent être rencontrés, y compris ceux que le médecin a parfois du mal à définir. L'originalité de l'étude se retrouve également dans la population de l'étude. Contrairement à plusieurs études qualitatives, nous avons cherché à interroger des médecins généralistes en structure spécialisée et des médecins généralistes en cabinet de ville afin d'être le plus exhaustifs possible dans les difficultés qui peuvent exister. Les médecins interrogés ne sont pas tous formés à la prise en charge d'un public en situation de précarité, l'expérience dans ce domaine varie selon les personnes. Nous avons également essayé d'interroger des médecins d'âges différents.

Le choix de l'analyse qualitative est pertinent face à cette problématique afin de permettre aux médecins généralistes de s'exprimer le plus librement possible sur les difficultés qu'ils rencontrent. Cette approche permet d'ouvrir tous les champs possibles et de ne pas se focaliser uniquement sur des idées préconçues ou réductrices. De plus, il existe déjà de nombreuses études quantitatives descriptives sur ce sujet (40) (41) (42).

Enfin, cette recherche s'inscrit dans le contexte actuel du soin des troubles psychologiques chez les personnes migrantes à Montpellier. En effet, avec l'ouverture du centre Frantz Fanon en 2019 et la saturation rapide des consultations, il s'avère nécessaire de réfléchir aux difficultés que les médecins généralistes, en première ligne, rencontrent afin de réfléchir aux différentes solutions envisageables pour y répondre.

Cette étude présente toutefois plusieurs limites. Il s'agit d'une première expérience de recherche ainsi l'investigateur a acquis de l'expérience au cours de l'étude. Les premiers entretiens peuvent donc souffrir d'un manque de relance ou de reformulation qui aurait permis d'explicitier certaines données. L'expérience s'est acquise tout au long du recueil, facilitant les derniers entretiens. Il est également possible que l'analyse pâtisse de biais d'interprétation. En effet, il n'y a pas eu de triangulation qui aurait permis de diminuer ce biais.

De plus, cette étude s'expose à un biais de prévarication. Les médecins étant interrogés sur leurs difficultés en pratique, ils ont pu, par peur du jugement d'autrui, ne pas confier certaines appréhensions. Certaines difficultés ont pu être occultées afin de projeter inconsciemment une image valorisante d'eux-mêmes.

Pour finir, il est important de noter qu'il a été nécessaire de sélectionner les thèmes les plus pertinents afin de rendre les résultats cohérents et fluides et ce, au détriment d'autres notions possiblement pertinentes. Pour les besoins de l'étude, il a été nécessaire de séparer les idées en différents thèmes. Cette séparation est discutable. Certains thèmes auraient en effet pu être relié ou regroupés entre eux. Par ailleurs, cette séparation ne se retrouve bien évidemment pas en pratique courante puisque les idées dans chacun des thèmes sont souvent intriquées pour un même patient.

## **II) Barrières dans la compréhension et la communication**

En accord avec la littérature, les difficultés de communication et de compréhension entre le médecin et le patient reviennent fréquemment au cours des entretiens effectués.

## A. L'interprétariat

La barrière de la langue est évoquée par la totalité des médecins généralistes interrogés. Dans la thèse du Docteur Matz (5), portant sur les difficultés de prise en charge des patients précaires, y compris les patients migrants, 55% des médecins généralistes signalent des difficultés de communication. Ces difficultés portent sur le verbal et le non verbal. Elles ressortent également dans la thèse du Dr Douja, soutenue en 2012 à Nantes, portant sur la prise en charge de la dépression chez les migrants par les médecins généralistes (50). Dans l'enquête : « Patients immigrés dans la région rennaise, le regard du médecin généraliste » réalisée en 2007, la moitié des médecins généralistes rapportent que l'absence ou la mauvaise connaissance de la langue française (ou de toute autre langue commune de dialogue) est un problème « majeur » et indépassable (51), ce qui semble être confirmé par les résultats de notre étude.

Certaines études notamment nord-américaines soulignent que la non maîtrise de la langue peut aboutir à des erreurs diagnostiques et de traitement (52). C'est le cas notamment dans la revue de la littérature de Blackmore *et al.* sur la prévalence des troubles psychiques chez les demandeurs d'asile et les réfugiés. Les auteurs montrent en effet une prévalence plus élevée des troubles dans les études qui utilisent des interprètes ou qui sont réalisées dans la langue maternelle du patient que dans les autres. Ce résultat s'explique vraisemblablement par un mauvais repérage des troubles lorsque la consultation n'est pas faite dans la langue maternelle du patient. Il peut exister des nuances culturelles ou linguistiques difficiles à traduire par le patient lorsqu'il ne maîtrise pas la langue du pays d'accueil qui empêche le médecin de dépister certaines pathologies (41).

A cette barrière de la langue, la réponse la plus adaptée semble être l'utilisation d'un interprète. Cependant celle-ci est encore peu répandue. Lors de nos entretiens, les obstacles au

recours à l'interprétariat professionnel sont nombreux. Le coût et l'accessibilité sont des freins pour les médecins libéraux. De plus, cela nécessite une certaine organisation : « *C'est très compliqué parce qu'il faut l'avoir tout de suite, donc il faut que l'interprète soit disponible* », avec parfois une difficulté à trouver un interprète dans la langue nécessaire. Ces difficultés sont retrouvées dans d'autres études (53). Certains psychiatres en hôpital méconnaissent les systèmes d'interprétariat à disposition. Plus inquiétantes sont les oppositions de certains professionnels à utiliser l'interprétariat afin de ne pas prendre en charge ces populations. Il semble exister la crainte qu'un recours à l'interprétariat favorise la venue d'un public migrant au détriment des autres publics précaires (52). Cette problématique ne se retrouve pas dans nos résultats, la plupart des médecins interrogés étant volontaires pour s'occuper de ces populations, ils sont plutôt désireux d'un recours à l'interprétariat et embêtés quand celui-ci n'était pas possible.

Cependant, l'arrivée d'un interprète dans la relation médecin-patient soulève d'autres questions : quel interprète choisir ? Quelle est sa place dans la consultation ? Doit-il s'en tenir à un rôle de traducteur ou peut-il apporter son éclairage ethnologique ?

La plupart des médecins interrogés, dans notre étude, préfère l'interprétariat professionnel, malgré les contraintes que cela impose. Le recours à la famille ou à un membre de la communauté complique la liberté de dialogue selon eux. Un des médecins nous disait : « *Là, on suit un couple, on sait pas vraiment s'ils sont ensemble, on sait pas si lui il, enfin tu vois, s'il a pas un peu d'emprise sur elle. Donc c'est lui qui nous traduit les propos de la dame.* » C'est également ce qui est retrouvé dans l'étude de Brisset *et al.* sur l'interprétariat à Montréal, dans laquelle 71% du personnel interrogé se dit satisfait par un interprétariat professionnel (53). Un des médecins interrogés lors de nos entretiens en parlant d'interprétariat professionnel utilise le terme de « *co-thérapeute* », une autre parle de « *médiation santé* ». Les médecins recherchent donc dans cet interprète plus qu'un simple

agent linguistique mais aussi une personne apportant son éclairage culturel sur les paroles du patient. En effet, les recherches actuelles tendent à montrer qu'une posture neutre est non seulement difficile à tenir pour l'interprète mais également qu'elle n'est pas efficiente puisqu'elle ne rend pas compte de la complexité des échanges (54). Les travaux d'une équipe suisse tente d'analyser les rapports entre interprète, thérapeute et patient au cours de neuf thérapies. Les résultats montrent que les interprètes ont des visions proches de celle des patients mais partagent également des représentations communes avec le thérapeute. Cependant, thérapeute et patient ont des visions plutôt divergentes. Les auteurs de cette étude concluent alors, que l'interprète joue un rôle de médiateur qui contribue à l'ajustement de la relation médecin-patient (55). La traduction neutre n'est donc qu'une réponse parmi d'autre pour une bonne communication. En effet, la langue n'est qu'un petit aperçu du bagage culturel qui accompagne chacun des patients.

## **B. La culture**

La notion de culture est vaste et difficilement définissable. Tylor est un des premier à la définir en 1971 comme « l'ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société » (56). Elle est un ensemble dynamique de représentations en continuelle transformation. La culture remplit plusieurs fonctions : collectivement, elle permet d'identifier les membres d'une société à travers leurs manières de penser, de vivre, qui leur sont communes et qui leur confèrent une identité collective. Individuellement, elle donne une cohérence à nos conduites (2). Elle est aussi responsable de certains mécanismes de défense.

Cette prise en compte culturelle a pendant de longues années fait débat, les différentes thérapies oscillaient entre une clinique centrée sur la culture et une clinique plus classique supprimant les différences au nom d'une posture universalisante. De nos jours, la prise en compte de la culture en santé mentale est devenue une nécessité par l'ensemble des acteurs (57). Effectivement plusieurs médecins dans notre étude parlent des différences culturelles pouvant exister avec les patients. Ces différences culturelles se traduisent par des habitus et des codes différents qui peuvent également entraver la communication : « *C'est super compliqué quoi ! De réussir à parler à quelqu'un d'une culture différente dans le même langage quoi. Donc pas dans la même langue mais dans le même langage quoi.* ». C'est source de difficulté et de questionnement pour les médecins : « *on se pose la question sur comment ils fonctionnent.* ». Cette différence de référentiels peut avoir des conséquences à la fois sur l'expression des troubles, le diagnostic posé par le clinicien mais aussi sur l'observance au traitement du patient. Ainsi, l'ONU, dans son rapport de 2016 sur la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés en Europe, promeut la formation des professionnels à la transculturalité afin de permettre un meilleur repérage et un meilleur traitement des troubles (58).

### **C. Différentes approches transculturelles**

Cette approche transculturelle se retrouve dans l'ethnopsychiatrie. Ce courant créé en 1970 par G. Devereux repose sur le principe de « complémentarisme » (59). C'est une approche pluridisciplinaire qui regroupe les notions psychanalytique, anthropologique, sociologique. L'ethnopsychiatrie se base sur deux principes :

- L'universalité psychique c'est-à-dire l'unité fondamentale du psychisme humain dont découle le fait que les êtres humains sont égaux.

- Le fait que tout être humain a une culture (59).

Il ressort de cela que « *les symptômes des désordres psychiques varient en fonction de la culture ( ...) mais également qu'au-delà des différences existent des analogies évoquant l'existence d'invariant* » (60). La souffrance est universelle, elle fait partie de l'être humain, par contre la manière dont celui-ci l'exprime et réagit face à elle est culturelle.

L'objectif de l'ethnopsychiatrie est donc d'aborder correctement le mélange entre culture et symptômes. Il y a une véritable volonté de relier l'appartenance à une culture initiale, la présence d'un désordre psychique et comment celui-ci s'exprime dans la culture du pays d'accueil. M. Moro explique qu'il est impossible d'exprimer ses conflits intérieurs quand on ne connaît pas les codes nécessaires pour être compris (59).

Les dispositifs thérapeutiques d'ethnopsychiatrie nécessitent une prise en compte des variables culturelles. La thérapie est bien évidemment changeante, tenant compte de l'hétérogénéité des profils de patient rencontrés (61). Mais les travaux actuels montrent une bonne adaptation de cette technique à la population migrante (59).

Alors que dans notre étude, nous envisagions une relation triangulaire, l'ethnopsychiatrie envisage une consultation groupale avec plusieurs thérapeutes d'âge, de sexe et d'aires culturelles variés, des interprètes, le patient et plusieurs membres de sa famille. Un thérapeute principal mène la consultation mais chacun est invité à intervenir (62).

L'ethnopsychiatrie est à différencier de la médiation culturelle qui est une intervention ponctuelle en 5-6 séances espacées sur 4 à 8 semaines d'un médiateur ethno-clinicien qui rencontre l'équipe soignante et sa famille. Ce médiateur est issu du même groupe culturel que le patient, parle la même langue et connaît sa culture. En outre il a également connu l'exil. Il s'agit d'acquérir une meilleure compréhension d'une situation complexe à partir d'un éclairage culturel (57). Il est intéressant de noter, dans ces deux approches, le travail en

collaboration entre médiateur culturel et professionnel de santé. Il ne s'agit pas d'expliquer tous les troubles psychologiques par une simple altérité culturelle mais de réfléchir aux freins culturels sur la prise en charge afin de permettre une équité dans le soin.

A l'échelle du médecin généraliste, cela signifie de nous interroger sur les dimensions culturelles et les représentations des populations que l'on fréquente et d'intégrer les sciences sociales dans le fonctionnement de nos institutions. Leur implication dans notre discipline ne devrait plus être discutée. Cela implique de nous défaire de nos jugements hâtifs afin de mieux appréhender l'autre avec ses différences (2). Cela est valable pour tous les patients qu'ils soient migrants ou non.

### **III) Nombreux freins à une prise en charge en libérale**

#### **A. Une organisation libérale non adaptée**

La prise en charge du patient migrant est une des compétences demandées au médecin généraliste par la définition de World family doctors (WONCA) en 2000. C'est aussi une des caractéristiques retrouvées dans le référentiel « Métier et compétence du médecin généraliste » édité par le Collège National des Généralistes enseignants qui évoque le « patient s'exprimant mal en français » comme une situation mettant en jeu des compétences essentielles du médecin généraliste (56).

Ces objectifs sont cependant mis à mal par une organisation libérale non adaptée. Tout d'abord, cette prise en charge nécessite des institutions préparées qui valorisent le travail en équipe pluridisciplinaire et les consultations chronophages (63). La valorisation de ces consultations longues dans la cotation à l'acte pourrait être envisagée au même titre que certaines consultations pour d'autres publics qui nécessitent du temps (comme la Majoration

Enfant pour les Médecins Généralistes [MEG]). Mais comment les valoriser sans être stigmatisant ? Il semble assez évident qu'une majoration étiquetée pour le « public précaire » ou les détenteurs de l'ACS serait stigmatisante. Il pourrait être envisagé une majoration pour « soutien psychologique » afin d'encourager les médecins à accompagner ces patients. Mais au-delà de cette préoccupation financière, avec l'augmentation de la demande de soin, le temps reste un frein majeur.

Une autre solution pour ces consultations longues serait de les fragmenter et de faire revenir le patient. Malheureusement, les personnes interrogées m'ont régulièrement fait part d'un taux d'absentéisme très élevé et d'un nomadisme médical compliquant ce suivi. Dans l'étude du Docteur Gerbes *et al*, qui s'intéressent aux migrants précaires, 2/3 des patients suivis en santé-mentale sont perdus de vue après 3,5 mois de suivi. Ils ont cherché à connaître les facteurs de risques de perte de vue et retrouvent notamment : l'âge jeune, l'absence d'antécédent psychiatrique, l'absence de violence psychique ou d'enfant resté au pays. La détresse psychosociale est également un facteur de risque ainsi que l'absence de recours à un psychiatre au cours du suivi. Il est à noter que la multiplicité des intervenants et la nécessité d'interprétariat n'influencent pas le suivi (44). Ces résultats sont donc en faveur d'une prise en charge médico-psycho-sociale en équipe. Les médecins libéraux qui sont nombreux à soulever ce problème peuvent s'appuyer sur cette étude pour ne pas hésiter à adresser leurs patients aux structures adaptées, même si cela entraîne un risque de multiplier les intervenants. Cette orientation du patient peut être très importante car nombreux sont les patients qui ne connaissent pas les structures pouvant les prendre en charge de façon optimale.

## **B. Des lacunes dans la formation**

Le manque de formation des médecins généralistes est également un obstacle à cette prise en charge. Certains ne se sentent pas à l'aise avec la psychiatrie, d'autres se sentent insuffisamment formés aux problèmes spécifiques de cette population. Dans son cursus, le médecin généraliste reçoit une formation théorique à la psychiatrie durant son deuxième cycle d'étude associée à un stage pratique durant l'externat. Malheureusement, le domaine de la psychiatrie n'est pas un stage d'internat obligatoire. Les futurs médecins se forment pour la plupart lors de leurs stages en cabinet de médecine générale. Concernant la prise en charge d'un public précaire, à Montpellier, un cours sur les inégalités de santé est donné à tous les internes de médecine générale. Pour ceux présentant un intérêt pour le sujet, la faculté de médecine de Montpellier propose un Diplôme Universitaire Santé Solidarité Précarité et vient d'ouvrir un Diplôme Inter-Universitaire Exil, Droit et Santé. Néanmoins, le centre Primo-Levi dans son livre blanc souligne que les victimes de tortures sont les grands oubliés des programmes de formation. Le personnel médical n'est pas préparé à la prise en charge de ces personnes endeuillées et déracinées (64), pourtant les probabilités pour qu'un médecin soit confronté à ces problématiques sont importantes (65). Les associations s'occupant de ce public-là se sont saisies de cette lacune pour créer des centres ressources. Il en existe quinze en France dont sept en Île de France et le centre Frantz Fanon qui s'est ouvert récemment sur Montpellier (22). Bien entendu, cela nécessite une démarche de la part du médecin généraliste et cela cible donc les médecins sensibles à ces problématiques. Toutefois dans sa thèse N. Engels-Claden montre qu'en règle générale, les patients immigrés font confiance aux compétences de leur médecin généraliste en France. Ils ne remettent pas en question la formation des médecins qui apparaît plutôt comme une référence selon eux. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution car ils sont retrouvés pour une population d'immigrés arrivés en France depuis en moyenne 22 ans, tous en situation régulière, donc avec un niveau

d'intégration et d'imprégnation de la culture plus important que chez les demandeurs d'asile, réfugiés ou personnes en situation irrégulière récemment arrivés en France (33). Mais nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse que le manque de formation est une problématique probablement plus perçue par le médecin qui est confronté à ses propres questionnements lors de la prise en charge de ces patients.

#### **IV) Relation médecin-patient difficile à construire**

##### **A. Une relation de confiance**

La relation médecin-patient suscite depuis 40 ans l'intérêt de la communauté scientifique (66). Elle commence à être évoquée dans les années 40, notamment avec Michael Balint. Déjà, à l'époque il affirme que l'efficacité thérapeutique face à une maladie réside dans la construction de la relation médecin malade (50). Dans notre étude, la relation soigné-soignant est régulièrement abordée. Nous ne reviendrons pas sur la place de chacun des protagonistes dans les relations triadiques, qui a déjà été évoquée, mais il semble important de développer le rôle de la confiance qui se crée entre le médecin et son patient. La confiance est un élément central dans toute relation humaine. Elle est une construction complexe et multidimensionnelle. Balint affirme que la qualité du soutien et de l'écoute que le médecin est capable d'apporter à son patient est essentielle dans la thérapeutique (50). Ce soutien peut être plus difficile à mettre en place avec un patient migrant confronté aux désillusions et aux difficultés dans le pays d'accueil. Dans notre étude, les personnes interrogées soulignent en effet le manque de confiance en soi des patients et le manque de confiance envers leurs médecins « *Des difficultés aussi dans la relation à l'autre par rapport à la confiance, ils sont un petit peu sur la réserve. (...) Et un manque de confiance aussi en eux.* » Cette dévalorisation des patients en situation de précarité est également retrouvée dans la thèse du

Docteur Matz. Les médecins interrogés rapportent une « mauvaise image de soi » des patients (5). Cette dépréciation du patient est un obstacle à sa prise en charge car les patients dans la dévalorisation d'eux même ne se reconnaissent pas le droit à la santé. Il est donc essentiel de rétablir des rapports humains d'égal à égal : « *L'objectif premier c'est de remettre debout ces gens avec une estime de soi qui remonte* » comme le dit un médecin interrogé.

Pour rétablir ces rapports une réassurance est nécessaire : comme on le retrouve dans notre étude, les patients présentent une insécurité environnementale du fait d'une méconnaissance du système mais également d'une fragilité sociale. Cette fragilité peut exacerber l'appréhension présente chez toute personne lors d'une nouvelle rencontre. C'est pourquoi le premier contact est essentiel. Il est prouvé que, lors de cette première consultation, le ressenti du patient s'appuie peu sur les compétences médicales du médecin mais plutôt sur ses qualités relationnelles (empathie, disponibilité, écoute sont essentielles). Dans sa thèse sur le vécu de la relation médecin-patient du point de vue des patients immigrés, le Dr Engels-Claden, fait l'hypothèse que l'état de fragilité du patient le rend plus sensible aux capacités du médecin de le rassurer (33). Ce premier contact va donc déterminer l'envie du patient de reconsulter. La deuxième consultation et celles qui suivront permettent d'établir un lien de confiance et ainsi de donner la possibilité au patient de se confier sur des sujets intimes, sur ses peurs et ses angoisses.

Cependant les médecins de notre étude évoquent un sentiment d'impuissance, d'échec ressenti lors de certaines prises en charge, sentiment qui peut potentiellement altérer leur capacité à rassurer le patient. Ce sentiment d'impuissance est rapporté également dans le rapport rennais où les médecins se sentent impuissants en matière de prévention et estiment être incapables de jouer un rôle là-dessus (51). Dans notre étude, les médecins rapportent aussi une difficulté pour aborder les troubles. Dans la thèse s'intéressant aux difficultés de prise en charge ressenties par les migrants à leur arrivée en France, A. Mathieu souligne que

les migrants considèrent la relation avec le médecin généraliste très importante et préfèrent la prise en charge par le généraliste plutôt qu'à l'hôpital. Cette thèse souligne également que les patients ne savent pas qu'ils peuvent parler de leurs troubles psychologiques à leur médecin généraliste et aimeraient qu'il l'interroge plus (67). Même si cette question peut être perçue comme intrusive, elle semble essentielle quand on voit la prévalence des troubles et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur les conditions de vie et le statut social du patient. Tous ces éléments soulignent l'importance de la relation médecin-patient. Le médecin doit prendre confiance en ses capacités et lui aussi se sentir à l'aise avec son patient afin de pouvoir aborder le sujet de la santé mentale sans gêne ni détour.

## **B. L'aller vers**

Selon notre étude, les patients migrants semblent avoir de nombreuses appréhensions concernant notre système de santé. Cette représentation négative du système de santé et la peur du monde médical qui l'accompagne sont également retrouvées dans un rapport de l'ARS Lorraine en 2011 sur l'accès aux soins des publics précaires (5). Chez les personnes sans droits, ces appréhensions sont probablement majorées du fait de la peur de la délation. Certains patients expriment aux médecins sondés l'angoisse de devoir décliner leur identité dans des structures médicales. Ainsi le patient, par son appréhension du système de soin et par ses propres peurs, peut avoir des difficultés à faire le premier pas. C'est pourquoi, la notion de « l'aller vers » semble primordiale. Cette démarche consiste à aller au-devant de la personne pour « prendre soin » d'elle, sans attendre qu'elle manifeste une demande spécifique. La plupart des dispositifs liés à l'urgence sociale et psychologique s'appuient sur cette notion phare (68). En effet, consulter un médecin nécessite de reconnaître sa souffrance psychique et de faire la démarche de prendre rendez-vous pour en discuter. Depuis 1990 des

équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) s'étendent sur tout le territoire français. Cette dynamique permet de réduire les inégalités sociales. Elles s'adressent à toute personne qui ne peut pas se déplacer pour des raisons physiques ou psychiques, lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement social ainsi qu'aux populations dont l'accès aux soins paraît plus difficile. Ainsi, elle est adaptée à la population migrante (69). Elle permet de faire le lien avec les professionnels des structures en adaptant l'orientation à la demande du patient et à ses besoins. Elle permet aussi d'éviter le découragement de certains patients qui errent de structure en structure. Elle crée une passerelle vers le soin. Elle fabrique du lien. Elle diminue l'appréhension du patient envers le système de soin. Elle est une véritable aide pour l'établissement d'un lien de confiance.

### C. La différence de genres

Deux médecins femmes de notre échantillon abordent les différences de genre lors des entretiens. Elles font l'hypothèse que les patients hommes sont moins à l'aise avec un professionnel féminin qu'un professionnel masculin. Dans un premier temps elles expliquent ce phénomène par une différence culturelle. Dans certains pays, la place de la femme est encore difficile, les femmes médecins sont rares et les femmes ne sont pas systématiquement écoutées lorsqu'il s'agit de prendre des décisions : « *il fallait un rapport plus d'autorité masculine et que c'était pas aux femmes de décider* ». Une autre manière d'expliquer le phénomène est la présence de peu de femmes dans l'entourage des patients qui peuvent les rendre moins à l'aise avec un médecin féminin : « *Enfin ils sont beaucoup entourés de femme dans la profession et par contre ils sont entre garçons.* ».

Lorsque cette idée est ressortie dans un autre entretien, nous avons invité la médecin à développer ce point. Nous lui avons demandé si elle pense que ce blocage vient d'elle ou du

patient, ce à quoi elle a répondu : « *On a l'impression que c'est le patient qui veut pas mais c'est nous qui bloquons, enfin qui avons nos propres représentations.* ». Là encore il existe donc probablement un *a priori* du médecin. Cet *a priori* l'empêche de se sentir à l'aise avec le patient et donc joue sur la relation soignant-soigné. Il n'existe pas à ma connaissance cette donnée dans la littérature. Il serait intéressant de savoir si c'est un sentiment partagé par d'autres professionnels et/ou par les patients. En se référant à ma pratique clinique, cette différence de genre est en effet omniprésente. Il m'arrive en remplacement de médecin homme d'avoir des patients hommes surpris d'avoir une médecin femme. Il n'est pas rare non plus, lorsque je propose d'adresser un patient à un professionnel en santé mentale, qu'il me demande préférentiellement un genre particulier.

## V) **Le psycho-traumatisme complexe**

Les médecins interrogés avouent être en difficulté parfois pour reconnaître, dépister ou classer les troubles présentés. Nous avons eu la volonté de comparer ces difficultés décrites aux difficultés rencontrées en population générale retrouvées dans la littérature.

### A. **Difficulté comparable à la population générale**

Dans les difficultés de présentation clinique citées dans notre étude, trois d'entre elles apparaissent non spécifiques à cette population.

Premièrement, selon J.L Gallais, la psychologie s'inscrit dans une vision dynamique de la santé. Il ne s'agit pas seulement de reconnaître le symptôme et de le soigner ; il est en effet nécessaire de l'élargir à l'environnement de la personne, ses éléments de vie, son entourage...

Ces troubles sont multifactoriels et il faut donc s'appliquer à rechercher l'ensemble des facteurs ayant pu déséquilibrer le psychisme du patient qui se trouve en face de nous (48). Cet aspect multifactoriel des troubles est également évoqué par les médecins que nous avons interrogés. Un médecin évoque notamment une tentative de suicide d'un patient expliquant qu'elle est survenue suite à la décision négative de l'OFPPRA ; mais à cela s'ajoute un parcours de santé récent difficile et des difficultés conjugales. Cette vision multifactorielle complique bien évidemment la prise en charge car elle suppose d'agir sur les différents facteurs en cause. Malheureusement ces facteurs ne sont pas forcément dépendants du médecin, notamment le statut social et l'absence de droit du patient qui apparaît être un facteur essentiel dans le stress ressenti par le patient.

Deuxièmement, « *Le corps est le support, l'écran et la victime des troubles autres que somatiques.* », écrit J.L Gallais (48). Ainsi la somatisation se retrouve dans tout type de population.

Pour finir, les médecins perçoivent qu'une réponse seulement médicamenteuse n'est pas nécessairement la meilleure option face à ces troubles. C'est également le cas en population générale. Malheureusement cette notion n'est pas facilement acceptée par le public et il arrive qu'un long travail de motivation et d'information soit nécessaire pour une adhésion du patient à une prise en charge non médicamenteuse. En France, les médecins généralistes restent les plus grands prescripteurs de psychotropes (86% des tranquillisants, 84% des hypnotiques et 68% des antidépresseurs) avec une prescription pour 25% des patients (47). Chez les patients migrants, Gerbes *et al* rapportent que 57% des patients suivis par l'équipe mobile de psychiatrie sont sous traitement médicamenteux (44). Cette prescription peut être nécessaire, mais il est important d'évaluer la pertinence de l'indication initiale pour chacun des patients. Elle doit ensuite s'accompagner d'une réévaluation régulière de la situation clinique et de son indication (47).

## B. Spécificités de la population migrante

Toutefois il existe des spécificités dans cette prise en charge. T. Baubet indique que leur prise en compte est nécessaire pour le diagnostic comme pour le soin. Elles concernent à la fois le vécu pré-migratoire, l'expérience de l'exil, la dimension transculturelle et le vécu post-migratoire (70). Nous retrouvons, dans notre étude, cette spécificité du traumatisme. Le patient exilé est victime d'un « triple traumatisme » : un traumatisme motivant le départ, la violence de l'exil et le traumatisme découlant du déni de leur vécu par le pays d'accueil : « *Il peut y avoir un traumatisme de départ mais ensuite les troubles psychologiques sont nourris de tous les... tous les écueils qu'ils ont traversés et qu'ils continuent à traverser dans le pays d'accueil.* ». Les conséquences de ce triple traumatisme sont multiples et le seul trouble de stress post traumatique ne permet pas de les définir. Elles se retrouvent plus dans la notion de psycho-traumatisme complexe avec une altération de la régulation de l'état affectif, une altération de l'état de conscience et de l'attention, une somatisation, une modification chronique du caractère et une altération du système des sens (70). Ces éléments sont régulièrement cités lors de nos entretiens : « *une anxiété qui est majeure* », « *tristesse* », « *des problèmes de concentration* », « *une irritabilité* » « *une agressivité* ».

Certaines instances parlent également de syndrome d'Ulysse afin de qualifier ce phénomène chronique. Ce syndrome, décrit pour la première fois par le docteur Joseba Achotegui en 2002, définit les symptômes que l'on retrouve chez un migrant sans antécédent psychiatrique exposé à un stress chronique (71). Après avoir été exposé à la violence et au deuil, il se retrouve face à un stress d'adaptation dans ce pays où il ne connaît pas la langue, où il est isolé avec une dégradation de son statut social et peu d'opportunité de travail. Ce syndrome peut se présenter sous de nombreuses formes : anxiété, irritabilité, migraine, dépression, insomnie, perte d'appétit voire même dissociation (72). Cette notion n'a jamais

été citée dans nos entretiens, peut-être est-elle peu connue ou peu utilisée en France. Il semblerait néanmoins que ce regroupement de symptômes soit évoqué par les médecins sans pour autant qu'ils le nomment : « *Dépression, anxieux, des insomnies beaucoup... (...) Et puis beaucoup de plaintes somatiques... des douleurs... des maux de têtes... des vertiges...* »

Enfin une autre spécificité de la population migrante est la forte prévalence des troubles psychiques, notamment des troubles de stress post traumatique, beaucoup plus élevée qu'en population générale. Bien que cette prévalence soit très variable selon les études, elle s'élève de 11 à 80% pour les troubles de stress post traumatique et entre 22 et 61% pour les syndromes dépressifs alors qu'en population générale les taux de prévalence sont respectivement de 4% et 12% (41)

## **VI) Un système socio juridique non facilitant**

### **A. Un problème de précarisation sociale**

L'incertitude du devenir des patients est un obstacle également évoquée lors de nos entretiens. Pour le médecin, nous l'avons vu, la temporalité est très importante et pour le patient cette incertitude est source d'angoisse. La précarité de ce statut social rend toute démarche administrative difficile (trouver un logement, chercher du travail...) On peut ainsi faire un parallèle avec la pyramide des besoins ou pyramide de Maslow. Cette représentation hiérarchique des besoins, élaborée par Abraham Maslow dans les années 1940, permet de visualiser les différents niveaux de besoin allant du plus vital au besoin de développement personnel (**Annexe 4**). Pour la plupart des patients migrants, les besoins physiologiques ne sont pas remplis. Un médecin nous disait : « *ils sont arrivés à un tel stade de ... de précarisation qu'eux même ne savent plus par quoi il faudrait commencer* ». Cette pyramide

permet de comprendre qu'en l'absence des besoins physiologiques de base il est impossible pour le patient de s'accomplir, de se réaliser pleinement. L'apport d'une sécurité juridique, sociale et environnementale est essentiel.

## **B. Des réponses politiques inadaptées**

Il existe à l'échelle nationale de nombreux dispositifs pour essayer de combler ces carences, mais ils sont malheureusement mal coordonnés (73). Dans son livre blanc, le centre Primo Levy souligne que les questions légales et administratives sont tellement complexes que les professionnels peuvent être dans une grande situation de confusion. Les décisions politiques sont malheureusement parfois inadaptées devant la méconnaissance des services publics aux besoins locaux et également source de surcoût inutile. Ils décrivent le système comme inadapté et ne favorisant pas le travail pluridisciplinaire et l'implication des différents intervenants. La rigidité de la sectorisation en matière psychologique et psychiatrique, le manque de flexibilité dans les rendez-vous, l'absence de subvention pour financer des interprètes sont autant de limites imposées par un système qui a peu évolué (64). C'est ce que souligne également un médecin interrogé en rapportant que les décisions sont prises sans pairs-aidant : *« c'est-à-dire qu'on a quand même des structures qui vivent qui sont payé et qui ont, quand même, des ressources et des revenus pour s'occuper des personnes comme ça et qu'en fait c'est eux qui décident ce qu'il faut faire pour ces personnes-là »*

De plus, les structures sont insuffisantes en nombre (64). En cela l'ouverture du Centre Frantz Fanon à Montpellier a été qualifiée de « bouffée d'air frais » lors des entretiens. Malheureusement, la structure a été très rapidement saturée et des difficultés à orienter les patients vers cette structure sont apparues. L'accès aux soins est également difficile pour les personnes ayant des droits ouverts, en 2010, 41% des médecins spécialistes refusaient les

patients CMU (20). Certains médecins interrogés rapportent enfin des difficultés pour une prise en charge hospitalière de ces patients : « *des personnes en situation vraiment de grosse crise... on décide de les faire hospitaliser au CHU, sachant que c'est hyper compliqué voilà ! Voilà même en situation dramatique avec risque suicidaire des fois ce n'est pas gagné.* ». Leur statut précaire pouvant être un frein à une hospitalisation.

Malheureusement la reconnaissance des droits semble se détériorer progressivement : notamment via la restriction de l'accès à la protection maladie pour les personnes les plus vulnérables (74). Or la reconnaissance du statut de réfugié et du statut de victime apparaît fondamentale pour la thérapie. La façon dont la personne va être reconnue, entourée et prise en charge après le traumatisme est en effet essentielle pour le pronostic ultérieur (40).

## **VII) Une inadéquation difficile à combler**

Tous ces éléments nous amènent à la théorie que le patient migrant se retrouve face à un médecin qui n'a, la plupart du temps, pas les clés pour lui venir en aide. Le médecin quant à lui se trouve démuné face à un patient évoluant dans un référentiel différent.

Les médecins généralistes ont l'habitude d'une consultation avec un motif qu'ils orientent par leur interrogatoire. Un diagnostic ressort de leur examen clinique qu'il confirme par des examens complémentaires ou résolve par un traitement. C'est une prise en charge qui se veut systématiser. Dans sa thèse K. Hammou rapporte le point de vue des médecins généralistes sur leur relation avec des patients en situation de précarité, non migrants. Il évoque la ritualisation d'une consultation qui s'effectue en trois temps : un rituel d'accueil, un rituel d'examen (interrogatoire, examen clinique, diagnostic, prescription) puis un rituel de séparation (règlement). Cette ritualisation est sécurisante pour chacun des protagonistes (75).

Notre étude montre que cette systématisation et cette ritualisation sont difficiles à mettre en place avec un patient migrant. La prise en charge des troubles psychologiques des populations migrantes nécessite en effet une prise en charge globale, en réseaux entraînant des consultations plus longues et plus complexes et un investissement particulier de la part du médecin. C'est également ce que K. Hammou rapporte avec le public en situation de précarité qu'il présente comme « hors-norme ». Hormis cette thèse portant sur le public précaire nous n'avons pas trouvé, dans la littérature scientifique, d'article soulevant cette problématique chez un public migrant.

Face à cette inadéquation dans la prise en charge, plusieurs associations ont investi le champ de la santé des personnes exilées : le Comede, Médecin du Monde, le centre Frantz Fanon, Osiris, le centre Primo-Levy... Elles permettent une organisation adaptée à la prise en charge de cette population, avec une équipe pluridisciplinaire sur place, l'intervention d'un interprète et des temps de consultation allongés.

De plus, les médecins généralistes pour la plupart ne connaissent pas nécessairement la problématique migrante ni le système social utile à sa prise en charge optimale. Le médecin n'a pas non plus de connaissance théorique et/ou une pratique suffisante sur le psycho-traumatisme. Il n'a pas été formé à prendre en compte le rapport au corps, être réceptif aux parcours d'exil et aux enjeux culturels (64). Cette lacune le place également dans un rapport non sécurisant avec son patient. Il est important pour les médecins de comprendre l'impact des facteurs sociaux et culturels sur la santé pour fournir des soins centrés sur le patient (76). Il apparaît néanmoins qu'une écoute attentive et un accueil dans la dignité est essentiel. Le médecin doit faire preuve d'humilité face à ces patients dont il ne connaît pas le parcours et parfois il doit mettre de côté ses représentations pour essayer de comprendre au mieux les choix et les volontés du patient sans jugement : U. Cabrel et E. Longueville écrit « *ne me juge pas, ça n'a pas de sens d'appliquer ta morale à ma vie* » dans le livre Boza qui relate le

parcours d'un mineur non accompagné (77). Ce regard neutre, difficile à avoir en pratique semble néanmoins capital dans cette prise en charge. On retrouve ainsi la notion initiale qui est de défaire nos représentations et d'intégrer le patient ainsi que ses croyances dans la prise en charge. Malheureusement nous n'avons trouvé que des travaux de thèses pour appuyer notre théorie. Il est donc essentiel de poursuivre la recherche sur ce sujet afin d'améliorer notre prise en charge et d'étoffer les connaissances de cette problématique.

## **CONCLUSION**

Cette étude explore les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile, des réfugiés et des personnes en situation irrégulière. Le médecin généraliste ressent des freins culturels, organisationnels, relationnels et politiques au cours de cette prise en charge. Il se sent parfois démuni devant la nature des troubles présentés. Il existe une inadéquation entre sa prise en charge habituelle et les besoins du patient.

Il ressort cependant que le dépistage des troubles psychologiques et leur prise en charge est essentielle pour une meilleure adaptation du patient à son nouvel environnement. Afin de faciliter l'intégration de ce patient, qui a traversé de multiple rupture et deuil, il est nécessaire de l'accueillir en tant que personne avec tout le bagage culturel qu'il transporte, l'utilisation d'un interprète, lorsque cela est nécessaire, paraît donc essentiel.

Le médecin a besoin d'adapter sa prise en charge. Une modification organisationnelle apparaît importante avec un allongement du temps de consultation et des consultations sans rendez-vous. Cette prise en charge passe également par l'obtention de droit sociaux pour le patient. Ainsi un travail en réseaux avec les acteurs médicaux et sociaux est indispensable. Afin que ces modifications soient possibles, une revalorisation de ces prises en charge est nécessaire. La santé publique doit se saisir de ces écueils afin d'améliorer le suivi en santé mentale des migrants et apporté son aide aux structures misent en place dans cette objectif.

La relation médecin-patient apparaît essentielle à construire pour que le patient se sente en confiance et puisse livrer son vécu souvent extrêmement douloureux. Pour cela le médecin généraliste doit sortir des référentiels connus pour comprendre et aider ces patients. Il est nécessaire de se déplacer vers ces populations pour les rassurer sur le monde médical,

les aider à connaître le système de soins et les orienter vers les structures les plus adaptés à leur problème. C'est pourquoi le développement d'équipes mobiles est crucial.

De plus, la multiple présentation des troubles est souvent source d'errance diagnostique et d'examens complémentaires coûteux non nécessaires. La formation des professionnels à ce genre de problématique apparaît comme essentielle.

Certaines de ces difficultés peuvent s'étendre à tout le public en situation de précarité. Des spécificités se dessinent néanmoins. Il s'agit de trouver un équilibre juste entre reconnaître cette population comme vulnérable et ne pas la discriminer davantage dans la prise en charge.

## **Bibliographie**

1. Abubakar I, Devakumar D, Madise N, Sammonds P, Groce N, Zimmerman C, et al. UCL–Lancet Commission on Migration and Health. The Lancet. sept 2016;388(10050):1141-2.
2. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus.
3. COMEDE. Rapports annuels 2019 | Comede Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
4. Wolmark L. Des structures et des hommes. mars-avril2012;(36):8.
5. Matz C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et Moselle. 2011.
6. La Cimade. Centre de soins et de ressources Frantz Fanon. La Cimade. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/activite/centre-de-soins-et-de-ressources-frantz-fanon/> Consulté le 02/04/2020
7. ONU. Migrations ONU Disponible sur: <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/> consulté le 6/05/2020
8. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. The Lancet. déc 2018;392(10164):2606-54.
9. ONU Migrations. Termes clés de la migration. Organisation internationale pour les migrations. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> consulté le 31/03/2020
10. L'agence des Nations Unis pour les Réfugiés. Aperçu statistique des personnes déracinées dans le monde. UNHCR. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/apercu-statistique.html> consulté le 6/05/2020
11. Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés [Internet]. Disponible sur: [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/convention\\_1951\\_protocole\\_1967.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/convention_1951_protocole_1967.pdf)
12. INSEE. Étrangers – Immigrés – Tableaux de l'économie française Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/4277645?sommaire=4318291> consulté le 6/05/2020
13. OFPRA. Rapports d'activité 2017 OFPRA Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>
14. Ministère de l'Intérieur. Chiffres de l'immigration Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles> consulté le 6/05/2020
15. Desgrées du Loû A. Santé des immigrés : la transition épidémiologique à l'échelle individuelle. Rev Prat mai 2019 ;69. Disponible sur:

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-des-immigres-la-transition-epidemiologique-lechelle-individuelle>

16. OFPRA. Demander l'asile en France Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france> consulté le 31/03/2020
17. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. PARIS: PUF; 1987.
18. de Champs Léger H, Rieutord G, Lamache P. Particularités de la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité. Rev Prat. avr 2020;70:379-83.
19. Médecin du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2019 Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2019>
20. Birouste G. Inégalités de santé et précarité. DU Santé Solidarité Précarité; 2020 janv.
21. Stanojevich EA, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. Santé Homme. déc 2007;(392). Disponible sur: /notices/reperes-sur-la-sante-des-migrants
22. Montagut M. Centre de Soins et de Ressources Frantz Fanon Rapport d'activité 2019. 2019;42.
23. Vignier N. Profils de santé des migrants en France. Rev Prat. mai 2019;69:555-60.
24. Score EPICES Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP\\_07\\_02\\_2019\\_Score\\_EPICES.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf) consulté le 11/05/2020
25. Améli. Protection universelle maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie> consulté le 10/05/2020
26. Améli. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ?. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment> consulté le 11/05/2020
27. Améli. En situation irrégulière - AME Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame> consulté le 11/05/2020
28. Bertrand X, Borloo JL. Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat. Légifrance. 2005 Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=12928>
29. Borloo JL, Douste-Blazy P, Olin N. Circulaire DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (Article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003). Légifrance. 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=18852>

30. Lefebvre O, Maille D. Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants? Rev. Prat. mai 2019;69:567-72.
31. Durecru E. Ressenti des migrants sur leur état de santé au cours de leur périple jusqu'en France à travers l'exploitation de leurs expériences vécues. 2019.
32. Tantet C., Delaporte C, Cordel H. Violences faites aux femmes migrantes : mieux les repérer Rev. Prat. juin 2019;69:676-78 Disponible sur:  
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/violences-faites-aux-femmes-migrantes-mieux-les-reperer>
33. Engels-Claden N. Le vécu de la relation médecin-patient du point de vue des patients d'origine étrangère. 2014.
34. Veïsse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. BEH: janvier 2012:5.
35. Baubet T, Saglio-Yatzimirsky M-C. Santé mentale des migrants : des blessures invisibles Rev. Prat juin 2019;69:672-75. Disponible sur:  
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>
36. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
37. Joboory SA, Soulan X, Lavandier A, Jammes JTS, Dieu E, Sorel O, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. Annales médico-psychologique, 2019; 177:717-21 Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/1316471/resultatrecherche/11>
38. Maury C, Abbal T, Moro M-R. Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. Annales médico-psychologique 2019;174:266-273 Disponible sur :[www.em-Premiumcomdatarevues00034487v174i4S0003448715003765](http://www.em-Premiumcomdatarevues00034487v174i4S0003448715003765). 13 avr 2016;174(4):266-73.
39. Goudjo A. Les obstacles à l'accès aux soins des plus démunis, regard du Samu social de Paris. Soins juillet/aout 2017;817 Disponible sur [www.em-Premiumcomdatarevues00380814v62i817S0038081417301846](http://www.em-Premiumcomdatarevues00380814v62i817S0038081417301846)
40. Zadikian M, Jung C, Ben Kemoun J-M, Bouyssy M, Soussy A. Psychotraumatisme et demande d'asile – enquête au sein de la Cafda (2015–2016). Rev Médecine Légale. févr 2018;9(1):18-26.
41. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 21 sept 2020;17(9). Disponible sur:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505461/>

42. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1 juill 2009;69(2):246-57.
43. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 5 août 2009;302(5):537.
44. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 2015;91(3):243.
45. Mazur VM-L, Chahraoui K, Bissler L. Psychopathologies des demandeurs d’asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. *L’Encéphale.* 5 juin 2015;41(3):221-8.
46. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. 2016.
47. Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie,* 37-956-A-20,2002, 6p Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/4321/resultatrecherche/2>
48. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.
49. Paillé P, Mucchielli A. L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales Armand Colin; 2012 Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
50. Douja A. Prise en charge de la dépression chez le migrant en médecine générale : difficultés et attentes des praticiens. 2012.
51. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise le regard des médecins généralistes. *Rapport d'enquête,* mars 2007:49.
52. Beal A, Chambon N. Le recours à l’interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome.* 2015;N° 55(1):9-19.
53. Brisset C, Leanza Y. L’interprétariat en santé mentale à Montréal. *Rhizome.* 2015;N° 55(1):20-7.
54. Chernyshova E, Ticca AC. L’interprète comme « machine à traduire » et la négociation de la signification en interaction : deux pratiques en tension ? *Rhizome.* 2 avr 2020;N° 75-76(1):67-76.
55. Elghezouani A, de Roten Y, Boss-Prieto O, Madera A. Analyse de l’alliance thérapeutique dans la psychothérapie interculturelle : une approche interactionniste. *Actual Psychol Interact Pensée Perspect Dialogiques.* 2007;(19):147-51.

56. Deboudt H. La souffrance psychique des migrants précaires et son évolution dans le temps : le point de vue des intéressés exploré à distance par entretiens semi dirigés. 2019.
57. Lepoutre L, Sommaire JC, Valentine A, Dubret G. Sensibilités culturelles et ethniques en santé mentale. *Pluriels* ;(31-32). Disponible sur: [http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/pluriels/PLU31\\_32/plu31\\_32.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/pluriels/PLU31_32/plu31_32.html)
58. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. 2016.
59. Moro M. Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé Ment Au Qué.* 1992;17(2):71-98.
60. Nathan T. *La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique.* 2e édition. Paris: Dunod; 2001. xxxvi+241. (Psychismes).
61. Pocreau J-B, Martins Borges L. Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé Ment Au Qué.* 2006;31(2):43-56.
62. Lecomte Y, Jama S, Legault G. Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé Ment Au Qué.* 2006;31(2):7-27.
63. Cailhol J., Lombrail P, Quelles pistes pour améliorer la santé des migrants en situation de vulnérabilité ? *Rev Prat* juin 2019;69:668-70 Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/quelles-pistes-pour-ameliorer-la-sante-des-migrants-en-situation-de-vulnerabilite>
64. Aeberhard P, Attali J, Benasayag M, Bouchet P, Costa-Gavras C, Gaudé L, et al. Soigner les victimes de tortures exilées en France - Livre blanc 2012 Disponible sur: <https://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/livreblancversionfinale.pdf>
65. Avre. *Le praticien face à une victime de torture. Guide.* 2005. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le\\_praticien\\_face\\_a\\_une\\_victime\\_de\\_torture.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_a_une_victime_de_torture.pdf) consulté le 25/01/2020
66. Genet M, Lheureux F, Truchot D. La relation soignant–soigné dans la littérature académique : tendances générales, limites et perspectives futures. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2018;176(2):135-44.
67. Mathieu A. *Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Thèse d'exercice].* [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
68. Mathieu F, Moissinac S. « L'aller-vers » : entre érogénéité nécessaire et scénario pervers Mouvements et fantasmes de séduction dans la relation transférentielle avec les sans domicile fixe. *Clin Mediterr.* 6 nov 2013;n° 88(2):203-18.
69. Mercuel A. « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome.* 12 juill 2018;N° 68(2):3-4.

70. Baubet T, Abbal T, Claudet J. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : spécificités cliniques et thérapeutique Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/323654321\\_Traumas\\_psychiques\\_chez\\_les\\_demandeurs\\_d'asile\\_en\\_France\\_des\\_specificites\\_cliniques\\_et\\_therapeutiques/link/5aa1e0d20f7e9badd9a58b59/download](https://www.researchgate.net/publication/323654321_Traumas_psychiques_chez_les_demandeurs_d'asile_en_France_des_specificites_cliniques_et_therapeutiques/link/5aa1e0d20f7e9badd9a58b59/download) consulté le 9/01/2021
71. Estella Zapata Serna G. Les migrants : le syndrome d'Ulysse Cours droit internationale de l'immigration; 2014 (Dialnet; vol. 5). Disponible sur: <file:///C:/Users/marie/AppData/Local/Temp/Dialnet-LesMigrants-5206378.pdf>
72. Bianucci R, Charlier P, Perciaccante A, Lippi D, Appenzeller O. The "Ulysses syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. Eur J Intern Med. 1 juin 2017;41:30-2.
73. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
74. Veisse A. Santé des migrants en Europe : au-delà de la santé publique, un enjeu éthique et politique ? Rev Prat juin 2019;69:684-5. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-des-migrants-en-europe-au-dela-de-la-sante-publique-un-enjeu-ethique-et-politique-0>
75. Hammou KB. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. :161.
76. Netgen. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2407/22444>
77. Cabrel U. Boza ! - Babelio.

## **Annexe 1 : Mot d'introduction et guide d'entretien**

### **Mot d'introduction**

Bonjour,

Je vais d'abord me présenter, rappeler un peu le contexte de cet entretien puis on pourra commencer l'entretien. Si vous êtes d'accord je me permettrai de prendre des notes et de vous enregistrer pendant la totalité de l'entretien.

Pour ma part, je suis Marie Lerigoleur, médecin remplaçante. J'ai fini mon internat en octobre 2019 et je travaille sur ma thèse depuis septembre 2019. Je vous ai contacté dans le cadre de ce travail.

Concernant ma thèse, l'objectif de mon travail est d'explorer votre expérience dans la prise en charge des troubles psychologiques des personnes migrantes. Pour cela j'interroge plusieurs médecins généralistes dans la région sur un mode d'entretien semi directif.

Maintenant le médecin traitant est au cœur de la prise en charge de ces personnes en étant le premier recours au soin. Vous avez donc de grande chance d'avoir été confronté à ce type de population et de problématique, c'est pourquoi je m'intéresse aux difficultés que vous avez rencontrées à travers vos vécus ou de vos appréhensions.

Bien entendu l'objectif de cet entretien est que vous puissiez vous exprimer librement. L'anonymat sera gardé. Vous pouvez me faire part de vos doutes ou de vos craintes face à ce genre de situation sans avoir peur d'être jugés. Ce qui m'intéresse vraiment c'est votre expérience. Je ne suis pas là pour évaluer vos connaissances ni vos prises en charge mais bien pour faire un état des lieux des difficultés rencontrées et ainsi peut être réfléchir sur des solutions pour vous aider.

Si vous êtes d'accord on va commencer.

### **Guide d'entretien :**

- 1) Comment voyez-vous votre expérience face à la population migrante ?
- 2) En parlant de troubles psychologiques qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- 3) Comment abordez-vous les troubles psychologiques avec les patients migrants ?
- 4) Souvenez-vous d'un patient migrant chez qui vous vous êtes questionnés. Qu'est ce qui s'est passé ? Qu'avez-vous ressenti ? Comment l'avez-vous vécu ?
- 5) Selon vous quelles particularités existent dans les troubles psychologiques chez les migrants dans votre pratique ?  
Relance si nécessaire : existent-ils d'autres particularités que vous souhaiteriez aborder sur les troubles psychologiques dans cette population ?
- 6) Vers quelles ressources (associations, partenaire, site internet...) vous tournez vous dans ces situations ? => Remplacée par : Comment imaginez-vous l'évolution, à l'avenir, de la prise en charge des troubles psychologiques chez les personnes migrantes ?

## **Annexe 2 : Fiche de consentement**

Je, soussigné Mr/Mme \_\_\_\_\_ déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer à l'étude concernant l'exploration des difficultés de prise en charge des troubles psychologiques chez les personnes migrantes en médecine générale. Cette étude est sous la co-direction de Mr Cyril JAUME et Mme Béatrice LOGNOS et son investigateur principal est Mme Marie LERIGOLEUR.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif. Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : Je m'engage à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Le participant

L'investigateur principal

### Annexe 3 : Exemple d'analyse de texte sur échantillon d'entretien

Entretien A : page 7 Question 4 :

« Et donc on a donné un traitement psychologique... un traitement symptomatique.// Alors pour ce patient il est polyglotte, il parle Italien, il parle français, il parle la langue de son pays, il parle anglais donc ça ça aide bien. Mais il y a d'autres patients pour lesquels on est obligé de passer par la plateforme. Ça prend beaucoup de temps, c'est très... c'est pas toujours facile de comprendre et de cerner le problème. Il y a des quiproquos on s'aperçoit. Moi j'avais compris par exemple avec un patient qu'il avait déjà un rendez-vous avec le chirurgien et en fait non. On a mis au point les choses aujourd'hui. La barrière de la langue, c'est vraiment quelque chose très lourd. // ➡ **Barrière de la langue : chronophage**

Donc ce sont des pathologies particulières qui sont très très centré sur le traumatisme psychologique. Avec un profil dont on a pas du tout l'habitude. C'est pas (rire) une population de malade comme dans mon cabinet. C'est des patients qui ont des maladies chroniques, stabilisés pour la plupart qui viennent renouveler leur ordonnance, qui viennent me montrer leur bilan biologique du trimestre. C'est plan plan quoi (rire). Là c'est pas ça (rire). Chaque élément un problème à résoudre à chaque fois. // ➡ **Pathologies différentes de population générale**

En plus de ça, c'est des va et vient entre les lieux d'hébergements et l'unité entre les infirmiers et les infirmières. J'ai demandé, on s'est coordonné, pour que quand je fais une consultation et le médecin psychiatre aussi, il y ai un infirmier ou une infirmière qui soit là. Pourquoi ? Parce que si on prescrit un médicament, ils n'ont pas la possibilité d'aller en pharmacie de ville donc il faut vite vite, allez, s'il y a un traitement qui démarre, faxer l'ordo. Dire au pharmacien de Lapeyronie, la pharmacie centrale qu'on a besoin de ça, aller le chercher dans les 10-15min et le donner au patient en expliquant quand la langue n'est pas comprise, en essayant d'expliquer dans les meilleures conditions. Ça aussi c'est une gymnastique. Et les infirmiers/infirmières ont des horaires...enfin voilà ils sont employés de telle à heure à telle heure. A 17h ça s'arrête donc je suis seul après 17h s'il y a un traitement à démarrer bah je me débrouille. Y a une petite réserve minuscule, il faut arriver à trouver des solutions. Ça aussi c'est vraiment chronophage.//

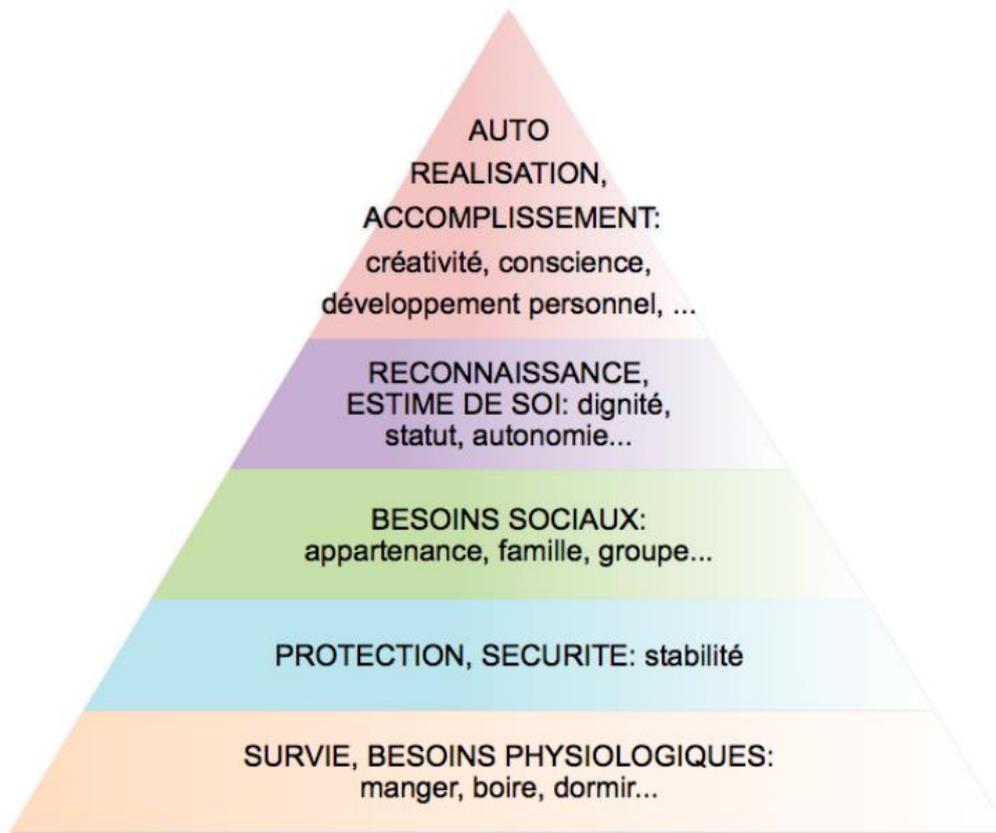
➡ **Difficultés de l'accès aux soins**

Alors il y a encore un autre problème. Grave, enfin grave qui est bien ... Le taux

d'absentéisme dans un cabinet de ville (hésitation), dans le mien il doit être à 1 ou 2%, ici c'est... au début quand je suis arrivée c'est 50% (*rire*). Donc il y avait un rdv sur 2 où il n'était pas là. Alors là ça va nettement mieux, je donne un petit carton à chaque patient pour qu'il sache à quelle heure etc. Les infirmiers sont au courant puisque je note dans le dossier la date et l'heure du prochain rdv donc quand il y retourne il rappelle le rendez-vous. On a peut-être l'occasion de faire un système de rappel de rendez-vous par sms, j'y travaille, j'y arriverai peut-être (*rire*) Voilà ». //

➡ Absentéisme.

## Annexe 4: La pyramide de Maslow



*Sens de la progression : du bas vers le haut*

## Serment d'Hippocrate

### *SERMENT*

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La prévalence des troubles psychologiques chez les demandeurs d'asile, réfugiés ou personnes en situations irrégulières est beaucoup plus élevée qu'en population générale. Les médecins généralistes ont de forte probabilité d'être confronté à cette problématique. Cette étude explore les difficultés de prise en charge des troubles psychologiques des migrants en situation de précarité en médecine générale. **Matériels et méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes interrogés sur un mode semi-directif. Initialement une analyse thématique a été menée, complétée par une analyse à l'aide de catégories conceptualisantes afin d'arriver à une théorisation ancrée à visée phénoménologique. **Résultats :** Treize entretiens ont été réalisés qui ont permis de mettre en évidence cinq catégories à l'origine de difficultés dans la prise en charge des troubles psychologiques. On retrouve notamment des barrières dans la communication avec des freins à une prise en charge en libérale et une relation médecin-patient difficile à construire. Au sein d'une universalité psychique du psycho-traumatisme des spécificités se dessinent. Enfin le suivi de ces patients est difficile à inscrire dans un système socio-juridique complexe. Il y a donc une inadéquation dans le soin entre le médecin et son patient. La prise en charge ritualisée que le médecin à l'habitude d'appliquer se heurte aux repères différents du patient. **Conclusion :** Certaines spécificités se dessinent dans la prise en charge en santé mentale des personnes migrantes. Il s'agit de trouver un équilibre juste entre reconnaître cette population comme vulnérable et ne pas la discriminer davantage dans la prise en charge.

### MOTS-CLÉS :

Médecine générale ; analyse qualitative ; migrants ; précarité ; santé mentale ; psycho-traumatisme complexe ; ethnopsychiatrie ; relation médecin-patient