



**HAL**  
open science

# Freins et leviers à la prise en charge en soins premiers des psychotraumatismes des exilés en Île-de-France

Yichiao Wang

► **To cite this version:**

Yichiao Wang. Freins et leviers à la prise en charge en soins premiers des psychotraumatismes des exilés en Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03461703

**HAL Id: dumas-03461703**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03461703>**

Submitted on 1 Dec 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 - NoDerivatives 4.0  
International License

**SOUTENANCE A CRETEIL**

**UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL**

**FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2019-2020**

**N°**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE**

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**Discipline : Médecine Générale**

-----

**Présentée et soutenue publiquement le :  
05 Mars 2020**

**à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

-----

**Par**

**Yichiao WANG**

**Née le à ,**

-----

**Freins et leviers à la prise en charge en soins  
premiers des psychotraumatismes des exilés en Île-  
de-France**

**DIRECTEUR DE THESE :  
MME Sophie VALLOT**

**LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE  
Bibliothèque Paris Est Créteil**

**Signature du  
Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque  
universitaire**

**SOUTENANCE A CRETEIL**

**UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL**

**FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2019-2020**

**N°**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE**

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**Discipline : Médecine Générale**

-----

**Présentée et soutenue publiquement le :  
05 Mars 2020**

**à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

-----

**Par**

**Yichiao WANG**

**Née le      à      ,**

-----

**Freins et leviers à la prise en charge en soins  
premiers des psychotraumatismes des exilés en Île-  
de-France**

**DIRECTEUR DE THESE :  
MME Sophie VALLOT**

**LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE  
Bibliothèque Paris Est Créteil**

**Signature du  
Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque  
universitaire**

## REMERCIEMENTS

Au Docteur Sophie VALLOT, pour ses aides, ses conseils, et son temps et son esprit consacrés à la direction de ma thèse.

Au Docteur Pascal REVAULT, ancien directeur opérationnel du Comede, pour ses conseils et son partage des littératures, qui ont permis l'élaboration du sujet de ce travail.

Au Docteur Olivier BISMUTH, mon maître de stage de niveau I, pour l'opportunité de rencontrer les patients exilés dans les PASS, à l'origine de l'inspiration de cette recherche.

À tous les médecins ayant participé aux entretiens pour le partage de leurs expériences précieuses.

À Hugues pour son assistance informatique et technique et surtout son soutien au quotidien.

À ma chère famille et mes amis à l'autre bout du monde pour leur soutien et encouragement à chaque moment difficile.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
1. Avant-propos .....	6
2. Définitions .....	7
3. Forte croissance de demandeurs d’asile et de réfugiés en France .....	8
4. Droits des exilés en France .....	8
4.1. Droits à la protection internationale en France .....	9
4.2. Titre de séjour pour raison médicale .....	9
4.3. Droits au logement et à l’allocation .....	10
4.4. Droits au travail .....	10
4.5. Droits à la protection maladie .....	10
5. Dispositifs de soins en France pour les exilés sans droit commun .....	11
5.1. Permanences d’accès aux soins de santé (PASS) .....	11
5.2. Structures de prise en charge de la santé mentale des exilés .....	12
6. Plus d’obstacles structurels à l’accès aux soins pour les exilés .....	12
7. Obstacles psycho-sociaux sur le parcours de soins des exilés .....	13
8. Risque accrus des troubles psychotraumatiques chez les exilés .....	14
9. La prise en charge des psychotraumatismes des exilés, un enjeu de santé publique .....	15
10. Objectif de l’étude .....	15
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>17</b>
1. Type de l’étude et population .....	17
2. Recueil des données .....	17
2.1. Recrutement .....	17
2.2. Entretiens semi-dirigés .....	18
2.3. Guide d’entretien .....	18
3. Analyse des données .....	19
4. Position du chercheur dans l’étude .....	20
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>20</b>
1. Système de santé .....	21
1.1. Organisation des soins .....	21
1.2. Difficultés d’accès aux soins des exilés .....	22
2. Idées préconçues .....	26
2.1. Migrants .....	26
2.2. Accueil en France .....	28
2.3. Rôle du médecin généraliste .....	29
3. Prise en charge par les médecins généralistes .....	30
3.1. Spécificité .....	30
3.2. Implication du médecin .....	34
3.3. Suivi au long cours .....	36
3.4. Prise en charge psychologique/psychiatrique .....	37
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>44</b>
1. Résultats principaux .....	44
2. Forces et limites .....	46
2.1. Force de l’étude .....	46
2.2. Limite de l’étude .....	46
3. Interprétation des résultats et confrontation littéraire .....	46
3.1. Inégalité d’accès aux soins pour les publics précaires, exilés compris .....	46
3.2. Exilés, des patients complexes nécessitant une prise en charge globale et adaptée .....	49
3.3. Barrières linguistique et culturelle, des freins à une communication efficace .....	51

3.4. Prise en charge des psychotraumatismes liés à l'exil en médecine générale ambulatoire .....	53
4. Perspectives .....	56
4.1. Former les médecins généralistes en soins des exilés.....	57
4.2. Pratique clinique.....	57
4.3. Organisation des soins, politiques.....	58
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>

## GLOSSAIRE

ADA : Attestation de Demande d'Asile

Ada : Allocation pour demandeur d'asile

AME : Aide médicale de l'état

ARS : Agence régionale de santé

CADA : centre d'accueil de demandeurs d'asile

CMP : Centre médico-psychologique

CMS : Centre municipal de santé

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

CSAPA : Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DIU : Diplôme interuniversitaire

ESPT : Etat de stress post-traumatique

FNARS : Fédération des acteurs de la solidarité

GUDDA : Guichet unique de la demande d'asile

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISM : Inter Service Migrant (Service d'interprétariat)

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODSE : Observatoire du droit à la santé des étrangers

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OQTF : Obligation de quitter le territoire français

PADA : Plateforme d'accueil des demandes d'asile

PTSD : Post-traumatic stress disorder

PUMa : Protection universelle maladie

SASPAS : *Stage* Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UE : Union Européenne

# INTRODUCTION

## 1. Avant-propos

La migration est ancrée dans l'histoire des êtres humains, et ses motifs sont divers. Certaines migrations ont été choisies ; tandis que certaines sont le dernier recours pour simplement la survie. Une grande partie de l'Union Européenne, dont la France, fait face à une importante arrivée d'exilés, qui quittent leurs racines pour fuir des guerres, des persécution politiques, ou des violences familiales, etc. En France, le débat sur l'immigration est omniprésent dans le temps et l'espace suite à l'évolution de la géopolitique des pays des continents adjacents. Sa médiatisation par la presse et le monde politique module la vision de la société vis-à-vis des « personnes d'origines étrangère », et provoque parfois des préjugés et des craintes.

Certes, l'augmentation en nombre des exilés sur le territoire créerait des difficultés dans leur accueil et la répartition de ressources publiques. Cependant, ils arrivent souvent dans un état de santé médiocre après un parcours migratoire extrêmement éprouvant. Selon la pyramide de Maslow (**Annexe 1**), les premiers besoins d'un être humain avant la santé sont les besoins physiologiques (manger, boire, dormir) et la sécurité (survivre), ce qui explique pourquoi la préoccupation des exilés sur la santé, physique et surtout psychique, n'émerge qu'après leur installation sur un territoire de sûreté comme la France [16]. Ainsi, la prise en charge médicale des exilés est devenue un enjeu majeur de santé publique dans notre société. Les médecins de soins premiers sont ceux qui confrontent cet impact en première ligne.

Pour bien prendre en charge cette population vulnérable, plusieurs dimensions sont engagées : médicale, sociale, culturelle, juridique et politique. Il est donc indispensable d'avoir des connaissances de base avant d'aborder le sujet principal de l'étude, qui concerne les soins de la santé mentale des exilés vivant en précarité. Dans cette introduction, nous proposons de :

- 1) Définir le statut des exilés et nuancer les termes utilisés dans notre langage quotidien,
- 2) Connaître la situation actuelle des réfugiés en France,
- 3) Faire un état des lieux des dispositifs existants dans la prise en charge administrative et médicale des exilés,
- 4) Aborder les problématiques du parcours de soins des exilés, et l'enjeu de la prise en charge de leur santé mentale,



- 5) Questionner le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge générale et psychique des migrants en précarité.

## 2. Définitions

« Immigrés, migrants, exilés, demandeurs d'asile, réfugiés, sans papiers, clandestins... » : une application indifférenciée de ces termes dans le langage courant démontre une confusion dans notre société vis-à-vis du statut des personnes d'origines étrangère. Un facteur majeur à l'origine de cette confusion est la fragmentation du statut administratif des étrangers. Les différents termes employés révèlent également des différences de cultures professionnelles et politiques chez les acteurs concernés. Une meilleure compréhension de leurs définitions nous semble utile afin d'identifier les populations-cibles, et de déterminer les actions de droits et de soins adaptées [18]. Voici les définitions basées sur la clarification par le Comede [18]:

**Réfugié**: Selon la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés , ce terme s'applique à « toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». Ce statut est reconnu en France par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) [2] [38].

**Demandeur d'asile** : Selon le Ministre de l'Intérieur et l'Ofpra, « **un demandeur d'asile** » est une personne demandant une protection juridique et administrative auprès de l'Ofpra, dont le dossier est en cours d'examen, y compris les demandeurs de la reconnaissance du statut de réfugié, de la protection subsidiaire, ou de la protection d'apatride [2] [1].

**Les termes « réfugié » et « demandeur d'asile » tiennent un sens juridique [1][2][38][43].**

**Immigré** : Ce terme décrit toute personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France. C'est une définition du Haut Conseil à l'Intégration, utilisée pour le recensement démographique, en général, mené par l'Insee [18].

**Migrant** : Au sens de « migrant international », un migrant est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Ceux qui sont nés hors de France sont des « immigrants », qu'ils soient français de naissance ou immigrés [18].

**Exilé** : terme évoquant le **caractère contraint** de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques [18].

**Sans papier ou clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont appliqués pour souligner le caractère illégitime ou légitime de la présence de la personne sur le territoire [18].

Dans l'ensemble, ces termes ne sont pas exclusifs les uns des autres. Les termes « immigré » et « migrant » tels que définis dans la clarification du Comede incluent donc les réfugiés et les demandeurs d'asiles. On peut même considérer que les réfugiés et les demandeurs d'asile sont des migrants vivant dans la précarité, au regard des difficultés d'accès aux droits communs. En prenant en compte l'impact psychologique d'une migration à caractère contraint, le terme « exilé » peut être également appliqué à cette population susceptible à la fragilité psychologique. Nous décidons donc d'utiliser ce terme pour mieux caractériser les patients au cœur de notre étude.

### **3. Forte croissance de demandeurs d'asile et de réfugiés en France**

Les différents statuts concernant la population immigrée ayant été définis, il nous paraît intéressant de connaître la démographie actuelle des réfugiés en France.

Selon l'Insee novembre 2014, de 2004 à 2012, le flux d'immigration a augmenté au rythme moyen de 1,6 % par an, soit autant que dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Début 2013, 5,8 millions d'immigrés vivaient sur le territoire français, soit 8,8 % de la population résidant en France. C'est 800 000 de plus qu'en 2004 ; ils représentaient alors 8,0 % de la population [33].

Après une baisse transitoire de demandes d'asile entre 2003 et 2007 (de 52 200 à 23 800), depuis 2007, la tendance est à nouveau à la hausse. En 2017, l'Ofpra a enregistré 100 412 demandes d'asile (+ 17 % sur 2016), dont près de 43 000 ont été accordées avec le statut de réfugié et la protection subsidiaire (+ 17 % sur 2016, + 300% depuis 2012) [44]. Pour l'ensemble de l'année 2018, la demande d'asile globale introduite à l'Ofpra atteint les 122 743 (+ 22 % sur 2017), dont plus de 46 700 placées sous la protection aux titres du statut de réfugié et de la protection subsidiaire (+ 9 % sur 2017). Comme en 2017, le taux de protection demeure à 27 % à l'Ofpra, et à 36 % en prenant en compte les décisions de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) [45].

Dans l'ensemble, les demandes d'asile sont en croissance continue en France, avec une accélération depuis ces dernières années.

### **4. Droits des exilés en France**

Avec une idée plus claire de la démographie actuelle de réfugiés en France, une connaissance de base de leurs droits sociaux nous semble indispensable avant de rentrer dans

le sujet concernant leur prise en charge médicale. Voici les divers droits sociaux desquels les exilés peuvent bénéficier sur le territoire français :

#### **4.1. Droits à la protection internationale en France**

Il existe en France 3 formes de protection pour les exilés : le statut de réfugié, la protection subsidiaire et le statut d'apatride [39] (**Annexe 2**).

La personne contrôlée à la frontière et souhaitant demander l'asile peut avoir recours à une procédure d'asile à la frontière. Si la personne est déjà sur le territoire français, elle peut se rendre à une plateforme d'accueil pour demandeurs d'asile.

En France, les structures de premier accueil qui aident à initier la demande de protection internationale sont les plateformes d'accueil des demandes d'asile (PADA) d'une association ou de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Cette plateforme orientera la personne vers le Guichet unique de la demande d'asile (GUDA) de la préfecture, qui va enregistrer la demande d'asile en validant les informations transmises par la plateforme pendant un entretien avec un agent de la préfecture. Lors de cette rencontre, la préfecture détermine la procédure d'asile qui sera appliquée : procédure normale, procédure accélérée, ou procédure Dublin [41] (**Annexe 3**). Une attestation de demande d'asile d'une durée initiale d'un mois (renouvelable) sera remise, qui permet de maintenir la personne régulièrement sur le territoire.

Une fois la demande enregistrée par la préfecture, le demandeur d'asile procède aux 2 phases principales de la démarche de demande de protection : **phase Ofpra**, et ensuite **phase CNDA (Annexe 4)**. Si le statut de réfugié n'est pas reconnu par l'Ofpra, la personne pourra avoir recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour réévaluer la décision de rejet de l'Ofpra et donner une décision finale [25].

#### **4.2. Titre de séjour pour raison médicale [48]**

Il est possible de demander auprès de la préfecture un titre de séjour pour raison médicale alors que la demande d'asile est en cours ou rejetée, si l'état de santé du demandeur nécessite une prise en charge médicale et les traitements appropriés ne sont pas disponibles dans son pays d'origine (**Annexe 5**). Lorsque la demande est accordée, la personne recevra une carte de séjour temporaire d'une durée maximale d'un an. Une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans pourra être délivrée en cas de renouvellement. Cette carte ouvre le droit au travail.

### 4.3. Droits au logement et à l'allocation

Une fois que le demandeur d'asile est accueilli par une plateforme d'accueil et que la demande est enregistrée par la préfecture, les conditions matérielles d'accueil (notamment hébergement) seront déterminées par l'OFII au regard de la situation personnelle. La personne peut bénéficier également d'une allocation pour demandeur d'asile (ADA) à condition qu'elle soit majeure et accepte les conditions proposées par l'OFII [39].

Il existe en France près de 50 000 places d'hébergement pour les titulaires de l'attestation de demandeur d'asile, soit en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) (sauf pour la procédure Dublin), soit en structure d'hébergement d'urgence (appartements, chambres d'hôtel, etc.). Un accompagnement de la procédure de demande d'asile et un suivi social y sont disponibles.

Si aucun hébergement n'est proposé (ex. manque de places disponibles), la personne peut bénéficier d'un accompagnement social et administratif auprès de la plate-forme d'accueil, obtenir une adresse postale, être orientée vers des alternatives d'hébergement, et se faire aider pour les démarches liées à la demande d'asile [25].

### 4.4. Droits au travail

Le demandeur d'asile est autorisé à travailler sur le territoire français lorsque l'Ofpra n'a pas encore statué sur la demande d'asile dans un délai de 9 mois à compter de son introduction. La personne peut solliciter une autorisation de travail auprès de la préfecture du lieu de résidence en présentant une demande d'autorisation de travail formulée par son futur employeur. Elle peut aussi bénéficier d'actions de formation professionnelle.

### 4.5. Droits à la protection maladie

#### 4.5.1. Aide médicale de l'état (AME)

Un ressortissant étranger en situation irrégulière en France peut bénéficier d'une aide médicale de l'état s'il réside sur le territoire français (hors Mayotte) de façon stable ininterrompue **depuis plus de 3 mois**, et si ses ressources ne dépassent pas le plafond annuel fixé pour la CMU-complémentaire [18] [6]. Cette aide s'étend à son conjoint et ses enfants [6]. **Le bénéficiaire n'est pas considéré assuré social et n'a donc pas de carte Vitale** [18]. Une carte d'admission à l'AME lui sera remise une fois la demande acceptée [5]. La protection de l'AME est valable pour un an, qui est renouvelable si la personne remplit toujours les conditions [18]. Elle ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins. Ses bénéficiaires ne

sont pas soumis aux dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. **Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME** [5].

#### **4.5.2. Protection universelle maladie (PUMa)**

Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMa) remplace la couverture maladie universelle (CMU) de base. Elle permet à toute personne qui travaille ou réside en France **de manière stable et régulière** d'avoir droit à la prise en charge de ses frais de santé [7]. Pendant l'examen par l'Ofpra de la demande d'asile, le demandeur peut, dès l'enregistrement de la demande, avoir accès à la PUMa, en prouvant la régularité de sa situation [37]. **Une carte Vitale sera attribuée** [18].

#### **4.5.3. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)**

De même que pour la PUMa, le demandeur d'asile peut, sous conditions de ressources, bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [39].

La CMU-C permet à la personne de bénéficier d'une prise en charge à 100% des frais de santé, d'une dispense d'avance de frais (tiers-payant), et d'une prise en charge jusqu'à certain montant des frais des lunettes, des prothèses dentaires et auditives [4]. Elle est valable pour un an et renouvelable si les conditions sont toujours remplies [39].

### **5. Dispositifs de soins en France pour les exilés sans droit commun**

Le nombre croissant de demandeurs d'asile et de réfugiés et l'état précaire de la santé de ceux-ci rendent leur prise en charge médicale un enjeu de la santé publique en France. Il est donc intéressant de connaître les structures existantes qui permettent de soigner les exilés pour, le cas échéant, les orienter dans leur parcours de soins :

#### **5.1. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont composées de professionnels de soins (médecins, infirmiers, psychologues) et d'assistants sociaux [3].

##### **5.1.1. PASS publiques [18]**

Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998, des PASS ont été mises en place dans les établissements de santé publics. Il existe des PASS généralistes, des

PASS spécialisées (psychiatriques, dentaires), et des PASS à vocation régionale. Elles ont une mission d'accueillir les publics en précarité, y compris **les étrangers résidant en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'AME.**

### **5.1.2. PASS ambulatoires [24]**

En médecine en ville, l'agence régionale de santé (ARS) de l'Île-de-France a lancé en 2013 une expérimentation de 4 ans sur la mise en place de PASS ambulatoires, qui s'appuie sur des centres de santé ou des réseaux, dans le but de faciliter l'accès aux soins de proximité

À ce jour, il existe en Île-de-France: des réseaux de soins (Arès 92 de Gennevilliers, AVIH 77 de Torcy), des centres médicaux de santé (Blanc-Mesnil, Saint-Denis, et Montreuil), et le centre de consultations médicales et sociales de Créteil Solidarité qui est intégré au dispositif PASS du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

## **5.2. Structures de prise en charge de la santé mentale des exilés**

### **5.2.1. Centre médico-psychologique (CMP)**

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des structures rattachées à des hôpitaux publics, qui regroupent des équipes pluridisciplinaires (médecins psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, etc.) et des travailleurs sociaux. Les consultations sont **gratuites**, ainsi que les visites à domiciles et les soins infirmiers. Le fonctionnement des CMP est **sectorisé**. Pour toute personne souhaitant bénéficier des soins dans un CMP, il faut **une résidence dans son secteur géographique pendant au moins 3 mois.**

### **5.2.2. Structures spécialisées**

En Île-de-France, il existe des centres spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale des exilés, qui organisent des consultations transculturelles et la prise en charge des psychotraumatismes centrées sur les migrants et les réfugiés (**Annexe 6**) [50].

## **6. Plus d'obstacles structurels à l'accès aux soins pour les exilés**

Malgré les dispositifs administratifs et structurels en place pour l'accès aux divers droits sociaux en France, un grand nombre d'exilés se trouvent toutefois perdus, voire déboutés dans leurs démarches, et par conséquent sans droits et en rupture de soins.

Selon Bouchaud (2007), les migrants vivant en situations précaires subissent une précarité à multiples dimensions : économique, administrative, affective, et culturelle. L'obsession permanente de « ne pas se faire repérer » leur donne la tendance à éviter tout contact avec un milieu institutionnel, notamment les structures de soins, d'autant plus que l'accès à ces

différents dispositifs d'aide est complexe. Par conséquent, ces personnes abandonnent souvent les démarches en cours de route, et finissent parfois avec une maladie très évoluée. D'autre part, une interprétation variable des textes selon les établissements relativise l'efficacité des dispositifs d'urgences médicales (ex. PASS). Si les médicaments sont habituellement pris en charge gratuitement, souvent les examens complémentaires ou consultations nécessaires au diagnostic ne le sont pas. Sans les moyens d'avoir un diagnostic précis, il est difficile de se faire soigner correctement [13].

Selon Benrekassa et al. (2012), plusieurs études constatent que la population immigrée souffre d'un moins bon état de santé que la population autochtone en France. L'enquête « Passage à la retraite des immigrés » montre que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français. De même, diverses études françaises sont relativement convergentes et soutiennent l'idée d'un moindre recours aux soins de la population immigrée, surtout de première génération. Selon une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'AME en 2007, 25 % des réfugiés et des demandeurs d'asile déclarent renoncer aux soins. Les difficultés financières figurent parmi les premières raisons de ce renoncement [10].

Tous ces arguments indiquent que les migrants, notamment les exilés, rencontrent plus d'obstacles structurels que la population générale.

## **7. Obstacles psycho-sociaux sur le parcours de soins des exilés**

L'insertion dans un nouvel environnement et le manque de soutien social peuvent susciter un stress psychologique important chez les exilés. Par ailleurs, une faible connaissance du système de soins et une moindre maîtrise de la langue peuvent également entraver leur accès aux soins, et ainsi contribuer à la dégradation de leur état de santé.

Au-delà des obstacles structurels, des disparités de santé ou de recours aux soins résultent également de l'interaction particulière entre professionnels de santé et patients exilés : les soignants peuvent adopter un comportement discriminatoire à l'encontre de cette population en raison d'une préférence nationale ou de préjugés sur la capacité des patients réfugiés à respecter certaines indications thérapeutiques [46]. Selon Boisguerin et al. (2008), **un tiers des bénéficiaires de l'AME** déclare avoir été soumis à un refus de soins de la part des professionnels de santé [12]. En outre, la barrière de langue et les différences de représentations culturelles des maladies et des soins peuvent entraîner une mauvaise interprétation des symptômes, et donc des diagnostics erronés et traitements inappropriés [10] [15].

## 8. Risque accrus des troubles psychotraumatiques chez les exilés

Dans l'observation du Comede, les troubles psychiatriques, notamment les troubles réactionnels, sont les plus fréquemment rencontrés chez les exilés, devant les maladies cardiovasculaires, l'hépatite B et le diabète [10] [18]. Un deuil multiple dans les sphères environnementale, familiale, sociale, professionnelle, culturelle et affective, et des difficultés d'installation dans un nouveau pays favorisent la survenue des symptomatologies de la santé mentale [18] [53].

Suite aux violences subies pendant leur parcours migratoire, il existe un risque accru des troubles psychotraumatiques chez les patients réfugiés par rapport à la population générale, qui regroupent l'état de stress post-traumatique (ESPT), les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques, avec une prévalence non négligeable de l'ESPT parmi toutes les pathologies psychiatriques [10][53][28]. Entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté dans les centres de santé du Comede, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de diagnostic des psychotraumatismes était de 11,2% [10]. Ceci connote un lien fort entre la violence subie et le taux élevé de psychotraumatismes dans cette population.

Dans l'étude de Shawyer et al. 2017, comparés aux australiens natifs, les réfugiés et demandeurs d'asiles en Australie présentent une prévalence significativement plus importante des pathologies de la santé mentale : risque relatif de 3,16 pour détresses psychologiques ; 2,25 pour ESPT au long de la vie suite au traumatisme ; 4,44 pour ESPT pendant le mois précédant l'enquête [53]. Elle confirme donc un fort risque de développement des troubles psychotraumatiques chez les réfugiés et demandeurs d'asiles.

De même, dans l'enquête multinationale multicentrique de Kane et al. 2014, les réfugiés et demandeurs d'asile venant de 90 centres d'accueil dans 15 pays présentent une prévalence importante des troubles psychotiques (22,7%) et des troubles de l'humeur (12,8%) [34]. L'étude transversale de Giallo et al. 2017 retrouve également une santé mentale et une santé physique médiocres chez les pères ayant un contexte de réfugié ou de migrant par rapport aux pères des familles australiennes natives. Les *odds ratios* (OR) sont significativement plus élevés pour les détresses psychologiques chez les pères ayant contexte de réfugié (3,17) et chez les pères venant des pays non anglophones (1,79). De plus, les pères réfugiés présentent un état de santé général de moyenne à médiocre (OR 1,95). Ceci signifie que la migration est un facteur de risque de mauvais état de santé physique et psychique [28].



## **9. La prise en charge des psychotraumatismes des exilés, un enjeu de santé publique**

Selon Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé, en 2005 on estime que 20% des réfugiés ont été soumis à la torture. De nos jours, la torture, bien que condamnée internationalement, est encore pratiquée dans trois quarts des pays du monde [8] et concerne des millions de personnes de façon directe ou indirecte. Ses effets sur les nombreuses victimes perdurent dans le temps, bien au-delà de l'arrêt des sévices. Pourtant, la majorité des victimes sont ignorées et lorsque ces personnes expriment une demande de soins, elle est souvent indirecte, complexe et multiforme [16]. Au Comede, les troubles psychiatriques constituent le premier motif de suivi médical et psychologique. Mais dans la plupart des services de santé, y compris le milieu des soins premiers, les questions de santé mentale des réfugiés restent négligées, parfois improprement imputées aux représentations essentiellement culturelles des soignants [10].

Bien que les médecins de soins premiers tiennent un rôle sentinelle dans le repérage des besoins urgents des patients, plusieurs facteurs pourraient orienter le choix de la patientèle du généraliste et décourager les réfugiés d'avoir recours aux soins : durée limitée de consultation, questions sur l'efficacité, l'efficience et la rentabilité de la pratique médicale en ville, barrière de langue, préjugé personnel du soignant, représentation des soins des réfugiés, compétence variable en soins de la santé mentale, et interprétation variable du contexte culturel du patient. Par conséquent, il pourrait y avoir un retard de la prise en charge des troubles psychotraumatiques de ce public, qui risque d'entrer dans un cycle vicieux entre la répétition de la symptomatologie liée aux effets persistants des traumatismes subis et une aggravation engendrée par le stress provenant du nouvel environnement. Ceci les empêcherait de s'inscrire dans le présent et d'envisager l'avenir. L'importance de la population concernée, la spécificité des troubles psychotraumatiques liés à l'exil, ainsi que l'impact psychosocial sur le patient et son entourage, en font donc un enjeu de santé publique majeur [16].

## **10. Objectif de l'étude**

Sur le plan international, nous retrouvons sur PubMed plusieurs recherches canadiennes et australiennes qui analysent différents aspects des soins de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile : la prévalence des maladies psychiatriques (cf. 8.) [34][28], les freins et les leviers aux soins [52], et les attentes des patients dans leur parcours de soins [55].

Selon l'enquête statistique de Rousseau et al. 2017, menée auprès des staffs médicaux et administratifs de 5 hôpitaux et 2 centres de soins premiers à Montréal (dont 334 médecins), les participants jeunes, travailleurs sociaux, travaillant dans les centres de soins premiers, migrants de première génération, et ceux qui ont eu des contacts avec les réfugiés précédemment portent moins d'attitude négative vis-à-vis du droit d'accès au système de soins des réfugiés. En revanche, la position de l'établissement de santé et le contexte de contact direct avec les réfugiés dans un tel établissement pourraient avoir une influence négative sur l'attitude du staff envers l'accès aux soins des réfugiés. Le regard des soignants sur les soins des réfugiés pourrait être donc influencé non seulement par leurs expériences personnelles et professionnelles, mais aussi par la politique du milieu de travail [52].

Dans l'étude qualitative de Woodgate et al. 2017, les entretiens auprès de 83 familles d'origines de 15 pays africains, ayant contexte d'immigration ou d'exil, démontre des barrières multidimensionnelles dans leur accès aux soins premiers au Canada : attentes souvent non satisfaites (délai d'attente trop long pour les rendez-vous médicaux, manques de personnels de soins, champ incomplet de la couverture sociale publique, soins onéreux, représentation différente de la médecine dans les pays occidentaux), installation difficile dans une nouvelle vie dans un nouveau pays (mode de vie différent, barrières de langue et culturelle, manque de soutien et manque d'information en cas de besoin d'accéder aux services de soins) [55].

Quand on retourne en France, néanmoins, malgré de nombreuses études sur l'accès aux soins des réfugiés en France, il y a peu de données, notamment qualitatives, qui analysent les facteurs inhérents aux médecins concernant la prise en charge de la santé mentale en soins premiers de cette population.

Nous suggérons que de nombreux facteurs socio-culturels relatifs aux médecins interviennent dans la prise en charge de la santé mentale en soins premiers des exilés souffrant des troubles psychotraumatiques en Île-de-France : compétence individuelle, expérience, formation en soins généraux et de la santé mentale des réfugiés, représentation des soins des exilés en précarité, préjugés personnels, barrières linguistique et culturelle, et considérations de rentabilité.

Ainsi, l'objectif de notre étude est de déterminer les freins et leviers socio-culturels inhérents aux médecins généralistes à la prise en charge de la santé mentale en soins premiers des patients exilés souffrant des troubles psychotraumatiques en Île-de-France.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **1. Type de l'étude et population**

Du fait que l'objectif de la recherche est d'explorer un phénomène socio-culturel au sein du milieu médical, nous avons mené ainsi une étude qualitative par analyse thématique de verbatim (unités de sens), inspirée de la théorie ancrée [31][14], en se référant à l'outil COREQ [26][9].

La population étudiée était celles des médecins généralistes travaillant dans les cabinets médicaux en ville, dans les PASS ambulatoires ou hospitalières, ou dans les structures d'accueil des exilés en Île-de-France dont les locaux étaient accessibles par les transports en commun.

### **2. Recueil des données**

#### **2.1. Recrutement**

Le recrutement des médecins généralistes a débuté par échantillonnage raisonné selon des caractères prédéfinis à partir de leurs patientèles supposées : la présence importante ou peu importante d'exilés et la présence ou non d'établissements d'accueil dans leur territoire de travail, la pratique ou non d'activités dédiées (ex. PASS), la collaboration avec des structures spécialisées (ex. Médecin du Monde, COMEDE, L'AVIH 77), le fait d'avoir soigné ou non des patients réfugiés ou demandeurs d'asiles, et enfin l'ancienneté de leur installation en Île-de-France afin d'assurer des avis divergents et de permettre une inclusion des cas limites.

- Pour repérer les médecins généralistes consultant dans les PASS hospitalières, nous avons utilisé l'annuaire des PASS sur le site web de l'ARS Île-de-France.
- Pour recruter les médecins généralistes consultant dans les structures d'accueil des exilés (Médecins du monde, COMEDE), ou coopérant avec les associations d'accueil (le réseau AVIH 77 et le CADA de Saint Denis), nous nous sommes mis en contact direct avec ces organismes.
- Pour recruter des médecins généralistes recevant des patients migrants dans leur cabinet, nous avons ciblé les zones géographiques qui seraient potentiellement plus touchées par le passage des migrants, notamment Saint Denis, Saint Ouen (93) et Vitry-sur-Seine (94).
- Afin de recueillir des avis neutres, en souhaitant recruter un médecin dit « lambda », qui ne recevait probablement pas régulièrement des patients exilés, nous nous

sommes mis en contact direct avec un médecin généraliste libéral travaillant au cabinet dans le 15<sup>ème</sup> arrondissement à Paris.

Parallèlement, le recrutement se sont fait par échantillonnage par réseaux (boule de neige) pour élargir le champ de repérage des généralistes en ville. Certains médecins recrutés par échantillonnage raisonné nous ont renseigné sur les coordonnées de leurs confrères qui seraient éventuellement volontaires pour accepter l'invitation à l'entretien.

L'invitation des médecins à l'entretien s'est faite par e-mail ou appel téléphonique. Le sujet de l'étude et les critères d'inclusion ont été précisés au moment de l'invitation, sans mentionner la santé mentale afin d'éviter un potentiel biais de sélection dans les réponses des interviewés.

La lettre d'invitation a été envoyée par e-mail dont une version dédiée aux médecins, une pour les secrétaires des structures d'accueil (PASS, Médecin du Monde, COMEDE) (**Annexe 7**). Elle a également été publiée en septembre 2018 dans le forum « coups de pouce » du site web du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), dans le journal mensuel du syndicat le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants en Île-de-France (ReAGJIR Île-de-France), et dans la newsletter du conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Val de Marne (94).

## **2.2. Entretiens semi-dirigés**

Les données de l'étude ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés (ou semi-directifs), ce qui permettait aux interviewés d'exprimer librement leurs idées et leurs points de vue sans être limités par les questions du chercheur. Ce dernier n'avait pour rôle que d'inciter les interviewés à aborder les thèmes principaux de la recherche [35]. Ainsi, les entretiens semi-dirigés garantissaient que l'ensemble des thèmes que le chercheur souhaitait étudier soient abordés, tout en laissant la liberté d'explorer des points de vue (ou thèmes) n'ayant pas été préétablis dans l'hypothèse de départ.

## **2.3. Guide d'entretien**

Un guide d'entretien a été élaboré par le chercheur principal, puis affiné et complété avec les conseils des co-internes pendant la formation de l'étude qualitative au département de médecine générale de la faculté de médecine de Paris 12 et les conseils du directeur de thèse pour maintenir une ouverture des questions qui donnerait une liberté aux interviewés de s'exprimer.

Ce guide a également été ajusté progressivement au long du recrutement pour améliorer la qualité des questions ouvertes.

Le guide d'entretien était composé de deux grandes parties (**Annexe 8**) :

- A. Les questions sur le profil professionnel du médecin.
- B. Les questions concernant le champ de la recherche qui portaient sur 4 axes :
  - 1) Image de soins de migrants vivant dans la précarité
  - 2) Difficultés socio-culturelles rencontrées dans leur travail avec les patients exilés
  - 3) Devenir des patients exilés en cas de psychotraumatisme
  - 4) Conseils pour le système de soins actuel et le système de formation en médecine

Des mots clés ont été élaborés pour aider le chercheur à diriger l'entretien sans intention de limiter l'expression des interviewées. Un entretien de test a été mené auprès du directeur de thèse pour entraîner le chercheur à la technique de l'entretien semi-dirigé.

Les entretiens face à face ont été enregistrés par le dictaphone numérique installé dans le smartphone Android du chercheur. Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés par l'application ACR installée dans le smartphone Android du chercheur.

Les entretiens ont été menés après obtention d'un consentement oral (pendant l'invitation téléphonique) ou écrit (dans la réponse par courriel) des médecins généralistes pour l'entretien et l'enregistrement.

### **3. Analyse des données**

Les enregistrements des entretiens ont été retranscrits manuellement en verbatim sur Microsoft WORD® par le chercheur à l'aide de l'application open source « oTranscribe ». Les textes des entretiens ont été ensuite transférés vers Microsoft EXCEL® et découpés en verbatims (« unités de sens ») pour réaliser le codage après lecture flottante.

Un codage primaire a été réalisé par deux chercheurs (thésard et directeur de thèse) pour les deux premiers entretiens. Une grille de codages a été ensuite élaborée à partir de ces codages par analyse inductive qui a permis de dégager les thèmes et les sous-thèmes qui étaient plus conceptuels. Les « unités de sens » des deux premiers entretiens ont été recodées selon la grille de codage.

La version de la grille de codage évoluait progressivement pendant les codages des entretiens suivants avec ajout de nouveaux thèmes et sous-thèmes, qui n'avaient pas été abordés dans les deux premiers entretiens (**Annexe 9**).

Une triangulation de l'analyse a été effectuée entre le chercheur et un deuxième médecin (le directeur de thèse) pour le codage primaire et certaines unités de sens dont le codage est difficile.

Dans un second temps, les unités de sens de tous les entretiens codés ont été regroupées et réorganisées dans un seul fichier Microsoft EXCEL® selon les thèmes et sous thèmes de la grille de codage.

#### **4. Position du chercheur dans l'étude**

Le chercheur de l'étude n'avait aucune relation professionnelle ou personnelle avec les médecins généralistes recrutés dans la recherche. Seul un médecin interviewé était enseignant du département de médecine générale de la faculté de médecine de Paris 12. Aucun conflit d'intérêt n'était présent entre le chercheur et les médecins interviewés ou les structures contactées.

Il n'y avait pas de financement externe dans la réalisation de l'étude. Toute dépense était couverte par le budget financier personnel du chercheur.

Le chercheur a grandi et a commencé son cursus à l'étranger, ce qui a pu donner un regard différent vis à vis des patients migrants et de la pratique médicale française. Ces particularités ont été prises en compte au mieux dans l'analyse des données.

## **RÉSULTATS**

Au total, 20 entretiens ont été menés de juillet 2018 à décembre 2018. La durée des entretiens était de 45 à 120 min. Seuls 12 entretiens ont été retranscrits et analysés, n'incluant que les médecins généralistes de soins premiers qui travaillaient sur des lieux distincts (cabinet, structure), et excluant les généralistes qui travaillaient exclusivement en PASS. Le but était de focaliser la recherche sur le domaine de soins premiers et d'éviter la redondance d'avis et un biais des données allant dans le même sens (biais de sélection), ce qui pouvait être le cas par exemple chez les médecins travaillant dans les centres militants défendant le droit aux soins des exilés.

### **Profils des médecins participants :**

Les profils des 12 médecins généralistes sont présentés dans l'**Annexe 10**.

### **A. Analyse thématique**

L'analyse thématique des entretiens nous a permis de classer les unités de sens selon cinq grands thèmes (Cf. **Annexe 9 grille de codage**).

## **1. Système de santé**

Ce chapitre illustre les différences dans l'organisation des soins relevées par les médecins interrogés.

### **1.1. Organisation des soins**

#### **1.1.1. Coordination des soins**

Tout d'abord, plusieurs médecins disent adresser plus facilement leurs patients exilés aux hôpitaux pour des situations médicales aiguës, des examens complexes, des soins spécialisés ou une prise en charge sociale :

*« [...] Sinon, quand il y a vraiment un problème médical aigu important, s'il y a des examens à faire, je les envoie plutôt à l'hôpital. Puisque en libéral, c'est plus difficile (de prendre en charge des problèmes médicaux aigus). » (M1).*

- **Lien entre les structures d'accueil et les lieux de soins premiers :**

Certaines PASS ambulatoires sont installées au sein des maisons de santé, d'autres sont indépendantes en dehors des cabinets médicaux. Les collaborations avec différents intervenants médico-psycho-sociaux sont variées. Une fois la situation régularisée, les PASS peuvent adresser les patients exilés aux cabinets médicaux pour un suivi régulier.

#### **1.1.2. Financement**

- **Paiement des consultations :**

Tous les médecins interrogés acceptent les AME et les CMU. Dans l'ensemble, ces médecins se font payer. Quand les patients exilés n'ont aucun moyen de paiement, certains médecins les orientent vers les associations ou les structures d'accueil. Certains médecins vont jusqu'à donner des consultations gratuites, mais ils précisent que cela est exceptionnel et qu'ils préfèrent que les consultations soient payées :

*« Bah si je vois que le gars il a... ça dépend, s'il a vraiment rien, qu'il est dans la merde, de toute façon je le verrai, je le ferai pas payer. Au pire je lui dirai si vous avez de l'aide médicale, rappelez-moi, je me rattraperai avec une autre consultation. Parce que je ne veux pas non plus... je veux bien être généreux mais je veux pas... Moi à partir du moment où il y a une aide qui est organisée... y'aurait aucune aide, y'aurait pas d'Aide Médicale d'Etat, à la limite je le ferais gratuitement. » (M7).*

Un médecin qui collabore avec les polycliniques constate que ces polycliniques sont désireuses de prendre les AME et surtout les CMU car le paiement des soins est assuré :

*« Ouais, ils (les polycliniques) reçoivent (les AME), ils reçoivent tout. [...] L'AME, peut-être pas tant que ça, mais la CMU, ils aiment bien. Parce que c'est une prise en charge de la précarité particulière. C'est un précaire solvable. C'est un bon précaire, quoi. C'est qu'avec la CMU le précaire devient solvable. Avant, il l'était pas. » (M9).*

## **1.2. Difficultés d'accès aux soins des exilés**

### **1.2.1. Difficultés liées aux parcours de vie des exilés**

- **Connaissance du système de santé**

La plupart des consultations médicales sont sur rendez-vous. D'après plusieurs médecins interrogés, savoir prendre rendez-vous signifie avoir un certain degré d'intégration. Ceci n'est pas facile pour les exilés primo-arrivants qui manquent souvent de source d'information :

*« Soit on parle de la consultation de la PASS, qui est une consultation à l'hôpital, une consultation déjà qui demande un certain niveau d'insertion, d'intégration du patient. Parce qu'il faut prendre un rendez-vous, faut avoir un rendez-vous, il faut avoir les moyens de se déplacer, faut avoir le moyen et la possibilité de comprendre qu'il faut venir à l'hôpital consulter "à l'heure", etc... Donc, c'est pas possible pour tout le monde. [...] Mais, ça demande à ce que les patients soient déjà quelque part un petit peu, je te l'ai dit, "formatés" et intégrés. Ça veut dire qu'ils soient en capacité de prendre le téléphone, de prendre des rendez-vous, etc., ce qui n'est pas évident. [...] Le problème du rendez-vous soit un véritable problème en soi. Parce que c'est une perte de chance pour ceux qui n'ont aussi la capacité de prendre des rendez-vous. » (M3).*

La méconnaissance du système de soins peut être l'origine des consultations aléatoires, voire d'une rupture de soins des patients exilés :

*« Ils passent de l'un (médecin) à l'autre. Les patients qui reviennent avec les résultats qu'on a demandé, c'est rare, c'est exceptionnel. Ils vont voir un autre médecin, ils s'en foutent, ils ont leur carte. Ils paient rien, ils ont une carte. Donc c'est compliqué, quelque fois j'en ai qui viennent, alors ils ont des résultats de radio prescrits par un autre médecin. Donc je lui dis "c'est pas bien, revoyez le médecin qui vous l'a prescrit. Ils vous a examiné, il doit savoir, il sait pourquoi il a demandé ça, moi je vais pas recommencer un examen clinique, il a pris le temps qu'il fallait pour essayer de comprendre ce que vous aviez, soyez gentil de le revoir". Mais bon euh pfff...» (M7).*



Suite à la difficulté de décrypter le système, les patients exilés n'ont pas toujours d'idée claire du rôle des médecins généralistes, ni de ce qu'ils peuvent attendre dans le système de soins du pays d'accueil :

*« Du coup ouais, je pense qu'il y a plein de gens qui sont dans la nature, qui sont pas soignés, qui attendent gravement malade, et qui vont aux urgences, parce que ils savent pas que normalement nous (les généralistes en ville), dans notre mission il y a aussi accueillir les gens sans papiers. » (M6).*

Certains patients exilés se débrouillent en se renseignant auprès de leurs compatriotes :

*« (Les gens sans papiers) ils viennent (consulter au cabinet médical) par la maison de la solidarité ou par des gens qui les connaissent. C'est-à-dire que si quelqu'un me dit, "j'ai un ami qui n'a pas de papiers. Il sait pas comment se soigner." Je lui dis, "Dites-lui de venir ici. On va le soigner, on va le mettre en relation avec le réseau, etc." Mais si on n'en parle pas, et s'ils sont seuls et qu'ils connaissent pas quelqu'un qui déjà nous connaît, ils ne vont jamais arriver ici ! » (M6).*

- **Précarité**

La précarité, soit financière soit sociale (manque de droits communs ou sans domicile fixe), est l'élément le plus mentionné par les médecins participants parmi les difficultés d'accès aux soins inhérents des patients migrants.

- **Précarité financière**

La précarité financière décourage les patients exilés d'avoir recours aux soins premiers par crainte de refus :

*« Il y a la crainte aussi, comme on est un cabinet de médecine libérale, ici les gens qui n'ont aucun moyen de paiement, ils peuvent penser qu'on les recevra pas. » (M9).*

Le choix des consultations de spécialistes en ville et hospitalières est également limité pour les patients exilés dû au manque de moyen de paiement :

*« Nous, quand on envoie à quelqu'un il faut qu'on fasse attention, parce que si on envoie à quelqu'un qui est en secteur 2, ils sont capables de faire payer quelque chose aux gens qui ont l'AME en plus, ça existe. Donc oui on est obligé de faire attention tout le temps. [...] C'est très compliqué de se faire son carnet d'adresses, avec des gens (des spécialistes) qui sont qu'en (secteur) 1. Et puis, en plus il y a des gens qui sont de bons médecins en secteur 2. Donc on est embêtés. » (M6).*

En termes de choix des médicaments, un médecin dit devoir prendre en considération la capacité financière du patient :

« Par rapport aux traitements, pareil, il va y avoir une simplification. [...] Parce qu'il y a des traitements qui ne sont pas bien remboursés, et que le budget (du patient exilé) va être impacté, et puis, une simplification au niveau des prises pour que ce soit accessible. » (M9).

○ **Précarité sociale**

L'instabilité du logement des exilés empêche un suivi médical à long terme :

« Comme ils sont dans une situation qui fait que, peut-être l'hébergeur les avait expulsés, ils ont été obligés d'aller chercher un autre endroit, ou bien, ils ont changé d'endroit parce que vous voyez, ils ne peuvent pas rester là. Donc, peut-être que c'est des gens qui reviennent pas forcément (au centre de santé) à cause de leur situation sociale. » (M2).

Parfois les patients exilés ne parviennent pas à poursuivre leurs soins, car leur situation sociale les inquiète plus que leur santé :

« Enfin, le problème des gens qui débarquent, qui sont fragiles, c'est que, ce qui va primer pour eux, d'abord c'est d'avoir un toit, de se nourrir, d'avoir des papiers. Et après, leur prise en charge psychiatrique, les autres choses vont venir secondairement. [...] C'est illusoire de croire qu'on va pouvoir faire un travail psychologique. [...] C'est une illusion de croire qu'on va pouvoir l'aider au niveau médical. » (M9).

La lenteur de l'ouverture et du renouvellement du droit à la Sécurité sociale serait à l'origine d'un retard voire d'une rupture de soins des exilés :

« Ben, oui, des difficultés pour avoir son Aide Médicale d'État, ou pour renouveler son Aide Médicale d'État, par exemple, font que y'a plein de patients qui sont en rupture de soins. [...] que les délais pour avoir un renouvellement d'AME sont très longs, que ils sont pas forcément dans la capacité de faire ces démarches-là. » (M11).

Les demandeurs d'asile sont obligés de renoncer aux soins une fois la demande déboutée :

« [...] dès qu'il y a éventuellement des refus (d'asile), les demandeurs d'asiles ils relèvent plus la CMU (complémentaire). Du coup, une fois ils se retrouvent en rupture de droits, c'est compliqué après pour raccrocher le suivi. » (M4).

● **Langue, culture**

Les différences linguistique et culturelle peuvent engendrer des difficultés en accès aux soins dans le pays d'accueil. En raison de la barrière de langue, les patients exilés sont souvent pénalisés dans l'accès à certains services de soins. L'échange avec les médecins et l'acquisition d'information sont limités :

*« (La discrimination) Dans le domaine de la santé, [...] je pense que ça peut être aussi dans ne pas faire l'effort d'essayer de donner une information à quelqu'un qui ne parle pas très bien français. On a des patients qui ressortent de consultation, ils ont rien compris. » (M11).*

Un médecin constate que certains patients n'ont pas la même vision de la gravité de la maladie, ou même de la maladie qu'en occident, et donc ne va pas forcément consulter pour celle-ci :

*« Et alors après, les populations réfugiées, le psy, c'est compliqué d'y aller. Pas pour être pris, mais pour eux." La dépression, c'est une maladie de blanc". C'est le discours de beaucoup de, par exemple, de patients africains. "La dépression, c'est un truc de blanc. Moi, je suis pas en dépression." » (M12).*

La méfiance envers la médecine occidentale peut parfois retarder la prise en charge médicale de certains patients exilés :

*« Il y a des gens hyper méfiants par rapport à la médecine occidentale, et qui, du coup, (ils) ont peut-être d'avoir tendance à consulter tardivement et vont pas forcément toujours faire trop confiance à ce qu'on leur propose. » (M2).*

- **Implication personnelle du patient exilé**

Un médecin voit aussi des patients exilés s'exclure du système de soins par peur de déranger :

*« Une difficulté aussi à demander de l'aide parce qu'ils ont l'impression de toujours déranger ou autre, et du coup il va y avoir des patients qui vont un peu s'exclure du système (de soins). [...]; et puis il y en a d'autres (qui ne reviennent plus en consultation) je pense où c'est vraiment parce qu'ils ont peur de déranger, à force ils ont peur de déranger. » (M11).*

### **1.2.2. Difficultés liées à l'organisation des soins**

Indépendamment des facteurs liés aux parcours de vie, les médecins généralistes ont également remarqué des éléments liés à l'organisation du système, qui mettent les patients exilés en difficulté dans leurs parcours de soins.

- **Manque de moyen/Moyen non adapté**

Dans les cabinets médicaux, la charge importante de travail rend les généralistes peu accessibles et ne leur permet pas de donner une qualité de soins qu'ils souhaitent :

*« Après je pense que même nous (les médecins) des fois on est un peu dépassés, et on va faire ce qu'on estime être au mieux, mais sans donner une information suffisante, parce qu'on n'a pas les moyens, parce qu'on a pas le temps, parce qu'on est trop en retard, etc. Donc il y a plein de formes de discrimination. » (M11).*

### 1.2.3. Refus de soins

Le statut de la couverture sociale est la raison rapportée de la plupart des refus :

*« Je sais que par contre certains soignants installés à leur compte refusent parfois des patients CMU ou Aide Médicale d'État. Je le sais parce qu'on me l'a rapporté, ou parce que je l'ai lu. » (M8).*

Deux médecins suggèrent que la crainte de la complexité de la situation sociale des exilés et la méconnaissance du système des soins pour les étrangers seraient à l'origine de ces refus :

*« Parfois ils ont du mal justement à trouver des médecins qui ont envie de les prendre en charge justement à cause de toutes leurs problématiques de vie. J'ai beaucoup de collègues, notamment, y compris les gens qui bossent à la fac, ils me disent que " oh, ça c'est trop compliqué, les patients avec l'aide médicale, faut faire la feuille de soins, faut l'envoyer ... machin." En plus, ils viennent sans rendez-vous tout ça. » (M2).*

## 2. Idées préconçues

Ce chapitre essaye de mettre en valeur les généralités, particularités ou préjugés mentionnés par les généralistes concernant les exilés.

### 2.1. Migrants

- **Définition des migrants : une confusion des langues**

Les médecins interrogés ont chacun leur propre représentation des « migrants ». Cependant, dans le langage qu'ils utilisent dans les entretiens, la distinction n'est pas claire entre « les exilés » (migration à caractère contraint : demandeurs d'asile et réfugiés) et « les migrants » (cf. Introduction). Ceci est paradoxal par rapport aux caractères spécifiques de la prise en charge clinique qu'ils fournissent aux patients concernés par l'étude.

- **Parcours de vie**

Tous les médecins interrogés disent reconnaître les vécus difficiles de leurs patients exilés. Plusieurs médecins soulignent l'absence de choix dans la décision des exilés de quitter leurs pays d'origines et ont connaissance des violences vécues par leurs patients exilés, soit dans leurs pays d'origines, soit sur le trajet migratoire :

*« Parfois on voit des personnes qui ont été victimes vraiment de torture ou de menaces très graves, ou bien un proche a été tué devant eux, ou qui ont dû vraiment effectivement fuir pour une menace directe de leur vie. » (M8).*

« Je sais que quoi qu'il en soit, le chemin qu'ils ont parcouru pour arriver jusque-là a été difficile. Alors, s'ils n'ont pas rencontré des violences dans leurs pays d'origine, ils en ont rencontré sur leur trajet. » (M10).

- **Mode de vie, précarité ou non**

Plusieurs médecins voient leurs patients exilés confrontés à des obstacles sociaux dans divers domaines de la vie quotidienne. Certains médecins présument que les exilés ne se trouvent que dans certaines zones géographiques particulières de la région parisienne :

« En 93, je ne sais pas. Vous auriez peut-être plus de matières (plus d'exilés précaires). » (M1).

« (Les exilés) Pas Neuilly ni dans le 16ème. (Rire) » (M12).

Deux médecins voient leurs patients migrants en situation irrégulière éprouver de grandes difficultés à joindre les deux bouts en travaillant clandestinement :

« Parce qu'il y a une vision dans la société qui consiste à dire que les migrants ne sont pas intégrés. Mais c'est faux ! Je pense que 98% des gens que je vois qui ont l'AME travaillent [...] Ils sont obligés de travailler beaucoup plus pour gagner beaucoup moins. C'est un peu caricatural, mais c'est vrai, hein ! J'ai vraiment ça. » (M12).

Le statut irrégulier complique également la poursuite des études chez les jeunes exilés :

« Il y en a qui viennent d'un milieu plutôt rural donc qui n'ont pas fait d'étude, qui peuvent peut-être ne pas lire d'ailleurs, et puis d'autres qui ont fait des études, et qui aimeraient peut-être prolonger mais comme ils sont sans papiers, ils vont pas pouvoir faire de stages tant que ça n'est pas réglé cette question (de papiers), ou des diplômes qu'ils ne vont probablement pas pouvoir faire valoir. » (M8).

- **Motifs de consultation**

Plusieurs médecins disent qu'ils reçoivent tout type de plainte, qui peut être aiguë ou chronique :

« On a l'impression qu'ils auraient un truc à part, mais non y'a rien de spécial. (Les patients exilés) Ils viennent pour tout. » (M7).

La plupart des médecins disent qu'ils font très attention aux maladies infectieuses (tuberculose, hépatite B, VIH, parasitose), qui ne sont pas rares chez les patients exilés.

En dehors des plaintes somatiques, la quasi-totalité des médecins participants suggèrent que les troubles psychologiques devraient être très fréquentes chez les patients exilés :

« Après sur les problématiques de santé, j'ai l'impression aussi que l'histoire de la santé mentale, ça revient souvent. [...] Je pense que les troubles mentaux doivent faire partie des

*pathologies fréquentes, pas forcément avec des nécessités d'un traitement, mais en tout cas, beaucoup de souffrance psychique dans les patients que je vois. Ce soit des souffrances par réaction à des évènements de vie, ou alors à des souffrances au travail. Je trouve que c'est quand-même quelque-chose de très fréquent. » (M2).*

Quel que soit le motif migratoire, deux médecins pensent qu'il y a un fort lien entre la migration et les atteintes psychologiques. La migration seule peut être à l'origine d'un état de stress post-traumatique, qui est prépondérant dans la population immigrée :

*« [...] Donc si tu veux, il y des états post-traumatiques, des états de stress post-traumatiques qui sont des gens qui ont subi... [...] Mais, ils (les migrants, quel que soit le motif migratoire) sont tous en état de stress de toute façon post-traumatique quelque part, ils sont TOUS, pratiquement, plus ou moins SEVÈRE. Migrer, c'est extrêmement traumatisant ! » (M3).*

Néanmoins, malgré sa prévalence estimée élevée, aucun médecin n'a évoqué les plaintes psychiatriques comme le motif principal de premières consultations des patients exilés.

Un médecin dit qu'il reçoit rarement des plaintes psychologiques dès la première rencontre des patients exilés :

*« C'est rarement ça (plainte psychologique), la première plainte. [...] La plupart du temps, ça va être des demandes en rapport avec un problème purement somatique. » (M9).*

Ce médecin pense que les plaintes psychologiques n'apparaissent qu'après que les besoins de base de la vie quotidienne soient satisfaits :

*« Mais, vraiment, les troubles post-traumatiques, les anxiétés, tout ça, vont vraiment resurgir quand ils auront déjà accédé à tout ça (boire, manger, dormir). » (M9).*

- **Culture, image de la médecine occidentale**

Un médecin pense que les patients exilés préfèrent souvent une relation médecin-patient de type paternaliste:

*« En général, ils viennent des pays où le médecin est un peu idéalisé, et où c'est une vision un peu "paternaliste" de la relation médecin-patient. Donc on sent que tout ce qu'on dit, c'est un peu parole d'évangile. » (M4).*

Deux médecins estiment que les patients exilés attendent souvent que leurs médecins résolvent tous leurs problèmes :

*« Non seulement ils viennent avec leurs problèmes actuels, mais ils viennent avec leurs problèmes anciens. "Oh, docteur, j'ai mal au genou depuis 10 ans", ou "J'ai mal ceci. Je vais faire un bilan de santé." Ils pensent qu'on peut résoudre tous leurs problèmes. » (M10).*

## 2.2. Accueil en France

Dans l'environnement global, plusieurs médecins avouent que l'accueil des exilés en France n'est pas optimal. Plusieurs médecins reconnaissent qu'il existe des discours et des comportements discriminatoires des soignants et des agents administratifs envers les exilés :

*« Il y a du racisme. [...] quelques fois en centre de santé on peut entendre quelques paroles déplacées. Au niveau de l'accueil voire au niveau de certains soignants quelques fois. [...] (Des médecins libéraux qui sélectionnent des patients) en faisant attendre beaucoup (ceux qui ne maîtrisent pas la langue) dans la salle d'attente, en disant effectivement "je vous vois aujourd'hui mais je prends plus de CMU". » (M8).*

Certains médecins admettent qu'ils ont dû probablement mal accueillir ces patients d'une manière inconsciente :

*« Très honnêtement, ça a dû même arriver à moi de le faire (de mal accueillir les patients exilés) sur les journées où je suis très fatiguée, où j'ai pas envie de prendre le temps. Et ça peut m'arriver de ne pas chercher à expliquer parce que c'est compliqué. Ça m'est arrivé d'abrèger des consultations du fait de la difficulté qu'une vraie prise en charge allait impliquer. Ça m'arrive. Je pense que ça arrive à tous les médecins. » (M12).*

### **2.3. Rôle du médecin généraliste**

- **Rôle général**

Plusieurs médecins reconnaissent que les soins des exilés font partie des soins premiers :

*« Je pense que ce métier (de médecin généraliste), c'est... si on veut le faire entièrement, ça passe aussi par-là (de soigner les exilés), ça passe par aider tout le monde pareil de la même façon, quel que soit le niveau de tout. » (M12).*

Certains médecins font une remarque sur la limite de la compétence d'un généraliste devant les démarches sociales des patients exilés.

*« Après, le social, c'est plutôt les associations qui gèrent le social. C'est pas moi qui vais leur trouver un logement, qui vais les aider à trouver un travail. Ça c'est difficile. Après on en parle, mais on essaie de les accompagner comme on peut. Mais bon, il n'y a pas de baguette magique. » (M1).*

- **Sur le versant psychologique/ psychiatrique**

Un médecin pense que le rôle d'un généraliste dans les soins de la santé mentale est de faire le tri et de savoir adresser :

*« Mon boulot (dans la prise en charge des plaintes psychologiques/psychiatriques des patients), il est de voir si c'est de mon ressort ou pas de mon ressort. Si je vois que c'est pas de mon ressort, voilà (j'adresse). » (M7).*

Deux médecins pensent qu'à la limite de sa compétence, un généraliste ne peut fournir qu'au mieux une prise en charge psychologique de base :

*« Mais je suis pas psychothérapeute. Bon, j'essaie d'aborder le patient dans sa globalité. [...] Parfois il y a des situations qui sont tellement gravissimes que même nous les médecins (généralistes), on n'est pas faits pour accueillir ces patients-là. Il faudrait d'autres structures d'entrée de jeu pour permettre ensuite de les voir, et de pouvoir évaluer leur état de santé. Mais, ce qui est évident en premier lieu, c'est l'état de stress post-traumatique. Un médecin généraliste n'est pas, à proprement parler, c'est déjà bien - c'est mieux que rien - mais c'est pas vraiment ce qu'il faudrait en premier lieu. [...] Nous on est un petit peu, les hommes et les femmes "à tout faire", mais on n'est pas toujours les mieux placés pour tout faire. » (M3.)*

Plusieurs médecins mettent en valeur la capacité d'écoute et d'accompagnement d'un médecin généraliste dans la prise en charge psychologique des patients exilés :

*« Quelqu'un qui est dans la détresse, il rapporte sa détresse. On reconnaît sa souffrance. Nous, en tant que soignants, on reconnaît les choses. [...] Donc, notre rôle est de reconnaître ça (la souffrance). [...] Alors, on peut les accompagner dans leur angoisse qu'ils ont. » (M10).*

### **3. Prise en charge par les médecins généralistes**

Ce chapitre illustre les particularités (ou non particularités) de prise en charge relevées par les généralistes et leurs niveaux d'implication.

#### **3.1. Spécificité**

##### **3.1.1. Spécificité perçue ou non**

Malgré quelques nuances socio-culturelles (le statut social, la langue, la culture, la prévalence de certaines pathologies...etc.), plusieurs médecins participants disent ne pas changer leur méthode de consultation vis à vis des patients exilés. Sur le plan médical, ils ne voient pas de différence par rapport à la population générale :

*« C'est pas particulièrement spécifique par rapport à nos connaissances, à notre façon de faire. On entend toujours dire que c'est pas la même culture. En fait, non. Les techniques c'est les mêmes. Les maladies rencontrées sont plutôt les mêmes aussi. [...] » (M4).*

Certains médecins constatent qu'il y a une partie sociale à laquelle ils doivent faire plus attention lors des consultations des patients exilés :



*« Bien évidemment, il y a une, il y a une difficulté sociale très importante dont il faut tenir compte et qui nécessite peut-être plus d'attention. [...] Voilà, ce qui change c'est déjà : je demande d'où ils viennent, depuis qu'ils sont en France. » (M12).*

Un médecin dit avoir tendance à privilégier les problèmes sociaux, les pathologies aiguës et infectieuses chez les exilés :

*« Alors que la personne du même âge, on va l'enquiquiner sur son tabagisme et ses coronaires; et l'autre, on va être surtout préoccupé, parce qu'il est migrant, de l'aider, de l'accompagner de trouver les papiers, de l'accompagner à soigner son truc infectieux, ses pyélonéphrites ou je ne sais quoi, et on va pas s'occuper de ses artères (coronaires). [...] C'est un défaut, mais bon, c'est comme ça, voilà [...] Du coup, très souvent, on est dans un regard à court terme, alors que le boulot des médecins généralistes est d'être certes dans la réponse à court terme, mais dans une vision de ton patient (exilé) à accompagner jusque tard. » (M9).*

### **3.1.2. Prise en charge complexe**

Plusieurs médecins précisent que la prise en charge des patients exilés est complexe dans de multiples dimensions. Un médecin pense que cette complexité est liée au statut de migrant, alors qu'un autre pense qu'elle est plus liée au contexte socio-psycho-culturel du patient exilé :

*« Les patients migrants sont des patients complexes. [...] Leur complexité (est) liée à leur statut de migrant. [...] Ces patients étant complexes, étant à risque d'être plus malades, parce qu'étant plus fragiles, plus précaires (que la population générale). » (M10).*

*« La question de la migration c'est un point parmi tant d'autres. C'est pas forcément qu'on est migrant qu'on va avoir des difficultés. [...] Je trouve que les difficultés sociales et psychologiques sont plus prégnantes que le fait d'être migrant. » (M11).*

Certains médecins remarquent que la précarité (financière ou sociale) pourrait aggraver les troubles psychotraumatiques des patients exilés :

*« Il y a des gens pour qui le fait de ne pas être reconnus comme réfugiés, alors qu'ils rapportent quand même des événements hyper traumatisants dans leur vie, ça peut aggraver les symptômes aussi. Je trouve que (c'est) de ne pas sentir reconnu sa souffrance. » (M2).*

Pour gérer les situations complexes des patients exilés, certains pensent qu'un travail en équipe est indispensable.

*« Moi, je ferai pas l'assistant social, je ferai pas le psychologue, je ferai pas ceci, je ferai pas cela. Donc, (les patients exilés) c'est des patients complexes. [...] Je crois qu'un*

*médecin peut s'occuper de patients qui sont complexes s'il a la capacité d'appréhender la complexité et s'il a la capacité de travailler en réseau. » (M10).*

### **3.1.3. Temps de consultation**

La majorité des médecins participants trouvent que la consultation des exilés est plus longue que celle de la population générale. Certains ne pensent pas que le modèle actuel de la médecine générale de ville soit adapté pour les consultations de longues durées :

*«C'est le temps qu'il me manque dans les consultations classiques en ville. Ça c'est clair. [...] Je pense que le système de soins actuel, il est pas forcément adapté dans le sens où, (les consultations des exilés) c'est les consultations longues, en fait, en médecine générale classique. » (M4).*

La durée de la consultation des exilés varie selon plusieurs facteurs :

- La première consultation est souvent longue
- Les plaintes complexes des exilés nécessitent plus de temps pour décryptage et accompagnement :

*« [...] Parce qu'on va être obligé de l'accompagner beaucoup plus. Là, ça (la consultation) va être beaucoup plus long. » (M9).*

*« C'est que (un exilé) c'est un patient complexe, ça demande du temps. [...] Il faut décrypter la demande des gens, et ça prend un peu de temps. » (M10).*

- La barrière de langue peut rendre une consultation chronophage

*« Surtout si t'es obligée d'avoir un traducteur. Tu peux tomber sur des cas extrêmement complexes. J'ai eu des consultations qui ont duré une heure, une heure et quart ! » (M2).*

### **3.1.4. Communication difficile**

#### **3.1.4.1. Barrière de langue**

La barrière de langage est considérée par la majorité des médecins participants comme un obstacle majeur dans les consultations des exilés, notamment sur le plan psychiatrique :

*« Moi je trouve que la difficulté majeure, c'est le versant psychologique, chez des patients qui souvent, notamment qui n'ont pas une maîtrise du français. Par exemple j'ai un patient que j'ai vu hier, que je vois très régulièrement, qui a énormément de plaintes de syndromes psychosomatiques, avec qui je baragouine un peu anglais, parce que je parle pas très bien anglais et lui non plus. » (M11).*

Plusieurs médecins confirment que la présence d'un interprète encouragera les patients exilés à s'exprimer librement en leur propre langue. Certains médecins sont dubitatifs vis-à-vis de la fiabilité de la traduction, notamment la traduction faite par un membre de l'entourage :

*« Souvent les interprètes (qui sont l'entourage des patients) peuvent interpréter aussi d'après ce qu'ils ont compris. [...] Moi, j'espère que le gars qui traduit a bien traduit ce que ressentait le malade, et puis le malade se dit j'espère qu'il a bien traduit au médecin. Il y a une appréhension qui est des 2 côtés. [...] On n'est jamais sûr qu'il a bien traduit ce qu'on veut lui demander. C'est ça qui fait un peu peur. » (M7).*

Or, l'interprétariat téléphonique n'est pas toujours abordable pour les généralistes en ville, d'autant plus que le délai d'attente pour trouver un interprète est long :

*« Mais ça (l'interprétariat téléphonique) coûte hyper cher, donc en fait sauf si on est dans une PASS ou dans un hôpital, on peut pas l'utiliser. » (M6).*

### **3.1.4.2. Barrière culturelle**

Les représentations différentes des maladies dans la population migrante peuvent perturber l'interprétation des symptomatologies d'où le risque d'un diagnostic erroné :

*« Parce que la communication peut être un petit peu compliquée, alors, sur le niveau de français, et puis parfois sur les représentations. C'est-à-dire que nous-mêmes il nous faut pas mal d'adaptation, quand on nous dit "mon corps est tout chaud", "j'ai de la fièvre » [...] Ça ne rentre pas dans des cases habituelles et il peut y avoir l'impression que la manière dont la personne s'exprime ne correspond pas... [...] C'est vrai que quelque fois la manière d'exprimer une plainte peut être déroutante. » (M8).*

Parfois les patients d'autres cultures ne parviennent pas à comprendre l'objectif des examens pratiqués couramment dans les pays occidentaux :

*« C'est vrai qu'il y a des choses qui sont évidentes pour nous qui le sont moins pour eux. Une dame africaine une fois je lui ai fait un frottis, elle comprenait vraiment pas ce que je faisais. » (M6).*

La différence culturelle peut également poser des difficultés dans l'exploration du contexte social des patients :

*« Et puis après (une forme d'expression que l'on n'a pas) ça va être aussi sur les activités du quotidien, sur l'alimentation, des petites choses comme ça, où on va avoir du mal à savoir qu'est-ce que... Enfin, même sur les objectifs de vie ou des choses comme ça, c'est difficile des fois de se rendre compte de ce qu'un patient qui a traversé tout ça a envie, ou a besoin, pour être bien pour lui. » (M11).*

Face aux différences culturelles, plusieurs médecins insistent sur la capacité d'adaptation et l'esprit ouvert dans la communication avec les patients d'autres cultures :

*« Il faut vraiment ouvrir ses yeux et ses oreilles et laisser la place à la communication. [...] Et puis, avoir beaucoup de capacité d'adaptation. On ne passe pas d'un malien, d'un patient malien qui arrive à quelqu'un qui arrive de l'Europe de l'Est. C'est pas du tout la même histoire. C'est pas du tout la même problématique. [...] Il faut pas en faire trop sur les cultures. Je pense que, même si on n'est pas de la même culture, on va pas dire que "médecins", mais quand on est ouvert à la communication, sans être borné, on peut communiquer avec tout le monde. » (M3).*

Deux médecins disent rester cliniques face à l'incertitude liée à la représentation différente des symptômes et à la croyance religieuse :

*« (Devant les représentations de plaintes des patients exilés qui sont difficiles à comprendre) Et la tendance serait d'essayer de remettre dans "bon on va voir votre poids, on va mesurer votre tension artérielle, ausculter votre cœur et vos poumons", et je pense qu'à partir du moment où on se met en marche pour faire le travail comme d'habitude, c'est rassurant aussi pour le patient quand on lui dit que tout va bien. » (M8).*

## **3.2. Implication du médecin**

### **3.2.1. Implication personnelle**

#### **3.2.1.1. Emotion**

Face à l'atrocité de leurs vécus, la consultation des exilés souffrant de psychotraumatismes est une épreuve pour les médecins, notamment sur le plan émotionnel. Un médecin dit se sentir impuissant devant la détresse psychologique des patients exilés :

*« Je me sens souvent un peu impuissante, j'ai l'impression de ne pas servir à grande chose, comme en fait dans beaucoup de situation de souffrance psychologique. En fait, les gens, ils sentent pas bien, ils viennent vous voir, parce que vous êtes leur médecin traitant, qu'ils ont confiance en vous, et qu'ils vous racontent leur vie. Du coup, ils vous confient quelque chose de douloureux pour eux, et ils vous les déposent, parfois ça leur fait du bien, mais parfois on sait pas quoi en faire du coup. » (M2).*

Deux médecins peinent à trouver un recul émotionnel après les consultations :

*«Tu vois quelqu'un en face, qui, d'ailleurs, ne pleure pas spécialement, parfois peut être même souriant, parce qu'il a fui, il a traversé d'autres choses. Il est en face de toi, il te raconte un truc, qui te dépasse totalement. [...] Est-ce que je peux comprendre cette fille qui*

*a passé 3 mois en prison et qui a été violée 10 fois par jour? Non, je peux pas comprendre. Est-ce que je peux entendre qu'elle souffre, je peux entendre tout ce que..., mais je peux pas l'INTEGRER. Enfin, je peux pas.» (M3).*

*« Moi j'en ai eu un qui était resté enfermé pendant 3 mois à genoux sur du béton dans un truc, ça m'a marqué, le mec il m'a raconté son truc, j'ai pleuré quoi. Mais voilà j'ai compris qu'il y avait de la souffrance qui pouvait être dingue, et qui était pas toujours exprimée. » (M7).*

Au contraire de la plupart des médecins qui ont exprimé leurs difficultés émotionnelles, un médecin trouve que ses émotions provoquées par les vécus des patients exilés sont productives, et que la consultation des exilés est valorisante :

*« Ça (les histoires et les parcours des patients exilés) me touche, ça me dérange, ça me questionne sur l'inhumanité du projet capitaliste. [...] Mais, le fait que ça me dérange a plus tendance à me mettre en rage productive, on va dire, que de m'accabler. [...] Au contraire, pour moi, c'est plutôt assez valorisant. » (M12).*

Pour gérer l'émotion, plusieurs médecins insistent sur le partage et le soutien entre confrères :

*« [...] donc je pense c'est une espèce de réflexe entre collègues, il faut pas être isolé. [...] Donc on se soutient mutuellement en se racontant un peu les cas qu'on a vus. [...] C'est pas bien (de garder les histoires atroces tout seul), non. » (M8).*

### **3.2.1.2. Valeur(s) personnelle(s)**

Pendant les entretiens, certains médecins participants évoquent leurs valeurs personnelles par rapport aux sujets variés impliqués dans la prise en charge des patients exilés.

Un médecin fait une remarque sur un contre-transfert inévitable du médecin thérapeute envers le patient pendant la prise en charge psychologique. Il est à l'origine d'un conflit entre les valeurs personnelles et le rôle professionnel du soignant :

*« Les autres choses (difficiles), ça va être aussi de garder une position thérapeutique, qui va pas forcément être simple. Parce que des fois, on peut être dans une position jugeante. [...] On peut avoir aussi des gens qui ont une présentation d'islamiste radical, qui sont peut-être victimes, MAIS pour lesquels, pour différentes raisons, on peut se sentir un peu mal à l'aise en tant que professionnel d'être à l'écoute d'une souffrance, parce qu'on a le sentiment qu'on a pas en face de nous quelqu'un qui ne fait que souffrir, on a aussi quelqu'un qui a fait souffrir. [...] Ça arrive, forcément ! Heureusement, on n'est pas mal à l'aise avec tout le monde comme ça.» (M9).*

### **3.2.2. Implication professionnelle**

### 3.2.2.1. Compétence

Suite au manque de formation et d'expérience, certains médecins expriment un manque de confiance en soi face aux plaintes psychologiques des exilés :

*« J'ai pas l'impression d'avoir été très formée là-dessus (sur les troubles psychotraumatiques), et donc je me sens un peu peut-être impuissante pour pouvoir bien aider ces personnes-là. [...] J'ai pu me sentir mal à l'aise. » (M2).*

### 3.2.2.2. Sujet(s) d'intérêt

Tous les médecins ne s'intéressent pas aux soins des exilés :

*« J'ai l'impression qu'il n'y a pas juste milieu dans la population de médecins. En gros, il y a des gens qui sont hyper militants, et qui sont super motivés pour aider les gens (exilés), et qui vont se donner des moyens de le faire. Après, il y a ceux qui s'en foutent. » (M2).*

Pour certains médecins participants, la connaissance du parcours et du contexte social est essentielle dans la prise en charge des patients, alors que d'autres sont moins enclins à les explorer. Un esprit ouvert, une écoute, et une relation de confiance permettent à ouvrir la porte au patient exilé pour exprimer sa souffrance :

*« C'est vrai qu'au départ on ne se rend pas bien compte de ce qui se passe à l'étranger, les trucs comme ça, et puis surtout que les gens ne s'ouvrent pas spontanément, ils vont pas raconter leur vie, comment ils ont souffert dans leur chair, dans leur cœur, c'est un peu compliqué hein. Ce qu'il faut c'est leur donner une ouverture. Qu'ils se sentent en confiance. Après ils parleront, ou ils parleront pas... » (M7).*

### 3.2.2.3. Ethique

Plus d'un tiers des médecins interviewés critiquent leurs confrères qui refusent les patients exilés pour des raisons financières :

*« Pour moi déjà le fait de ne pas prendre les gens qui ont l'aide médicale, c'est de la discrimination. Les spécialistes qui prennent pas l'aide médicale, moi, je trouve pas ça normal. Enfin ils font ce qu'ils veulent, mais moi je pense que c'est pas dans notre idéal de médecin. On n'est pas là pour se faire du fric. Si on en fait, tant mieux, c'est un plus, mais... » (M7).*

## 3.3. Suivi au long cours

Contrairement à la plupart de structures d'accueils qui ne fournissent que des soins ponctuels, les lieux de soins premiers en ville permettent aux médecins à avancer les soins progressivement. Certains médecins disent accompagner leurs patients exilés dans leurs

parcours de vie, même dès le début de leur installation en France. Ils sont même devenus leurs médecins traitants :

*« Je pense à une jeune femme que j'avais vue. Elle avait vraiment une grosse galère de vie, elle était mineure, elle avait été violée, elle avait un enfant. Elle était maltraitée aussi dans la famille, elle avait fui une tante qui la battait, qui l'esclavageait quasiment. Elle avait fui avec son enfant. Je l'ai vue évoluer favorablement. Elle était très déprimée en arrivant, et finalement elle a pu aller au lycée pour faire sa scolarité, et il y avait une solution pour que son enfant soit gardé. Je l'ai vue se transformer. Elle a été régularisée. » (M8).*

La précarité sociale et financière peut expliquer certains perdus de vue. Cependant, une fois la confiance établie, il n'est pas rare que les patients exilés considèrent le médecin et le lieu de soins comme un repère et s'accrochent dans leur suivi médical.

*« Il y a quand-même souvent un point d'ancrage, c'est-à-dire qu'il y a des patients (exilés) qui sont assez précaires dans leur logement, et qui doivent changer beaucoup d'endroit, mais qui ont comme point d'ancrage un endroit pour la santé, et qui continuent à venir, même s'ils mettent une heure à venir. [...] Je pense que c'est important pour eux, une fois qu'ils ont un premier contact, et qu'ils ont commencé quelque chose, souvent ils ont plutôt tendance à vouloir poursuivre. » (E11).*

### **3.4. Prise en charge psychologique/psychiatrique**

#### **3.4.1. Diagnostic**

##### **3.4.1.1. Stratégie de repérage**

- **Dépistage systématique ou non**

La recherche des ESPT chez les patients exilés est systématique dans la pratique de certains médecins participants :

*« Au centre de santé, on s'est dit que pour tous les patients qu'on reçoit, on posait la question de violence. [...] Si on prend pas la peine de poser la question, des fois les gens vont pas forcément spontanément en parler. » (M2).*

Tandis que d'autres médecins interrogés ne cherchent pas délibérément des ESPT dans les consultations des patients exilés. Pour certains, le dépistage n'est pas systématique. Il est en fonction de la volonté, de l'état et du contexte des patients :

*« On est entrés en contact, après une relation se noue, après on se revoit, et au fur et à mesure, des choses émergent ou n'émergent pas. Moi je suis pas du tout pour les questions systématiques qui iraient essayer de dépister des trucs. [...] En plus j'ai pas trop envie de*

*les embêter à me raconter des histoires horribles, sachant que après ils vont se retrouver tout seul. Donc je les cuisine pas. C'est soit ça vient, soit... mais quand ils en parlent je crois que je comprends. » (M6)*

Un médecin précise que la systématisation de la recherche des ESPT est en fonction de l'ancienneté d'installation en France du patient :

*« Je suis assez systématique (dans la recherche des états de stress post-traumatiques) quand les gens sont fraîchement débarqués. [...] Après (pour les autres qui ne sont plus primo-arrivants), si je vois qu'il y a des problématiques qui persistent, et qui gênent, et qui posent un problème, je vais certainement explorer ça. Les enjeux ne sont pas pareils. » (M10).*

- **Outil(s) de dépistage**

L'entretien en consultation permet aux médecins d'étayer progressivement le diagnostic des états de stress post-traumatiques :

*« On en parle avec eux, oui. Soit ils expriment directement, soit ils ont des symptômes qui évoquent plus quelque chose de psychosomatique, et on essaie de l'approfondir. » (M1).*

L'examen physique peut donner des indices orientant vers un ESPT sous-jacent :

*« En général, ça va être, voilà, on va découvrir des traces de coup ou des blessures. Là, on va dire "Mais, c'est quoi ?" [...] Et donc avec le récit biographique, on va mieux comprendre éventuellement certains symptômes de troubles du sommeil, d'anxiété..., d'un tas de questions. » (M9).*

Les ESPT peuvent se manifester par certaines plaintes somatiques (douleurs, insomnies, etc.) :

*« Et des fois, il y a des formes particulières. Ils ont mal partout. En fait, c'est des syndromes post-traumatiques. [...] Je vais l'aborder, je vais me poser la question (sur la violence) quand il y a une problématique qui perdure, C'est à dire que, trouble du sommeil, angoisse, ou douleur, "J'ai mal partout." C'est des trucs somatoformes qu'on arrive pas à trouver la cause. » (M10).*

Les ESPT peuvent également se présenter par des symptômes psychiatriques :

*« Ça m'est déjà arrivé d'avoir des patients complètement délirant. Du coup, avant même d'avoir posé la question... C'est l'inverse, c'est le symptôme psychiatrique qui m'a fait poser la question du psychotraumatisme. C'est comme ça qu'on a suspecté que c'était lié à ça. » (M2).*

Le parcours de vie et le contexte social des patients migrants peuvent mener à une recherche d'ESPT :



*« Souvent on peut supposer que (les symptômes faisant suspecter un ESPT) ça peut être lié, pas forcément, mais aux conditions de la migration. Donc, on peut poser des questions sur ce qui s'est passé pendant leur migration, quand ils sont arrivés en France. Comment ça s'est passé (pendant leur migration), ou comment ça s'est passé dans leurs pays, ce qui les a fait fuir de leurs pays. Si c'était une guerre ou s'ils ont été témoins ou victimes d'exactions de... Voilà, de choses difficiles chez eux. » (M5).*

Les traumatismes anciens peuvent être responsables des ESPT tardifs des exilés insérés:

*« Maintenant j'ai pris l'habitude d'avoir en arrière-pensée le fait d'aller chercher un traumatisme dans leur enfance chez les personnes d'origine immigrée. Parce que ça m'est arrivé à plusieurs reprises de pouvoir identifier cela (ESPT) chez des gens qui étaient là depuis des années et tout ça, et en fait, c'était pas un traumatisme lié à des violences politiques. C'est un traumatisme qui s'est passé dans la famille (au pays). » (M10).*

### **3.4.1.2. Difficulté de repérage**

Certains médecins constatent que leurs patients exilés sont ouverts, alors que certains les trouvent manquer de confiance envers les médecins pour répondre aux questions concernant leurs parcours de vie :

*« J'ai l'impression que majoritairement les gens ne sont pas choqués quand on leur pose la question (sur leur parcours). Au contraire, ils ont l'air assez content quand on s'intéresse à leur vie. Souvent, des fois j'ai même pas besoin de poser la question. Déjà, en fait, on parle de, "vous venez de quel pays?" " Alors, vous êtes en France depuis combien de temps?" Et puis, ils nous racontent assez facilement, "ben oui, je suis demandeur d'asile, parce que il s'est passé ça dans mon pays à tel moment..." » (M2).*

*« (Le patient exilé souffrant d'un ESPT était prostré.) Et il m'a fallu un temps fou avant de comprendre pourquoi il était comme ça, et qu'il arrive à accepter et à en parler. » (M7).*

En raison d'un embarras personnel et d'une crainte de s'engager, certains médecins disent manquer d'aisance à poser des questions sur un éventuel traumatisme :

*« Je crois, personnellement, je pense que je m'arrête aussi dans la question (sur psychotraumatisme). C'est-à-dire que je vais deviner, je vais peut-être projeter des choses, mais c'est un peu la boîte de Pandore qu'on a pas envie d'ouvrir. [...] Parce que s'engager, aller titiller quelqu'un sur son histoire, c'est toujours difficile. Et puis, on sait pas aussi ce qu'on fait resurgir ! [...] Enfin, en psychiatrie, il y a une notion quand-même de prudence ! Parce que des fois, il n'est pas l'heure que les choses soient dites. On va pas demander aux gens "Alors, vous avez été violé(e) ou pas ?" » (M9).*

Les barrières de communication, notamment linguistiques, peuvent faire sous-estimer les troubles psychotraumatiques.

*« Je pense que, des fois on doit sous-estimer certaines situations de psychotrauma aussi par des gens où on arrive pas trop à communiquer. » (M2).*

Les plaintes psychosomatiques envahissantes peuvent empêcher une exploration approfondie d'un ESPT sous-jacent :

*« Il y a des patients qui vont être toujours dans la plainte psychosomatique, et dès qu'on va essayer d'aller sur le psychologique, ils vont ramener sur "mais non mais moi j'ai des douleurs, j'ai des douleurs, j'ai des douleurs ", et on va pas du tout réussir à aller vers l'angoisse ou vers le PTSD ou autre, [...] » (M11).*

Pour un médecin, la recherche des ESPT est plus difficile chez les exilés intégrés :

*« Pour moi, (la recherche des ESPT) c'est plus difficile quand le patient est déjà inséré. Je ne le vois plus comme un migrant, migrant fraîchement (débarqué). [...] » (M10).*

### **3.4.2. Méthode de prise en charge**

#### **3.4.2.1. Prise en charge médicamenteuse**

Certains médecins participants disent prescrire facilement des psychotropes pour les exilés :

*« Voilà, on va être très clinique. On va avoir une approche assez vite, enfin, en tout cas, j'ai le sentiment que j'ai comme ça assez vite une approche pharmacologique. » (M9).*

Une prise en charge médicamenteuse peut être conduite en soins premiers quand les manifestations psychiatriques sont importantes :

*« Alors, éventuellement, si la personne elle présente vraiment un trouble de l'humeur patent, on va en effet prescrire des antidépresseurs, en essayant de surveiller bien l'observance thérapeutique. Si la personne présente des troubles délirants, on va prescrire de neuroleptique en attendant de trouver le relais avec le psychiatre qui va le re-prescrire. [...] » (M9).*

#### **3.4.2.2. Prise en charge non médicamenteuse**

En plus de la prise en charge pharmacologique, certains médecins participants accompagnent leurs patients exilés en menant une psychothérapie de soutien. Néanmoins, la psychothérapie n'est pas toujours réalisable en soins premiers dû au temps limité en consultation. Les avis des médecins concernant l'efficacité de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge des ESPT des patients exilés sont divergents :

« Je pense que, oui, la psychothérapie de soutien serait valable presque pour tout le monde, d'autant plus quand ils (les exilés) ont subi des violences particulières » (M3).

« (La raison pour laquelle je prescris tôt des médicaments) Parce qu'au niveau de la relation thérapeutique et de la prise en charge psychothérapeutique, du "counseling", de l'accompagnement, on va très vite être plus très cohérent. On va pas pouvoir proposer grand-chose. Et en plus, c'est toutes les théories pour les gens qui sont très précaires, puisque c'est de ceux-là qu'on parle, qui débarquent, qui ont de plus un trouble psychiatrique. » (M9).

### 3.4.2.3. Suivi psychiatrique par les médecins généralistes

Plusieurs médecins disent suivre eux-mêmes les troubles psychotraumatiques des exilés :

« Ben oui (je fais des suivis psychologiques des patients exilés) mais je fais avec les armes que j'ai moi, c'est-à-dire que je fais un peu sans que ce soit très structuré. Enfin je suis pas spécialiste, je suis pas psychologue ni psychiatre. » (M11).

De leur côté, certains exilés préfèrent que ce soit leurs médecins généralistes qui suivent leur psychotraumatismes une fois leur souffrance confiée :

« Je sens bien que les gens une fois ils ont commencé à parler de ça (psychotraumatisme) avec nous, ils sont dans la confiance, ils ont envie que ce soit nous (les généralistes) qui prenions ça en charge. » (M2).

Certains généralistes suivent conjointement avec les spécialistes les troubles psychotraumatiques de leurs patients exilés:

« On a pu dialoguer (avec la patiente de RDC) et mettre en place un peu un suivi. Je la vois deux fois par mois, et elle a pu voir une psy du réseau. Alors, c'est pas la psy du réseau de l'AVIH. C'est une psychologue à la mairie de Torcy, qui fait des consultations gratuites. » (M12).

Le relais spécialisé est parfois impossible :

« Mais en médecine générale, c'est difficile. Parce qu'on peut pas abandonner. On peut pas dire aux gens "Bon, on s'arrête là." [...] Donc, si on n'a pas d'autres possibilités d'adressage (aux psychiatres), si on n'arrive pas à adresser, on continue (à suivre les patients) même si on n'est pas à l'aise. » (M9).

Certains patients exilés sont perdus de vue pendant le suivi psychiatrique. Un médecin suggère que ceci serait dû au fait qu'ils ne sont pas demandeurs de soins et que la gravité du trouble psychotraumatique aurait été surestimée :

« Après, ceux qui ne reviennent pas, souvent, c'est ceux qui sont pas très demandeurs et que, c'est peut-être moi qui ai surestimé la situation de psychotraumatisme, je pense. » (M2).

#### **3.4.2.4. Coordination (adressage)**

- **Pourquoi**

Plusieurs médecins pensent qu'un suivi par un psychiatre est indispensable pour les troubles psychotraumatiques, notamment les ESPT :

« On ne travaille pas tout seul (dans la prise en charge des ESPT). [...] À ce niveau-là (quand les troubles psychotraumatiques émergent), effectivement, on peut pas agir tout seul. Moi, étant un médecin généraliste, si j'ai un gros syndrome post-traumatique, je vais pas gérer ça tout seul ! » (M10).

Une appréhension du médecin peut être à l'origine d'un adressage précoce :

« Psychiatrie j'en fais pas beaucoup. J'adresse. Je veux pas me lancer dedans, pour moi c'est trop délicat. D'abord j'ai beaucoup de mal avec la psychiatrie, ça me fait un peu peur. [...] hmmm non je préfère passer la main. » (M7).

Les adressages des patients exilés en psychiatrie sont organisés rapidement en cas de troubles psychotraumatiques associés à des manifestations psychiatriques importantes (ex. idées suicidaires), ou en cas d'absence d'amélioration. L'isolement social peut aggraver les ESPT des patients exilés, ce qui indique la nécessité d'une prise en charge spécialisée :

« (J'adresse) C'est plutôt quand je sens qu'il est très envahi, qu'il est très isolé, et qu'il a du mal à faire des choses ici. [...] Tout dépend de l'état du patient et de son handicap au quotidien. Et aussi quand il y a la prise en charge sociale s'il est seul isolé. Ça aggrave le traumatisme. » (M4).

- **Où ?**

- **Spécialistes et structures d'adressage de première ligne**

Contrairement aux généralistes exerçant dans les structures d'accueil qui collaborent avec les psychologues au sein des établissements, ceux qui pratiquent en ville adressent leurs patients exilés aux psychiatres ou aux psychologues à proximité. Certains médecins interrogés adressent leurs patients exilés aux associations ou aux psychologues des réseaux.

- **Structures spécialisées**

La connaissance des médecins participants concernant les structures spécialisées en psychotraumatologie des exilés est hétérogène. Certains sont capables d'en citer, tandis que d'autres en connaissent très peu.

Les patients exilés victimes de torture sont parfois adressés en Institut de victimologie (non spécialisée dans la prise en charge des exilés) :

*«Parfois on voit des personnes qui ont été victimes vraiment de torture ou de menaces très graves, ou bien un proche a été tué devant eux, ou qui ont dû vraiment effectivement fuir pour une menace directe de leur vie. Et il y en a certains que j'ai adressés, enfin je pense à un, en institut de victimologie à Paris, et qui a eu un très bon suivi psychologique, et qui est sorti de sa dépression, et qui a pu se marier, trouver du travail, qui a des enfants maintenant. Ça fait plaisir à voir. » (M8).*

Pour les avis d'ethnopsychiatrie ou de psychotraumatismes liés à la migration, deux médecins envoient leurs patients exilés au centre de Tobie Nathan et en consultation de psychotraumatisme de l'Hôpital Avicenne.

- **Difficulté(s) en coordination et en adressage psychiatrique**

Les réseaux de soins psychiatriques, les psychiatres libéraux, les CMP et les structures spécialisées sont très peu accessibles à cause de la surcharge du travail. Le délai d'attente est en général très long pour que les patients soient pris en charge par les CMP et les structures spécialisées. Par conséquent, les patients exilés peuvent rester sans prise en charge pour leurs troubles psychotraumatiques.

De plus, le système de sectorisation des CMP n'est pas compatible avec le cas des patients exilés, qui n'ont souvent pas d'adresse fixe :

*« Dans la vraie vie, (l'adressage aux psychiatres) c'est compliqué. Nos patients, des fois, ils ont pas de domicile fixe, donc ils ont une adresse quelque-part, et quand on les envoie au CMP du lieu où ils dorment vraiment, parce que c'est là où leur cousin ou leur ami réside, on leur dit "ben non, sur votre adresse écrit telle ville, donc faut pas venir ici, faut aller là-bas..." » (M2).*

Les zones susceptibles de passage d'exilés sont démunies de psychiatres et de psychologues :

*« Les psychiatres, dans le coin il y en a pas tant que ça. Il y en a même aucun à Gennevilliers. Donc voilà, donc là on est complètement démunis. » (M6).*

Le choix d'adressage des patients exilés est restreint car la plupart des consultations avec les psychologues et les psychiatres en ville sont payantes :

*« Et les psychologues il faut les payer. [...] Mais voilà, là on est vraiment vraiment limités dans les soins psy. » (M6).*

De plus, tous les psychiatres ne sont pas perçus comme compétents dans les soins des troubles psychotraumatiques des exilés :

*« Pour le patient (exilé) dont je parlais d'hier, il est déjà suivi au CMP, mais j'ai l'impression que le médecin du CMP s'occupe plus des médicaments, et arrive pas forcément à creuser les symptômes. » (M11).*

Les entretiens psychiatriques des patients exilés aux CMP sont souvent limités à cause du manque d'interprètes :

*« C'est toujours très compliqué. Donc les CMP arrivent rarement à faire appel à eux (interprètes). [...] (Le manque d'interprétariat) C'est une forme de discrimination pour les patients. Ça c'est clair. » (M4).*

Parfois les patients exilés ne vont pas voir les psychiatres malgré l'adressage organisé par leurs généralistes :

*« À Avicenne, je sais pas, j'ai l'impression qu'ils (les patients exilés) ont du mal à vraiment y aller. [...] Alors je sais pas si c'est parce que les patients veulent pas y aller parce que c'est à l'hôpital, j'ai pas encore réussi à bien identifier les freins, mais j'ai des patients que j'ai essayé d'orienter, et qui ont pas été. » (M11).*

*« Après, il y en a certains qui finissent par ne plus y aller, et qui ont pas forcément un bon contact avec les psys. » (M2).*

## **DISCUSSION**

### **1. Résultats principaux**

Cette étude a permis d'analyser les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de soins premiers dans la prise en charge de la santé mentale, notamment les troubles psychotraumatiques, des patients exilés, en particulier des demandeurs d'asile et des réfugiés.

En parlant des soins des exilés, il est inévitable de parler de l'accès aux soins pour les étrangers en France. Les facteurs rendant l'accès aux soins difficile pour les exilés sont principalement liés au parcours de vie des patients et à l'organisation du système de soins actuel. La précarité sociale et financière est l'élément inhérent aux exilés le plus mentionné par les médecins participants. Derrière la précarité, suivent le manque d'information et la méconnaissance du système de soins, ainsi que les barrières linguistique et culturelle.

Concernant les facteurs inhérents à l'organisation des soins, la logique de rentabilité défavorise l'accueil des exilés en médecine libérale. Les paiements à l'acte et les dépassements d'honoraires en secteur 2 refoulent les exilés en difficulté financière. Par

ailleurs, une méconnaissance des généralistes vis-à-vis du système de soins des étrangers serait à l'origine de certains refus de soins.

Plusieurs médecins participants reconnaissent le caractère contraint de la migration des exilés, chez qui la prévalence des troubles psychotraumatiques est non négligeable suite à une fréquence importante de violences subies aux pays et/ou sur le trajet migratoire. Néanmoins, les plaintes psychologiques n'ont pas été évoquées comme les motifs principaux des premières consultations des patients exilés. Ce qui attire l'attention des médecins participants au premier abord sont les maladies infectieuses (VIH, HBV, tuberculoses, infections tropicales), pour lesquelles des examens à but de dépistage sont organisés.

Dans l'ensemble, pour la plupart des participants, ce qui différencie les soins des exilés des soins de la population générale est notamment la complexité liée à leur statut de migrant et à leur contexte psycho-socio-culturel, qui semble exiger plus de temps pour les accompagner dans leurs parcours de soins. La barrière de la langue est considérée par plusieurs participants comme un obstacle majeur dans les consultations des exilés, notamment sur le plan psychiatrique. La différence culturelle peut également entraver l'efficacité de la communication.

Quant à la prise en charge de la santé mentale des exilés, les freins inhérents aux médecins sont multiples. Un manque de formation et d'expérience en santé mentale peut être à l'origine d'un manque de confiance en soi face aux troubles psychotraumatiques des exilés. Plusieurs participants jugent qu'un suivi par les spécialistes de santé mentale des psychotraumatismes des exilés est indispensable. En outre, plusieurs participants éprouvent des difficultés à trouver un recul émotionnel face aux histoires des exilés. Il peut y avoir également une confrontation entre les valeurs personnelles et le rôle professionnel du médecin face aux vécus des patients. Un embarras personnel et une crainte d'engagement empêchent parfois le médecin d'aborder la violence.

En sus des facteurs liés aux médecins, le manque de confiance envers le médecin et la barrière linguistique peuvent également empêcher les exilés de partager leurs vécus traumatisants. Des problématiques en relai psychiatrique, notamment la disponibilité des spécialistes, compliquent parfois la coordination avec les professionnels de la santé mentale.

Enfin, les facteurs facilitant la prise en charge des psychotraumatismes des exilés cités sont : un examen physique pertinent, une sensibilité aux symptômes psychosomatiques indiquant troubles psychotraumatiques sous-jacents, et avant tout, un esprit ouvert et l'écoute qui

permettent de construire une relation de confiance médecin-patient dans laquelle le patient pourra confier ses vécus et sa souffrance.

## **2. Forces et limites**

### **2.1. Force de l'étude**

Le choix d'une méthode qualitative inspirée de la théorie ancrée a permis d'explorer au mieux un phénomène à partir de l'expérience de chaque médecin participant sur leur terrain d'exercice, et donc de faire apparaître des dimensions inattendues mais intéressantes à l'objectif de la recherche. Ce type de méthode est peu usité dans la littérature. L'invitation à l'entretien sans mention spécifique aux soins des psychotraumatismes, et le caractère semi-directif des entretiens ont permis aux participants d'exprimer leurs idées et partager leurs vécus librement sans être restreints aux idées préconçues du chercheur vis-à-vis au sujet de l'étude. Ainsi, les résultats ne sont pas limités par l'hypothèse préalable au départ de la recherche [31] [11]. Une triangulation rigoureuse de l'analyse entre le chercheur principal et le directeur de thèse a également assuré la rigueur (*trustworthiness*) de la méthode [40]. En sus, l'absence de relation professionnelle et personnelle entre les participants et le chercheur a garanti une absence de conflit d'intérêt, et donc une objectivité du recueil et de l'analyse des données.

### **2.2. Limite de l'étude**

Toutefois, il existe certaines limites dans l'étude. Premièrement, les retranscriptions des entretiens n'ont pas été relues par les interviewés. Le codage des données a été réalisé en premier temps par le chercheur principal seul. La deuxième personne, le directeur de thèse, n'a été sollicitée qu'en cas de codage difficile. Malgré une triangulation rigoureuse entre les deux, un codage en parallèle en aveugle avec un deuxième voire un troisième lecteur des données aurait pu renforcer la validité de l'analyse [11].

D'autre part, pour atteindre une divergence suffisante des données, il serait idéal de recruter les médecins généralistes réticents ou refusant de soigner les réfugiés ou les demandeurs d'asile. Or, de nombreux médecins semblant présenter ce profil ont refusé les entretiens avec l'investigateur. Au final, seuls 12 entretiens ont été analysés ce qui limite l'exhaustivité de la recherche.

## **3. Interprétation des résultats et confrontation littéraire**

### **3.1. Inégalité d'accès aux soins pour les publics précaires, exilés compris**



### 3.1.1. Précarité, un amplificateur péjoratif pour l'état de santé pour la population générale et le public d'exilés [20]

- ***Absence de définition objective de la précarité***

Selon De Pauw (2017), une notion de responsabilité individuelle est souvent portée par les médecins généralistes envers les publics précaires, engendrant une **dichotomie qui distingue les « vrais » et les « faux » précaires** : les « faux » précaires sont ceux qui manquent de volonté pour s'en sortir ; les « vrais » précaires, victimes d'une situation extérieure, qui n'ont pas la capacité de travailler, sont honorables car ils ont de la « pudeur » et essaient malgré tout de faire des efforts pour quitter la précarité [20]. Si on prend en compte les barrières linguistique et culturelle, et le manque de soutien social et de ressource à l'arrivée au pays d'accueil, qui paraissent difficiles à franchir malgré tout effort personnel, les exilés devraient être considérés comme des « vrais » précaires. Dans notre étude, on retrouve des résultats similaires. En effet, il ressort que les critères subjectifs liés à la vision personnelle des médecins interrogés influent sur sa manière de prendre soin des exilés.

- ***Une disjonction entre la mentalité et la pratique des médecins***

Dans notre étude, nous avons rencontré des refus d'entretiens des médecins, dont un déclarait ne recevoir aucun patient exilé et avait sa secrétaire qui questionnait la légitimité du remboursement des soins pour les étrangers par la ressource publique mais en même temps disait qu'ils accueilleraient « volontiers » ceux qui se présenteraient au cabinet. De même, dans l'observation de De Pauw, malgré un racisme explicite dans les discours de certains médecins interrogés, aucun refus ou soins discriminatoires auprès du public migrant précaire n'a été relevé. Il semble donc que les propos racistes n'aient « pas de liens directs ou de traductions dans les actes (médicaux) » comme l'énonçait Peneff (2000) [20]. Il paraît qu'il existe également un conflit entre les valeurs personnelles et la morale professionnelle du médecin, dans lequel c'est souvent l'éthique médicale qui prévaut.

- ***Manque d'accessibilité aux soins spécialisés aux tarifs abordables dans les zones défavorisées***

Les patients en difficulté financière sont obligés de recourir aux praticiens en secteur 1 ou en hôpital. De Pauw explique que l'augmentation de la demande sur le secteur 1 et l'hôpital, dont les moyens des patients n'augmentent pas, a pour effet d'augmenter mécaniquement les délais de rendez-vous, induisant ainsi un retard de soins pour ceux qui ne peuvent pas

financer une consultation avec dépassement d'honoraire [20]. Ce manque d'accessibilité aux consultations de spécialistes entrave donc l'accès aux soins spécialisés de tout public précaire, y compris les exilés. Comme mentionné par plusieurs médecins participants dans notre étude, ceci diminue le choix de recours, et par conséquent, un retard de soins.

### **3.1.2. Manque d'informations fréquent dans la population d'exilés**

Certains médecins participants à notre étude font remarquer les difficultés de l'acquisition des informations éprouvées par les exilés primo-arrivants, ce qui est à l'origine d'une méconnaissance du système de soins du pays d'accueil, et par conséquent souvent, des consultations aléatoires, des retards et ruptures de soins. De même, dans l'étude de Woodgate et al. 2017, qui enquête sur les expériences en accès aux soins premiers des migrants africains au Canada, ces difficultés ont été témoignées par les migrants eux-mêmes [55].

### **3.1.3. CMU et AME, obstacles malgré elles à l'accès aux soins**

D'après De Pauw, les refus de soins discriminatoires envers les allocataires de CMU par les professionnels de soins sont non négligeables et souvent dissimulés (délais allongés de rendez-vous, dépassements d'honoraires importants, fraîcheur de l'accueil...etc.) [20]. En plus des publics précaires de la population générale concernés dans la recherche de De Pauw, nous pouvons extrapoler que les exilés bénéficiant de l'AME et les réfugiés et les demandeurs d'asile ayant le droit légitime à la CMU sont également affectés par les discriminations produites par l'AME et la CMU elles-mêmes, comme nous le disent les médecins interrogés dans l'étude.

### **3.1.4. Renoncement aux soins par le patient**

Une implication personnelle des patients exilés dans les renoncements aux soins a été constatée par les médecins interrogés. La raison serait une crainte de déranger les médecins. Celle-ci est différente de la raison suggérée par De Pauw du renoncement aux soins par les publics précaires de la population générale, qui serait une lutte contre la stigmatisation, de manière revendiquée ou dissimulée, pour affirmer leur autonomie dans la gestion de leur santé [20]. Contrairement à l'idée reçue concernant l'attitude revendicatrice des publics démunis de la population générale, qui cherchent à défendre leur dignité et réclamer une dominance dans la prise en charge de leur santé, nous voyons dans notre étude plutôt une humilité et une passivité de la population exilée dans leurs parcours de soins.

### **3.1.5. Manque de formation et méconnaissance de la part des médecins, risque de reproduction des inégalités sociales de santé envers les exilés**

Un manque de formation en soins des exilés et une méconnaissance du système de soins pour les étrangers en situation irrégulière chez les médecins généralistes libéraux sont évoqués par nos médecins participants. Ceux-ci pourraient contribuer à l'appréhension de certains médecins, qui évitent et même refusent de soigner cette population fragile et complexe et ont tendance à les adresser précocement vers les établissements de soins de second recours (ex. urgences). Cette appréhension module ainsi la pratique du médecin auprès des exilés. Ce phénomène reflète bien la notion de De Pauw: « le médecin peut jouer un rôle dans le système de reproduction des inégalités sociales de santé : ses pratiques peuvent contribuer à les perpétuer, ou être un levier pour tenter de les réduire.» [20].

D'autre part, De Pauw constate que, malgré la possibilité pour certains généralistes, comme quelques participants à notre recherche, d'assurer une prise en charge sociale, elle ne leur a pas été enseignée pendant leur cursus universitaire. Il n'y existe ni recommandation, ni consensus, ni référence. Il n'y a pas non plus de valorisation du rôle social des médecins [20]. Tout ceci pourrait donc majorer la réticence de certains généralistes qui redoutent d'accueillir les publics précaires, qui présentent souvent de multiples problèmes sociaux.

## **3.2. Exilés, des patients complexes nécessitant une prise en charge globale et adaptée**

### **3.2.1. Une population jugée plus complexe que les publics précaires de la population générale**

En plus de la précarité financière qui existe aussi dans la population générale, de multiples facteurs psycho-socio-culturels rendent la prise en charge complexe pour les exilés.

- ***Adaptation ou non de la pratique vis-à-vis des patients précaires***

Vis-à-vis de notre question sur la spécificité de la prise en charge des patients exilés, la quasi-totalité des médecins participants répondent d'emblée qu'ils ne changent pas leurs façons de mener les consultations et plusieurs ne voient pas de différence sur le plan médical. Ceci serait probablement la conséquence de « la posture morale sous-jacente à la formation médicale qui appelle à ne pas faire de différence entre les malades. » Toutefois, selon De Pauw, cette posture risque « d'occulter de manière inattendue les dimensions sociologiques associées à la santé et à la précarité au travers des inégalités sociales de santé.» [20].

Paradoxalement, certains médecins participants disent porter une attention supplémentaire sur le contexte social des patients exilés. Dans l'étude de De Pauw, aucune adaptation de la pratique n'est constatée chez les généralistes en secteurs favorisés. Au contraire, les médecins des secteurs démunis tiennent compte des difficultés financières des patients au moment de la planification des soins [20]. Il paraît que cette adaptation auprès des patients précaires, que ce soient exilés ou des publics précaires de la population générale, dépend du **volontariat du médecin** et du **rôle social perçu par le médecin lui-même**. La raison pour laquelle la prise en charge sociale n'est pas prioritaire dans la pratique de certains médecins serait que ces médecins ne perçoivent pas le rôle social qu'ils pourraient jouer car notre société ne l'a pas défini [20].

- **« Migrant » ou « exilé » ? Une confusion dans le corps médical**

Bien que nos médecins participants sont conscients de la nuance entre « migrant » et « exilé », dont certains, comme indiqué plus haut, ajustent même leur pratique en fonction du contexte du patient (package d'examens de dépistage des maladies infectieuses, questionner le contexte social), personne ne les applique précisément dans le langage courant. L'usage indifférencié des deux termes se retrouve également dans la variété des études médico-sociales sur la prise en charge de cette population. Cette « confusion » serait véhiculée par le discours public souvent stigmatisant et les programmes politiques migratoires actuels, dans lesquels il y a un mélange qui ignore les caractéristiques contraintes et l'impact psychologique du parcours migratoire des exilés. D'autre part, comme mentionné par le Comede dans leur guide de pratique, la confusion des termes concernant toute personne d'origine étrangère serait également la conséquence d'une fragmentation du statut administratif des étrangers [18].

### **3.2.2. Freins à la prise en charge sociale des exilés**

Certains médecins dans notre étude, notamment ceux qui coopèrent avec les associations et les réseaux, fonctionnent de la même manière que les médecins qualifiés « délibératifs » par De Pauw selon les modèles de E.J Emmanuel et L.L. Emanuel (1992) (**Annexe 11**), qui sont acteurs dans la prise en charge sociale des patients précaires, exilés ou non, et pour qui le recours aux acteurs sociaux est une évidence. Tandis que certains participants suivent le modèle « interprétatif » et n'ont recours ponctuellement qu'en cas de situation alarmante auprès d'un nombre très limité de personnes-sources par de simples appels téléphoniques

pour orienter et initier une démarche. Ils considèrent que la démarche devrait être ensuite reprise par le patient ou d'autres intervenants sociaux [20].

- ***Un accès difficile aux travailleurs sociaux pour les médecins généralistes***

Il apparaît dans notre étude que l'accessibilité aux intervenants sociaux pour les médecins généralistes est une problématique fréquente dans la prise en charge sociale des patients exilés et d'autres publics précaires venant de la population générale. En effet, comme ce que De Pauw constate, « il ne semble ni facile d'avoir les coordonnées du bon interlocuteur ni, ensuite, de le joindre. [...] Les médecins généralistes ont l'impression de s'y perdre, ne savent pas qui appeler. » [20]. Or, les créneaux d'appel des médecins généralistes sont rarement compatibles avec ceux des travailleurs sociaux. « Les médecins vivent assez mal de ne pas pouvoir les joindre rapidement et donc ne pas pouvoir traiter instantanément les situations de leurs patients » [20], ce qui contribue ainsi à la réticence de certains généralistes envers la prise en charge sociale des publics précaires.

### **3.2.3. Consultation chronophage**

L'étude de De Pauw constate que les consultations des publics de basses catégories socioprofessionnelles prennent du temps, car un renforcement est nécessaire pour certaines pratiques comme les conseils de mode de vie ou encore l'accompagnement psychologique [20]. De même, les médecins interrogés dans notre recherche ont insisté à maintes reprises sur la longue durée des consultations des exilés. En plus des deux facteurs mentionnés ci-dessus, notre étude a identifié d'autres facteurs qui prolongent la durée de consultation des exilés : primo-consultation, décryptage des plaintes souvent complexes, barrière linguistique, gestion des problèmes sociaux, et enfin tout particulièrement la présence de troubles psychotraumatiques. D'autant plus que la pression du paiement à l'acte imposée aux médecins va contre leur souhait de passer le temps avec ces patients précaires, ce qui est bien illustré par Jaddo (2012) : « humanité, 22 euros le quart d'heure » [20]. Par conséquent, la caractéristique chronophage de la consultation des publics défavorisés pourrait dissuader les professionnels de soins libéraux.

## **3.3. Barrières linguistique et culturelle, des freins à une communication efficace**

### **3.3.1. Barrière de langue, un obstacle majeur et omniprésent, sans solution optimale pour la médecine générale de ville**

Dans les entretiens de nos médecins participants, nous voyons l'obstacle linguistique affecter tous les aspects de la prise en charge des exilés. De même, dans l'étude qualitative de Douja (2012), la barrière linguistique est perçue par les médecins généralistes interviewés comme une difficulté majeure dans la prise en charge de la dépression des migrants en médecine générale [21]. Elle empêche la transmission au patient d'« une information loyale, claire et appropriée » sur son état. Par conséquent, les soins que l'on fournit aux patients allophones seraient de moins bonne qualité, avec risque de prescriptions erronées, examens complémentaires itératifs et inutiles, et conséquences sur la santé des personnes et sur les dépenses de santé [49].

Le travail avec des interprètes non professionnels (famille, etc.) n'est pas optimal dans la relation de soins pour des raisons de confidentialité, de compétences linguistiques ou de connaissances médicales. Selon Damiano et al., « l'intérêt de l'interprétariat professionnel lors de consultations médicales a été démontré par la revue littérature de Ribera et al. sur des critères éthiques (recueil d'un consentement éclairé), qualitatifs (pathologies chroniques, psychiatrie, prévention) et économiques » [51][19]. Or, le tarif onéreux et l'accès chronophage rendent le service d'interprétariat téléphonique peu attractif en médecine générale ambulatoire.

L'étude statistique menée par Damiano et al. de juin 2017 à février 2018, a montré que l'introduction de l'interprétariat professionnel gratuit en soins premiers a permis de renforcer la relation de confiance médecin-patient, d'améliorer une compréhension réciproque avec les patients, faciliter la planification des soins, et même leur apporter des connaissances culturelles [19] (**Annexe 12**) [54]. Néanmoins, les contraintes de temps sont toujours présentes. Elles ne sont pas compatibles avec l'exercice d'un médecin généraliste libéral, d'autant plus que les consultations des patients ayant des troubles psychotraumatiques nécessiteraient un interprétariat « face-à-face » afin de prendre en compte la dimension non verbale [30].

### **3.3.2. Différences culturelles, sources potentielles de préjugé culturaliste**

Face aux différences culturelles des exilés, certains médecins participants disent s'adapter à la culture du patient, tandis que d'autres jugent qu'il est adéquat de « rester clinique », donc de limiter la pratique à la dimension biomédicale. Cette dernière approche serait un possible mécanisme de défense personnel du médecin, qui choisit de ne pas engager trop d'effort et du temps devant la barrière culturelle qui lui paraît infranchissable. À travers les discours des

participants, il semble que la barrière culturelle n'est pas aussi gênante que ce que nous avons présumé. Pourtant, des impasses culturelles dans les suivis médical et psychologique sont présentes (rapporté par un participant). Donc, est-il une bonne solution de rester clinique en « négligeant » volontairement la partie culturelle derrière la plainte du patient ? L'adaptation de la part du médecin à la différence culturelle serait-elle suffisante ?

En 2014 et 2015, les associations *Migration santé Alsace* et *l'Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV)* de Strasbourg ont mené une démarche de réflexion collective sur les discriminations liées à l'origine auprès d'un groupe de travail composé de professionnels de santé de la région. Ils s'aperçoivent que les patients migrants ou perçus comme tels font fréquemment l'objet de représentations liées à une supposée différence culturelle. Les normes et les valeurs culturelles que les médecins portent vis-à-vis des patients étrangers sont modelées non seulement par les éléments sur le parcours de vie de la personne, mais aussi par les interprétations personnelles des médecins [36].

Or, il semble que les soignants cherchent rarement à faire valider leur hypothèse culturelle auprès des patients, ce qui risque d'engendrer des « préjugés culturalistes », qui entraîneraient ensuite une prise en charge différenciée et préjudiciable [36]. Ainsi, l'adaptation culturelle unilatérale du médecin ne serait probablement pas suffisante lorsqu'elle n'est pas validée auprès des patients. D'autre part, rester biomédical risque de négliger toute nuance communicative liée à la dimension culturelle des patients étrangers et aggraver une inégalité dans l'acquisition d'information pour les patients. Il paraît donc essentiel que les médecins développent des compétences interculturelles pour se sentir légitimes d'abord à aborder la dimension culturelle tout en évitant les risques de dérives culturalistes, puis à vérifier avec leurs patients leur interprétation et leur comportement, et enfin à effectuer une réflexion sur leurs propres représentations [36].

### **3.4. Prise en charge des psychotraumatismes liés à l'exil en médecine générale ambulatoire**

#### **3.4.1. Appréhension des médecins généralistes vis-à-vis des troubles psychotraumatiques des exilés**

Certains médecins participants dans notre recherche, notamment ceux qui ont moins d'ancienneté d'exercice et ceux qui n'ont jamais travaillé dans les structures d'accueil dédiées aux exilés, expriment un sentiment de manque de confiance en soi et de manque d'aisance

dans la gestion des troubles psychotraumatiques des patients exilés. Un regret de ne pas être suffisamment formé en psychiatrie, particulièrement en psychotraumatisme, émerge des discours de ces médecins. Ces sentiments peuvent être une conséquence de ce que le Centre Primo Levi fait remarquer dans son livre blanc : une méconnaissance des exilés victimes de torture dans les programmes de formation des professionnels de soins. « Malgré la forte probabilité qu'un praticien soit confronté aux pathologies liées aux tortures de nos jours, aucune mention ne se trouve dans les cursus médicaux ». Par conséquent, « le personnel médical n'est pas préparé à la prise en charge et au suivi de personnes ayant des parcours atypiques, faits de rupture, de déracinement, de deuils. » [16].

Par ailleurs, au-delà de cette insuffisance en formation, l'appréhension des médecins envers la prise en charge des demandeurs d'asile et des réfugiés provient également du climat politique migratoire en France, dans lequel les aspects sociaux et administratifs de leur prise en charge sont tellement complexes que les médecins, notamment ceux de soins de premiers recours, se sentent facilement perdus [16]. Ainsi, une formation initiale et continue des professionnels de soins est indispensable pour les sensibiliser et mieux préparer aux défis des soins des personnes déracinées.

### **3.4.2. Faible sensibilité des médecins aux psychotraumatismes des exilés, un risque de stigmatisation**

Bien que la quasi-totalité des médecins participants reconnaissent la haute prévalence des plaintes psychologiques dans la population d'exilés, aucun d'entre eux ne les a évoquées comme motif principal des premières consultations. Ceci pourrait être en partie dû au fait qu'un certain temps est nécessaire pour établir une relation de confiance pour que les patients puissent confier leur chagrin. Une autre cause possible, au-delà de la méconnaissance et du manque de formation mentionné plus haut, serait la focalisation du programme de santé publique actuel en France sur le dépistage et la prévention de certaines maladies infectieuses spécifiques (VIH, hépatite B, hépatite C, tuberculose, parasitose, etc.) sur le territoire : cela pourrait contribuer à la faible sensibilité des professionnels de soins premiers aux troubles psychiatriques sous-jacents des patients exilés, voire même favoriser une stigmatisation.

Comme ce que mentionne le livre blanc du Centre Primo Levi, contrairement à l'intérêt pour la santé publique du pays d'accueil, les soins des patients exilés ne doivent pas se restreindre aux soins des pathologies aiguës somatiques ou infectieuses, mais doivent



s'étendre aussi aux maladies de la santé mentale qui peuvent avoir un retentissement somatique et entraîner ensuite une dépense non négligeable de la ressource publique [16].

### **3.4.3. Un dépistage systématique des troubles psychotraumatiques ?**

Plusieurs médecins expriment dans notre étude une gêne à questionner les patients sur certains sujets pouvant concerner des éventuels événements traumatisants subis, dont les raisons peuvent être une crainte de prise en charge compliquée, une pudeur personnelle (ex. violence sexuelle), ou une peur d'étiqueter la personne. De même, dans la recherche de Gerbes, de nombreux médecins généralistes du centre médical Louis Guilloux à Rennes considèrent la question directe intrusive lors du premier contact et préfèrent évoquer le sujet de violences une fois une relation de confiance établie [27]. Les avis des médecins dans ces deux études oscillent entre la non-malfaisance (ne pas faire surgir exprès la douleur du patient) et la bienfaisance (« *Si on prend pas la peine de poser la question, des fois les gens vont pas forcément spontanément en parler* » (M2)). D'autre part, le Centre Primo Levi reconnaît le fait que « certaines victimes de tortures mettent des années avant de raconter, d'autres ne parleront jamais de ce qu'elles ont vécu » [16], ce qui remet donc en cause la nécessité de dépister exprès des psychotraumatismes chez tous les exilés.

À ce sujet, nous ne trouvons pas de consensus sur la pertinence d'un dépistage systématique des états de stress post-traumatique dès la première consultation. Il serait probablement plus raisonnable de garder une flexibilité dans la relation thérapeutique en respectant le rythme du patient et donner un temps nécessaire avant que la personne ait confiance pour partager son vécu [16].

### **3.4.4. Un accompagnement psychologique chronophage, incompatible avec la modalité actuelle de la médecine générale de ville**

Une association fréquente de la souffrance psychologique et du contexte social précaire dans la population générale et le public d'exilés est constatée dans les études de De Pauw [20] et de Gerbes [27]. Selon Gerbes, 95 % des patients demandeurs d'asile ou mineurs isolés sont souvent SDF ou en logement précaire, et 76% sont victimes des violences psychiques, physiques et sexuelles [27].

Or, comme mentionné antérieurement, les troubles psychotraumatiques ne se révèlent pas dans l'immédiat. Comme ce que mentionnent les participants à notre étude, la prise en compte de la souffrance psychosociale est ainsi chronophage. Il est impératif que les médecins

puissent prendre le temps d'accompagner leurs patients afin de leur permettre de verbaliser. Toutefois, le modèle actuel des soins premiers n'encourage pas les médecins généralistes à s'engager dans cet accompagnement psychologique, car « il est réalisable quand seulement quelques patients sont concernés dans la patientèle ». En sus, « la tarification actuelle de l'acte ne reconnaît pas l'accompagnement comme un acte médical à part entière. La question de la reconnaissance et de la valorisation du temps passé est donc cruciale pour des consultations qui approchent la trentaine de minutes, soit le double du temps moyen dévolu aux consultations. » [20].

### **3.4.5. Problèmes de relais avec les spécialistes en santé mentale**

De multiples difficultés dans la coordination avec les spécialistes en santé mentale sont citées par les médecins interrogés dans notre recherche, dont les plus mentionnées sont les problématiques du relais envers les CMP. Ces difficultés de coordination se retrouvent également dans l'analyse du Centre Primo Levi [16] : la sectorisation en matière psychologique et psychiatrique n'est pas adaptée aux caractères des exilés, qui n'ont, dans la plupart de cas, pas d'adresse fixe. La logique économique et les contraintes budgétaires ne permettent pas aux CMP de fournir une condition d'accueil optimale aux exilés victimes de torture et de violence, qui nécessitent plus de temps et un interprétariat professionnel en consultation. La compétence interculturelle et l'expérience en psychotraumatisme lié à l'exil sont hétérogènes chez les professionnels de santé mentale. Le problème de saturation touchant non seulement les CMP, mais aussi les centres spécialisés qui sont peu nombreux en France (moins de dix) prolonge de manière non négligeable le délai d'attente de rendez-vous [16].

Selon l'étude quantitative de Dumesnil et al. sur la stratégie de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, le critère principal d'adressage aux spécialistes de santé mentale pour les médecins généralistes est le remboursement de la consultation. Or, paradoxalement, l'adressage aux CMP est rare, où les soins sont censés être pris en charge par la Sécurité sociale. En plus des délais d'obtention de rendez-vous, l'absence de retour d'informations concernant le patient pris en charge et le manque de collaboration avec les médecins généralistes sont aussi des freins à l'adressage aux CMP. Par ailleurs, la densité de psychiatres libéraux et salariés sur le territoire d'exercice détermine aussi la possibilité d'adressage pour les médecins généralistes [22].

## **4. Perspectives**

#### 4.1. Former les médecins généralistes aux soins des exilés

Plusieurs médecins participants dans notre recherche évoquent la nécessité de former les étudiants en médecine et les médecins généralistes aux soins des exilés dans une vision globale, non seulement de manière théorique, mais également clinique. Certains médecins interrogés proposent : **une option pendant l'internat en médecine générale** ou **un programme de développement professionnel continu (DPC)** pour les médecins généralistes et **des stages dans les structures d'accueil** (PASS hospitalières ou ambulatoires) pour les internes en médecine générale.

L'expérimentation de Griswold (2003) a démontré que l'introduction d'une rencontre mensuelle des patients réfugiés dans le module de médecine générale pendant l'externat à la faculté de médecine de l'Université de l'Etat de New York a permis aux étudiants en médecine de se sensibiliser à la diversité ethnoculturelle et à l'éthique médicale, et d'acquérir la compétence de franchir les obstacles sociaux et communicatifs (culturels et linguistiques). Les étudiants se retrouvaient valorisés et motivés en soignant les patients réfugiés. Ces compétences acquises précocement dans la formation en médecine sont prouvées perdurer et prêtes à être appliquées dans l'exercice des futurs médecins [29]. D'autre part, selon Gerbes (2014), la formation de professionnels de santé généralistes et psychiatriques à cette prise en charge pourra limiter l'impact socio-économique lié à des pathologies laissées en marge, notamment psychologiques [27].

#### 4.2. Pratique clinique

- ***Prise en charge globale, esprit ouvert, être à l'écoute :***

Soigner les troubles psychotraumatiques des patients exilés n'est jamais évident. Une **approche globale** est cruciale pour prendre en compte toutes les dimensions (somatique, culturelle, sociale, même juridique) impliquées dans la santé mentale de ces patients. **Un esprit ouvert à l'écoute** est un point clé pour inviter les patients à s'exprimer.

- ***Lutte contre un surmenage professionnel et émotionnel, travail en équipe, ne pas isoler :***

Pour lutter contre un épuisement professionnel et émotionnel, il faut que le médecin soit capable de **travailler en équipe, en réseau de soins pluridisciplinaire**, ce qui permettrait des échanges entre les professionnels sur les situations complexes et anxiogènes et ensuite aiderait le médecin à envisager des solutions aux problèmes, d'être informé sur les

alternatives des prises en charges psycho-sociales possibles, et d'acquérir des informations actualisées. Selon De Pauw, « *sortir de la solitude, verbaliser son émotion* auprès des confrères et apprendre *un travail émotionnel* permettraient ainsi aux médecins de prendre en compte de leurs propres émotions face à la détresse de leurs patients et d'évacuer les tensions émotionnelles. » [20].

### **4.3. Organisation des soins, politiques**

#### **4.3.1. Pour les patients exilés**

- ***Informar les patients exilés sur les dispositifs de soins premiers:***

Dans l'étude qualitative de Woodgate et al. 2017 sur les expériences d'accès aux soins premiers des familles migrantes au Canada, plusieurs familles interrogées disent souhaiter être mieux informées sur le système de soins [55]. En France, il y a plusieurs possibilités pour mieux renseigner les exilés sur notre système de soins: pour optimiser leurs parcours de soins, la présentation par les médiateurs en ville des dispositifs de soins premiers et la modalité d'usage dans les communautés d'exilés, en forme d'atelier ou de flyer et en leurs propres langues, aiderait ce public à savoir où et comment se faire soigner. Des réseaux d'entraide entre les exilés intégrés et les primo-arrivants, en partenariat avec les associations d'assistance sociale, faciliteraient aussi un partage des informations correctes sur les soins et la vie quotidienne.

#### **4.3.2. Pour les médecins généralistes**

Plusieurs pistes sont possibles pour faciliter le travail des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychotraumatiques des patients exilés :

- Un accompagnement pluridisciplinaire pour les médecins généralistes avec accès facilité aux assistants sociaux et experts (juriste, avocat) en droit d'asile par l'intermédiaire de l'information sur des réseaux de soins à proximité ou hotline pourrait aider à guider les généralistes dans l'affrontement de la prise en charge sociale de ces patients.
- Pour faciliter l'adressage des patients exilés aux professionnels de santé mentale, une exemption de ces patients du système de sectorisation serait une solution pour éviter des refus par les CMP à cause de l'instabilité du logement de ces patients. Ensuite, il serait optimal que les médecins généralistes et les spécialistes (psychologues et psychiatres) aient accès à un service d'interprétariat « professionnel » à tarif abordable avec enveloppes

attribuées et procédures simples, rapides et adaptées à la modalité de pratique des soins ambulatoires.

- Compte tenu du caractère chronophage des consultations du public exilé, qui est en général en situations psycho-sociales complexes avec notamment des barrières communicatives culturo-linguistiques, pour encourager les médecins généralistes volontaires d'accueillir les exilés, une valorisation des actes effectués serait enviable. Cette valorisation pourrait être réalisée par :
  - Remboursement des actes (AME, CMU) à temps,
  - Majoration de l'acte réalisé auprès des exilés en allouant un forfait financier en fonction du nombre de bénéficiaires exilés de l'AME et de la CMU dans la patientèle [20].

## CONCLUSION

La prise en charge des troubles psychotraumatiques des patients exilés présente de nombreuses difficultés en médecine générale de ville, non seulement structurelles, mais aussi socioculturelles, voire émotionnelles, toutes éprouvées par les médecins participants à notre étude, dont plusieurs sont inhérentes aux médecins eux-mêmes. Des renseignements adéquats et un accès facilité aux soins ambulatoires pour les exilés, un interprétariat professionnel accessible et abordable, un accompagnement pluridisciplinaire, une coordination optimisée avec les spécialistes de la santé mentale, une valorisation du travail, et des formations pour les médecins généralistes, seraient les pistes pour pallier à l'inégalité sociale de la santé envers ce public vulnérable et faciliter la prise en charge de leur santé mentale en soins premiers. Enfin, pour obtenir une vision comparative et globale, une enquête auprès des patients exilés sur leurs difficultés dans le parcours des soins de la santé mentale en Île-de-France serait souhaitable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Agence des Nations Unies pour les Réfugiés. Demandeurs d'asile. UNHCR. [Mise à jour 3 octobre 2017]. [Consulté 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr-fr/demandeurs-dasile.html>
2. Agence des Nations Unies pour les Réfugiés. Réfugiés. UNHCR. [Mise à jour 3 octobre 2017]. [Consulté 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr-fr/refugies.html>
3. Agences régionales de santé (ARS). Les permanences d'accès aux soins de santé [Mise à jour 20/02/2017] [Consulté 12 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
4. Ameli. CMU complémentaire [Mise à jour 28 mars 2019] [Consulté 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>
5. Ameli. En situation irrégulière - AME [Mise à jour 30 avril 2019] [Consulté 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
6. Ameli. En situation irrégulière - AME [Mise à jour 30 avril 2019] [Consulté 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
7. Ameli. Protection universelle maladie [Mise à jour 26/12/2018] [Consulté 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
8. Amnesty International. Stop Torture [Mise à jour 28 août 2019] [Consulté 24 novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.amnesty.org/en/get-involved/stop-torture/>
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
10. Benrekassa J, Gouffé-Benadiba L. Santé et recours aux soins des migrants en France, Numéro thématique. *BEH* n° 2 3 4, 2012; 2012.
11. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherche qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
12. Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. *Études et Résultats*. 2008;645:1-8.
13. Bouchaud O. Prise en charge des migrants en situation de précarité. *Laennec*. 2007; Tome 55(4):48-58.

14. Bowen G. Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*. 5 (3). sept 2006.
15. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*. 2007;19(2):99-109.
16. Centre Primo Levi. Soigner les victimes de torture exilées en France - Livre blanc. mai 2012 [Consulté 13 juin 2019]; Disponible sur: <https://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/livreblancversionfinale.pdf>
17. CNDA, OFPRA. Immigration : demande d'asile. Loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile - Panorama des lois - Actualités - Vie-publique.fr [Mise à jour 30 juillet 2015] [Consulté 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-reforme-asile.html>
18. Comité pour la Santé des Exilés. Guide Pratique pour les Professionnels : Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. COMEDE; 2015.
19. Damiano (Soumana Ali) M, Ducroz M, Albert F. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Université de Nantes; 2018.
20. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presse de l'EHESP; 2017. 222 p.
21. Douja A. Prise en charge de la dépression chez le migrant en médecine générale: difficultés et attentes des praticiens : enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes nantais [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine. Université de Nantes; 2012.
22. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al.. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):341-52.
23. Espoir d'Asile. La procédure Dublin II [Mise à jour 17 sept 2018]. [Consulté 10 juin 2019]. Disponible sur: [http://www.espoirdasile.org/artc/La\\_procedure\\_Dublin\\_/46/fr/article/](http://www.espoirdasile.org/artc/La_procedure_Dublin_/46/fr/article/)
24. Fédération Nationale des Centres de Santé. Accès à la santé pour tous : Les permanences d'accès aux soins et à la santé. Fédération Nationale des Centres de Santé. [Mise à jour 19 mai 2017] [Consulté 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/acces-a-la-sante-pour-tous-les-permanences-d-acces-aux-soins-et-a-la-sante>
25. Forum réfugiés – Cosi. Procédure de demande d'asile en France - Forum réfugiés – Cosi [Mise à jour le 01 février 2018] ; [Consulté 10 juin 2019]. Disponible sur:

<http://www.forumrefugies.org/s-informer/procedure-de-demande-d-asile-en-france>

26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;15(157):50–54.
27. Gerbes A. Le parcours de soins en santé mentale des patients migrants primo-arrivants à Rennes, du Centre Médical Louis Guilloux à la prise en charge psychiatrique [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Faculté de médecine, Université de Rennes 1, sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne; 2014
28. Giallo R, Riggs E, Lynch C, Vanpraag D, Yelland J, Szwarc J, et al. The physical and mental health problems of refugee and migrant fathers: findings from an Australian population-based study of children and their families. *BMJ Open.* 17 nov 2017; 7(11):e015603.
29. Griswold KS. Refugee health and medical student training. *Fam Med.* oct 2003;35(9):649-54.
30. HAS. Référentiel de de compétences, formation et bonnes pratiques: Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Octobre 2017.
31. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.
32. Insee. Fiche Thématique-Immigrés et descendants d'immigrés en France. Edition 2012.
33. Insee. Les immigrés récemment arrivés en France. Une immigration de plus en plus européenne. *Insee Première.* Nov 2014;(1524).
34. Kane JC, Ventevogel P, Spiegel P, Bass JK, van Ommeren M, Tol WA. Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. *BMC Med.* 24 nov 2014;12:228.
35. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 4eéd. Armand Colin; 2016. 128 p.
36. Migrations santé Alsace, ORIV. Discriminations dans le champ de la santé: les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins. Note de synthèse - Groupe de travail « Santé et discriminations ».Mai 2016.
37. Ministère de l'Intérieur. Droits du demandeur d'asile : soins, logement, aide financière... [Mise à jour 16 octobre 2017] [Consulté 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
38. Ministère de l'Intérieur. Guide du demandeur d'asile en France. [Mise à jour 29 janvier 2016]. [Consulté 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>



39. Ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France. Le Guide du Demandeur d'Asile en France. 2015.
40. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. 2017;1-13.
41. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Guide des procédures à l'OFPRA. 2018.
42. OFPRA. Demander l'asile en France [Mise à jour 05 mars 2019] [Consulté 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
43. OFPRA. Le statut de réfugié. [Mise à jour 9 octobre 2017]. [Consulté 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
44. OFPRA. Les données de l'asile 2017 à l'OFPRA [Mise à jour 08 janvier 2018]. [Consulté 5 avril 2018]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-2017-a-l>
45. OFPRA. Les données de l'asile à l'Ofpra en 2018 [Mise à jour 15/01/2019]. [Consulté 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>
46. OFPRA. Missions « Communication » et « Etude et Statistique ». Rapport d'activité 2016. Ofpra. [Mise à jour 03 avril 2017]. [Consulté 05 avril 2018]. Disponible sur: [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_dactivite\\_ofpra\\_2016\\_1.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf)
47. Orspere-Samdarra. La procédure de demande d'asile en France [Mise à jour 30 novembre 2017]. [Consulté 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=XI3UDM5HjH4>
48. Orspere-Samdarra. La procédure de titre de séjour pour les malades étrangers et leurs parents accompagnants [Mise à jour 30 nov 2017] [Consulté 12 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=SeUR6\\_BnNGs](https://www.youtube.com/watch?v=SeUR6_BnNGs)
49. Prescrire (revue). L'interprétariat en médecine de ville. *La Revue Prescrire*. Avril 2018;38(414):313-4.
50. Psycom. ACCOMPAGNEMENTS ET ENTRAIDE : Consultations Santé mentale et cultures en Île-de-France SOINS. Novembre 2016.
51. Ribera JM, Hausmann-Muela S, Grietens KP, Toomer E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? Présentation d'études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l'interprétariat en milieu de soins. *PASS International*; mars 2008.

52. Rousseau C, Oulhote Y, Ruiz-Casares M, Cleveland J, Greenaway C. Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0170910.
53. Shawyer F, Enticott JC, Block AA, Cheng I-H, Meadows GN. The mental health status of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic including comparisons with a matched sample of Australian-born residents. *BMC Psychiatry*. 21 févr 2017;17(1):76.
54. Union régionale des médecins libéraux des pays de la Loire. Union régionale des médecins libéraux des pays de la Loire. Rapport d'activité 2018. Mai 2019.
55. Woodgate RL, Busolo DS, Crockett M, Dean RA, Amaladas MR, Plourde PJ. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *Int J Equity Health* [Publié 9 janv 2017] [Consulté 18 déc 2017];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223444/>

## ANNEXES

### 1. Pyramide de Maslow

#### Pyramide de Maslow



## 2. Trois formes de protection pour les exilés en France selon le Guide du demandeur d'asile en France de novembre 2015 [39]

### 2.1. Le statut de réfugié

Le statut de réfugié peut vous être accordé sur 3 fondements :

- **la convention de Genève** relative au statut de réfugiés du 28 juillet 1951. Le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » ;
- **l'asile dit constitutionnel**, qui tire son origine de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946. Le statut de réfugié est accordé à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté » ;
- **le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)** : si vous avez été reconnu réfugié par le HCR sur la base des articles 6 et 7 de son statut.

### 2.2. La protection subsidiaire

Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

- la peine de mort ou une exécution ;
- la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;
- s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

En France, le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire est accordé par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

### 2.3. Le statut d'apatride

Selon la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides, le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « qu'aucun État ne considère comme son ressortissant en application de sa législation ». Ce statut est différent des deux autres formes de protection et concerne uniquement les personnes qui ne possèdent pas de nationalité. Il ne prend pas en compte les risques de persécution.

Le statut d'apatride est accordé par l'OFPRA, sous le contrôle du tribunal administratif.

À la différence du demandeur d'asile, l'étranger qui sollicite le statut d'apatride ne bénéficie pas d'un droit au maintien sur le territoire pendant l'instruction de sa demande.

### 3. Trois types de procédure de demande d'asile en France

#### 3.1. Les demandes d'asile déposées en France peuvent être examinées en deux procédures suivantes

##### 3.1.1. Procédure normale (la majorité) [41]

En procédure normale, l'Ofpra statue sur la demande d'asile dans les six mois à compter de son introduction devant l'Office. **Le délai moyen de traitement est de trois mois** en application du contrat d'objectif et de performance signé par l'Ofpra avec l'État.

Au délai de six mois peut, dans certains cas déterminés, s'ajouter un maximum de quinze mois (soit 21 mois au total):

- si le dossier pose une question juridique complexe ou nécessite des éléments d'information complémentaires sur le pays d'origine,
- en cas d'exclusion envisagée,
- en cas d'un grand nombre de demandes d'asile introduites simultanément,
- en cas de situation incertaine dans le pays d'origine dans l'attente d'une stabilisation de la situation.

Cette procédure concerne de 55 à 60 % de demandes d'asile en 2016.

##### 3.1.2. Procédure accélérée [41] [42]

Cette procédure remplace la procédure prioritaire depuis la réforme du droit d'asile en 2015 (Loi du 29 juillet 2015) [17].

La demande est placée en procédure accélérée, dès le guichet unique, dans les cas suivants :

- une nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine sûr,
- une demande de réexamen d'une demande d'asile ayant été définitivement rejetée,
- un refus de la personne d'un relevé de ses empreintes digitales,
- de faux documents, de fausses indications ou une dissimulation de certaines informations,
- si la personne a présenté plusieurs demandes sous des identités différentes,
- si la personne a tardé à demander l'asile depuis son entrée en France (plus de 120 jours),
- si la demande est pour faire échec à une mesure d'éloignement,
- si la présence de la personne constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État.

**Le délai d'examen des demandes sera réduit à 15 jours** suivant leur introduction auprès de l'Ofpra, qui a la possibilité de reclasser la demande en procédure normale au cours de l'instruction s'il l'estime nécessaire au vu du dossier ou de la situation particulière du demandeur.

Cette procédure concerne de 20 à 25% des cas en 2016.

### **3.2. Procédure Dublin**

Un seul État membre de l'Union européenne est considéré comme responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite par un ressortissant de pays tiers ou un apatride. Il est déterminé selon les critères du règlement n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil, dit « **règlement Dublin III** » qui établit les mécanismes à mettre en œuvre pour déterminer cet État.

**L'Office n'est pas compétent pour statuer sur une demande dont l'examen relève de la compétence d'un autre État membre** (article L. 723-1 du CESEDA). La détermination de l'État compétent pour examiner la demande est réalisée par la préfecture compétente (article L. 741-1 du CESEDA). Il peut arriver cependant que la procédure de détermination de l'État responsable ne soit engagée par la préfecture qu'après la réception et l'introduction par l'Ofpra de la demande d'asile. Dans ce cas, lorsque la préfecture compétente informe l'Ofpra de l'engagement de la procédure de détermination de l'État membre compétent, l'instruction de la demande d'asile est suspendue.

Si la préfecture indique qu'un autre État membre a été désigné responsable de l'examen de la demande de protection, l'Ofpra se déclare incompétent pour l'examen de cette demande et en avise le demandeur.

Si la préfecture indique que la France demeure responsable de l'examen de la demande de protection, l'Ofpra reprend le traitement de la demande au stade où elle avait été suspendue [41].

Les **critères de détermination de l'État responsable** sont les suivants (par ordre hiérarchique) [23] :

- s'agissant d'un mineur non accompagné, l'État membre responsable de l'examen de la demande d'asile est celui dans lequel réside un membre de sa famille, réfugié ou demandeur d'asile, sous réserve toutefois de l'intérêt supérieur du mineur et que le membre de sa famille accepte de s'occuper de lui. Lorsque les membres de la famille

du mineur non accompagné se trouvent dans plusieurs Etats membres, l'Etat membre responsable est déterminé en fonction de l'intérêt supérieur du mineur.

- si le demandeur a un membre de sa famille dans le territoire d'un autre État membre, réfugié ou simple demandeur d'asile, cet État est responsable de l'examen de sa demande d'asile, sous réserve que le demandeur et le membre de sa famille en aient exprimé le souhait.
- si le demandeur s'est vu délivrer un titre de séjour ou un visa en cours de validité par un État membre, cet État est responsable de l'examen de sa demande d'asile.
- si le demandeur a pénétré, par voie terrestre, maritime ou aérienne, le territoire d'un État membre, cet État est responsable de l'examen de sa demande d'asile. Toutefois, la responsabilité de cet État cesse 12 mois après la date de franchissement irrégulier de la frontière de son territoire.
- si le demandeur entre sur le territoire d'un État membre dans lequel il est exempté de l'obligation de visa, l'examen de sa demande incombe à cet État membre.

Ainsi, selon le « Règlement Dublin III » du 26 juin 2013, la procédure est appliquée lorsque la préfecture s'aperçoit que la demande a été déjà enregistrée dans un autre pays Schengen. La personne reçoit une attestation spécifique, mais elle ne peut pas déposer sa demande d'asile en France [47]. Cette Attestation de Demande d'Asile (ADA) qui mentionne son placement en « Dublin III » est renouvelable jusqu'à la notification de transfert vers l'État responsable [23].

Cette procédure concerne 20 % des cas en 2016 [47].



## **4. Deux phases principales de la demande d'asile après l'enregistrement par la préfecture [25]**

### **4.1. Phase Ofpra**

Lors de l'entretien au Guichet unique de la préfecture, un formulaire de demande d'asile sera remis. Le demandeur devra le remplir et l'envoyer à l'Ofpra dans un délai de 21 jours à compter du rendez-vous au Guichet unique. La personne sera convoquée par la suite pour un entretien après lequel l'Ofpra rendra sa décision : une reconnaissance du statut de réfugié qui permet de bénéficier d'un titre de séjour de 10 ans, ou d'une protection subsidiaire qui donne une carte de séjour temporaire d'un an renouvelable, ou un rejet de la demande.

### **4.2. Phase CNDA**

La personne peut faire recours contre la décision de l'Ofpra devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) dans un délai d'un mois. Une demande de l'aide d'un avocat au titre de l'aide juridictionnelle est souvent nécessaire. La CNDA pourra :

- Annuler la décision de rejet de l'Ofpra, et reconnaître la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire.
- Annuler la décision de la protection subsidiaire de l'Ofpra et reconnaître la qualité de réfugié.
- Confirmer la décision de l'Ofpra et rejeter le recours.
- Annuler la décision de l'Ofpra et lui demander de réexaminer la demande d'asile.

Le rejet du recours à la CNDA mettra fin à la validité de l'attestation de demande d'asile. La préfecture pourra donc adresser à la personne une décision d'obligation de quitter le territoire français (OQTF), qui lui imposera de quitter le territoire dans un délai d'un mois.

## **5. Titre de séjour pour raison médicale [48]**

Selon l'article 313-11, alinéa 11 du CESEDA, un titre de séjour pour soins peut être délivré « à l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. »

La personne doit déposer la demande du titre auprès du Guichet Unique de la préfecture du lieu de domicile. Elle devra ensuite faire remplir un certificat médical relatif à son état de santé par son médecin habituel ou un praticien hospitalier. Ce certificat doit être envoyé, si nécessaire, avec des résultats d'analyse ou des comptes rendus d'hospitalisation, au médecin référent de l'OFII qui pourrait demander éventuellement des informations ou des examens complémentaires, ou une visite médicale. Si le dossier est complet, l'OFII va informer la préfecture qui va donner un récépissé de titre de séjour. Le dossier de demande est ensuite examiné par un collège de trois médecins de l'OFII. Le délai de traitement du dossier ne doit pas dépasser 3 mois. L'avis du collège sera transmis à la préfecture qui prendra une décision finale d'accepter ou de refuser la demande.

Néanmoins, certaines préfectures peuvent refuser de recevoir en même temps les demandes d'asile et de titre de séjour pour raison médicale.

## **6. Structures spécialisées en santé mentale et psychotraumatisme des exilés en Île-de-France [50]**

Dans plusieurs départements en Île-de-France, il existe des organisations qui organisent les consultations transculturelles dédiées aux exilés/migrants, et qui peuvent avoir recours à des interprètes professionnels :

- A Paris (75) : Centre psycho-médical et social de l'Association l'Elan retrouvé, Centre Georges Devereux, Centre Françoise Minkowska, Centre Primo Levi, Maison de Solenn de l'Hôpital Cochin, et Consultations transculturelle et psychotraumatisme du Centre hospitalier Sainte-Anne.
- A Yvelines (78) : Consultation transculturelle du Centre hospitalier Jean-Marie Charcot.
- A Seine-Saint-Denis (93) : Consultation de Psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Avicenne (AP-HP), Unité départementale intersectorielle d'ethnopsychiatrie « La Causerie ».
- A Val-de-Marne (94) : Comité pour la santé des exilés (COMEDE), Consultation transculturelle pour familles, enfants et adolescents du Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC).

## 7. Lettre d'invitation à l'entretien par e-mail

### 7.1. Version médecin

Bonjour,  
Je suis interne en médecine générale de Paris 12 (UPEC).  
Je prépare ma thèse de médecine sur le thème de la prise en charge en ville des patients migrants.

Plus précisément, la thèse est une **étude qualitative** pour **analyser les difficultés rencontrées par les généralistes en soins premiers dans la prise en charge des patients réfugiés et des demandeurs d'asile.**

Le territoire d'étude est en **Île-de-France**.

Pour cela, j'ai besoin de m'entretenir avec plusieurs **médecins généralistes**.

L'entretien va durer environ **45 minutes**, et l'enregistrement est indispensable pour l'analyse.

Si ma thèse vous intéresse, pourriez-vous me recevoir pour un entretien ?

Les résultats de l'enquête vous seront communiqués si vous le souhaitez.

Par ailleurs, si vous connaissez des confrères qui reçoivent des réfugiés ou des demandeurs d'asile, pourriez-vous me mettre en relation avec eux ou me transmettre leurs coordonnées pour que je puisse les contacter ?

Je vous remercie d'avance pour votre aide.

Cordialement,

### 7.2. Version secrétaire pour les structures d'accueil

Bonjour,  
Je suis interne en médecine générale de Paris 12 (UPEC).  
Je prépare ma thèse de médecine sur le thème de la prise en charge en ville des patients migrants.

Plus précisément, la thèse est une **étude qualitative** pour **analyser les difficultés rencontrées par les généralistes en soins premiers dans la prise en charge des patients réfugiés et des demandeurs d'asile.**

Le territoire d'étude est en **Île-de-France**.

Pour cela, j'ai besoin de m'entretenir avec plusieurs **médecins généralistes**.

L'entretien va durer environ **45 minutes**, et sera enregistré après l'accord du participant.

Les résultats de l'enquête lui seront communiqués s'il le souhaite.

Si possible, pourriez-vous transmettre cette invitation aux médecins généralistes consultant dans votre structure ?

Les confrères intéressés pourront me contacter aux coordonnées ci-dessous.

Je vous remercie d'avance pour votre aide.

Cordialement,

## 8. Guide d'entretien

### 8.1. Partie pour repérer le profil professionnel du médecin

Tout d'abords, pour illustrer votre profil de pratique, vous pouvez me racontez un peu votre travail ici ?

J'ai quelques questions fermées rapides : âge ; internat terminé en quelle année ; installation depuis quelle année, nombre de patients/j (10-20-30) ; durée moyenne / consultation (10'-20'-30') ; horaire du travail (weekend ?) ; activité extra-libérale (en dehors du cabinet) et territoire ; formation, expérience en psychologie, psychiatrie/ soins des réfugiés (séminaire, Balint...) ; pourcentage de patients migrants en précarité. Avez-vous eu des patients migrants en précarités ? Si oui, combien ?

### 8.2. Questions concernant le champ de la recherche

Thèmes /Axes	Incitation initiale	Mots-clés	
1. Image de soins de migrants vivant dans la précarité	vous voyez des migrants, pouvez-vous me raconter comment se déroulent les consultations? (Comment vous voyez les soins des migrants ?)	Milieu de soins	
		Intervenants	
		Pathologies fréquentes	
		Modalités de financement	
		Durée	
		Différence v.s. consult pop. générale	
		Soins dédiée/ spécialisée nécessaire? Modalité ?	
2. Difficultés socio-culturelles rencontrées dans leur travail avec les patients réfugiés ou demandeurs d'asile	Avez-vous eu des difficultés en consultation avec ces patients? → Pouvez-vous me racontez un peu ? Sinon, par exemple, une consultation difficile qui vous marqué(e) ?	Perturbateurs de la <b>communication</b> / barrière de langage ?	
		<b>Image</b> de ces patients/ préjugé <b>personnels</b>	
		<b>Cultures, croyance</b> des patients incompatibles aux soins occidentaux (observance, éducation thérapeutique, examen)?	
		Conditions <b>discriminatoires</b> implicites ou explicites constatées ?	
		<b>Conséquence</b> de ces difficultés sur la consultation et le suivi	
3. Devenir des patients réfugiés en cas de psychotraumatisme	Y a-t-il eu des <b>plaintes psychotraumatiques, surtout l'ESPT</b> chez vos patients migrants?	Repérage	
		Suivi lui-même	Comment ?
			Relation avec ces patients, adhérence, ou perte de vue
			Durée de suivi (jour, mois, année)
		Envoyer ailleurs	Pourquoi
			Quand ? A quel moment ?
			Comment (courrier/ téléphone ...etc.) ?
Où (structure, spécialiste) ?			
	Connaissance des structures		

		<b>Difficulté ? Compétence professionnelle, personnelle et émotionnelle</b> suffisante dans la gestion psychologique ?	
<b>4. Conseils pour le système de soins actuel et le système de formation en médecine</b>	Qu'est-ce que vous pensez de notre <b>système de soins</b> et de <b>formation en médecine</b> actuels dans la prise en charge des patients migrants en précarité (exilés), surtout ceux qui ont des troubles psychotraumatiques ? <b>→ points fort/points faible à améliorer</b> Avez-vous <b>des conseils</b> ?	Education en médecine (soins des migrants)	Eléments à apprendre ? 1. Gestion psy 2. Multiculture 3. Communication Quand ? A quel moment ?
		Financement actuel suffisant ? Idées ? Conseils ?	
		Personnels nécessaires : qui ? médecin seul suffit ? ou autres ?	
		Aides personnalisées pour le médecin ? Lesquelles ? Comment ? (surtout pour les patients ayant plaintes psycho-trauma)	

## 9. Grille de codage

Thèmes	Sous-thèmes
1. Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des soins :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambulatoire                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financement</li> <li>▪ Coordination</li> <li>▪ Prise en charge spécifique</li> </ul> </li> <li>○ Structure d'accueil plus spécifique                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Financement</li> <li>▪ Coordination</li> <li>▪ Prise en charge spécifique</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Difficultés d'accès aux soins :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liées aux parcours de vie ou à l'ancienneté d'installation                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissance du système de santé</li> <li>▪ Précarité</li> <li>▪ Langage</li> <li>▪ Culture</li> <li>▪ Implication personnelle</li> </ul> </li> <li>○ Liées à l'organisation de soins                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de structure(s)</li> <li>▪ Manque de spécialiste(s)</li> <li>▪ Volonté des médecins ou des structures</li> <li>▪ Manque de moyen/Moyen non adapté</li> </ul> </li> <li>○ Liée à l'administration</li> <li>○ Refus de soins</li> </ul> </li> <li>• Manque de formation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En psychiatrie</li> <li>○ En prise en charge des exilés</li> <li>○ En prise en charge sociale</li> </ul> </li> <li>• Formation effectuée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Théories (séminaires, cours)</li> <li>○ Apport des expériences du travail</li> </ul> </li> </ul>
2. Idées préconçues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Epidémiologie (âge, niveau socio-économique, pathologies...etc.)</li> <li>○ Culture</li> <li>○ Parcours de vie</li> <li>○ Mode de vie (précarité ou non)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Besoins</li> <li>○ Définition de migrant</li> <li>○ Image de la médecine occidentale</li> <li>● Accueil en France :</li> <li>● Définition de la migration</li> <li>● Rôle du médecin généraliste : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En général</li> <li>○ Sur le versant psychologique/ psychiatrique</li> </ul> </li> </ul>
3. Prise en charge par les médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Spécificité : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spécificité perçue ou non ?</li> <li>○ Prise en charge complexe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parcours de vie</li> </ul> </li> <li>○ Temps/chronophage</li> <li>○ Communication difficile <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Barrière de langue <ul style="list-style-type: none"> <li>– Solution(s)</li> <li>– Conséquence</li> </ul> </li> <li>▪ Barrière culturelle <ul style="list-style-type: none"> <li>– Solution(s)</li> <li>– Conséquence</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Observance</li> </ul> </li> <li>● Implication du médecin : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emotion(s)</li> <li>▪ Valeur(s)</li> </ul> </li> <li>○ Professionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compétence</li> <li>▪ Relation médecin-patient</li> <li>▪ Sujet(s) d'intérêt</li> <li>▪ Ethique</li> <li>▪ Conflit</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● Suivi au long cours</li> <li>● Prise en charge psychologique/psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnostic <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stratégie de repérage</li> <li>▪ Difficulté de repérage</li> </ul> </li> <li>○ Méthode de prise en charge</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médicament(s)</li> <li>▪ Non médicamenteuse</li> <li>▪ Suivi psy</li> <li>▪ Coordination (adressage) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi ?</li> <li>- Comment ?</li> <li>- Difficulté(s)</li> </ul> </li> </ul>
4. Prise en charge sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droit d'asile, droit de séjour</li> <li>• Droit à la sécurité sociale</li> <li>• Difficulté : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Administrative</li> <li>○ Manque de moyen/moyen inadapté</li> </ul> </li> </ul>
5. Idées d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation</li> <li>• Politique</li> <li>• Organisation</li> <li>• Financement</li> </ul>

## 10. Profils des médecins participants

N° Médecin	Âge (au moment des entretiens)	Sexe	Spécialité	Fin d'internat	Année de thèse	Année d'installation	Ancienneté de la pratique libérable	Lieu(x) de pratique
M1	55 ans	Homme	Médecine générale	1989	1991	1992	26 ans	Cabinet médical dans le 15ème arrondissement à Paris
M2	27 ans	Femme	Médecine générale	2017	2017	Prévue en novembre 2018	1 an	Remplaçante dans le centre de santé « La Place Santé » à Saint Denis (93), médecin de la PASS de Lariboisière.
M3	56 ans	Homme	Médecine générale	1988	1989	1992	26 ans	Cabinet médical à Créteil (94), ancien médecin à la PASS Créteil Solidarité.
M4	29 ans	Femme	Médecine générale	2017	En cours	Pas encore	1 an	Remplaçante d'un cabinet médical à Villeneuve-la-Garenne (92) ; médecin à mi-temps au COMEDE.
M5	41 ans	Femme	Médecine générale	2003	2006	2009	15 ans	Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Torcy (77)
M6	60 ans	Femme	Médecine générale	1986	Non précisée	1987	31 ans	Cabinet médical à Gennevilliers (92), médecin de la PASS ambulatoire à Gennevilliers
M7	64 ans	Homme	Médecine générale	1983	1989	1991	34 ans	Cabinet médical à Saint Ouen (93)
M8	58 ans	Femme	Médecine générale	1986	1986-1987	1989	30 ans	Centre de Santé Municipal à Vitry-sur-Seine (92)
M9	49 ans	Homme	Médecine générale	1997	1997	2013	>15 ans (non précisé)	Cabinet médical au sein de la cité de Saint Denis (93) depuis 2013
M10	53 ans	Homme	Médecine générale	Non précisé	1998	2004	>15 ans (non précisé)	Cabinet médical à l'Hay-les-Roses (94), médecin de la PASS Créteil Solidarité
M11	36 ans	Homme	Médecine générale	2010	2009	2010	8 ans	Médecin salarié dans le centre de santé "La Place Santé" à la Plaine de Saint Denis (93)
M12	31 ans	Homme	Médecine générale	2016	En cours	Prévue en novembre 2019	3 ans (1 an de SASPAS, 2 ans de remplacement)	Remplaçant de la Maison de santé pluridisciplinaire à Torcy (77)

N° Médecin	Secteur	Sans / sur rendez-vous (rdv)	Nombre de patients / jour	Durée de consultation par patient (minutes)	Proportion de patients migrants précaires en consultation
M1	1	Sur rdv	5-6 visites à domicile le matin, 18 patients dans l'après-midi	15-30 min	< 1%
M2	1	Sur ou sans rdv au centre de santé ; sans rdv à la PASS.	Au centre de santé: 12-15 sur rdv/demi-j; 20 sans rdv/demi-j; à la PASS : max 20 patients /j Au total : vingtaine par jour.	Au centre de santé: 25 min sur rdv, 15 min sans rdv. À la PASS: de 15 min à 1 heure.	> 50% au centre de santé ; 93% à la PASS.
M3	1	Sur rdv au cabinet médical	Au cabinet médical: 20-25 /j. A la PASS : 6-8 /demi-journée	Au cabinet médical : toutes les 15 min.	<1 %
M4	1	Sur rdv au cabinet et au COMEDE	Au cabinet médical: 22-25 /j. Au COMEDE: 6 /demi-journée.	Au cabinet médical : 20-30 min. Au COMEDE : 30-45 min	50 % (100 % au COMEDE, 1-2AME au cabinet médical)
M5	1	Sur rdv	Vingtaine / j	20-25 min	50 %
M6	1	Sur rdv, avec des plages d'urgence	12-15 /j	20-30 min	5 %
M7	1	Sans rdv	25 /j	Au moins 15 min, 20 min en moyenne	1-2 % (2 – 3 AME /j)
M8	1	Sur rdv, avec quelques plages sans rdv	2-3 / heure	10 - 45 min. Toutes les 20 min en moyenne.	3 AME ou CMU /j
M9	1	Sur rdv	25 /j	10 – 40 min, 20min en moyenne.	1-2% migrants récents (1 /semaine), 15-20% migrants installés; moins de migrants au CSAPA.
M10	1	Sur rdv avec plages d'urgences au cabinet médical, sans rdv à la PASS	Vingtaine /j au cabinet médical; dizaine /j à la PASS Créteil Solidarité.	Au moins 20 min	Quelques demandeurs d'asile au cabinet médical ; 100% à la PASS Créteil Solidarité
M11	1	Sur rdv sauf les urgences	12 /j	Au moins 20 min, maximum 30 – 45 min	5% AME, 30% CMU
M12	1	Sur rdv, avec des plages d'urgence	9 le matin, 12 dans l'après-midi. Au total : vingtaine / j.	20 min en moyenne, maximum 40 min	10-15%, (2-3 AME/j)

N° Médecin	Activité extra-libérale	Expérience ou formation en psychologie ou psychiatrie	Expérience ou formation en soins des exilés
M1	Aucune	Sur le tas, des réunions, formations professionnelles continues.	Non abordé.
M2	Assistante universitaire au département de médecine générale de Paris 7 à partir de novembre 2018	Sur le tas.	Stages d'internat à l'hôpital de Saint Denis, à la PASS de Lariboisière, stage de niveau 1 dans le 18ème près de la Mairie de Saint Denis, stage de niveau 2 à la CASE de santé à Toulouse.
M3	Participant au pôle de santé interprofessionnel de Créteil et au réseau d'IVG RHEVO. Gardes au SAMI 94. Maître de stage universitaire de Paris 12.	Sur le tas. Certificat en psychiatrie, groupe Balint, formations professionnelles continues.	Sur le tas. 2 ans à « Médecins du Monde » ; ancien médecin consultant à la PASS Créteil Solidarité
M4	Médecin à mi-temps au COMEDE.	Cours théorique en option sur les soins en psy en médecine générale pendant l'internat ; formation en psychotraumatisme au COMEDE.	Sur le tas. Stages SASPAS au COMEDE et au cabinet médical à Villeneuve-la-Garenne pendant l'internat. Formation en psychotraumatismes au Comede.
M5	Maître de stage en médecine générale de Paris 12. Consultation à la PASS ambulatoire au sein de la maison de Santé de Torcy.	Sur le tas.	Sur le tas.
M6	Temps partiel 40% au centre d'IVG à Colombe ; participe à "l'association des professionnels libéraux de santé" à Gennévilliers", à l'équipe médecins de "la Maison de Solidarité", aux réseaux "Réseau 92 Nord", "CoMeGAS". Maître de stage de SASPAS de Paris 7.	Sur le tas. Psychanalyse aux groupes Balint.	Sur le tas.
M7	Aucune	Aucune, adressage facile.	Sur le tas.
M8	Non précisé	Sur le tas. Formations professionnelles continues. Réunions mensuelles avec le psychiatre du CMP	Sur le tas.
M9	Consultation d'addictologie au CSAPA à Saint Denis. Ancien médecin salarié dans une PMI et dans un centre de dépistage du SIDA.	DIU en addictologie via le CSAPA	Formation sur la migration et de l'intégration dans les soins pour les étrangers dans une structure. Formations ethnopsychiatrie au Centre Minkowska,
M10	Organisation des réunions interprofessionnelles « Maison de Santé sans les Murs » ; médecin intégré dans les réseaux de santé et la PASS Créteil Solidarité; médecin enseignant de médecine générale à Paris 12.	Sur le tas. Participation aux séminaires et aux groupes Balint	Sur le tas. Médecin actuel de la PASS Créteil solidarité.
M11	Médecin enseignant et maître de stage au département de médecine générale de Paris 7	Sur le tas. Un séminaire de 2 jours sur la psychologie.	Sur le tas.
M12	Aucune	Sur le tas. Stage d'externat en unité d'entrant en psychiatrie; des cours théoriques au 1er cycle des études en médecine.	Stage d'internat aux urgences de l'Hôpital Lariboisière.

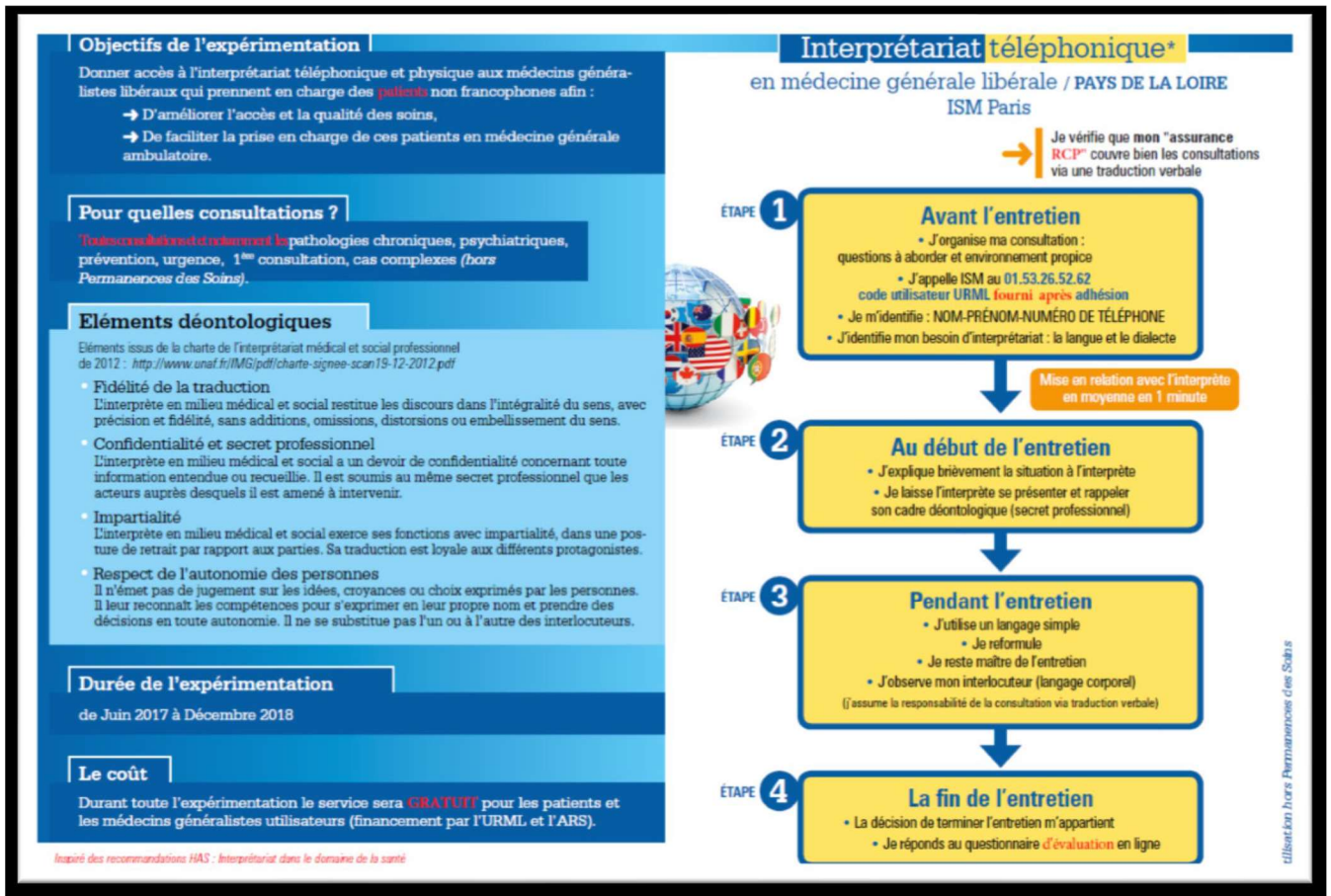
## 11. Modèles idéaux-typiques des médecins d'E.J. Emmanuel et L.L. Emmanuel, 1992 [20]

- **Médecin « informatif »** : son objectif est de transmettre au patient toutes les informations validées relatives à sa pathologie afin qu'il puisse choisir de manière éclairée une option thérapeutique. Le patient choisit et le médecin exécute. C'est le patient, en fonction de ses valeurs et croyances, au vu des informations objectives données, qui décide l'intervention médicale pertinente. Le médecin « informatif » ne souhaite pas comprendre les valeurs de son patient et ne porte pas de jugement de valeur sur ces dernières ; il est fournisseur d'expertise technique. Ses devoirs se limitent à se tenir à jour des dernières connaissances médicales et d'envoyer son patient vers un expert compétent, le cas échéant. L'autonomie du patient réside dans le choix entre plusieurs décisions médicales présentées par le médecin.
- **Médecin « interprétatif »** : son objectif est de comprendre les croyances et valeurs de ses patients pour savoir ce qu'ils souhaitent en réalité afin de les aider à choisir les interventions médicales en accord avec elles. Le médecin « interprétatif » présente aux patients les différentes options et les met en lien avec les croyances du patient. Il va donc interpréter les valeurs du patient pour le patient lui-même, y compris quand ce dernier n'en a pas conscience. Le médecin peut ainsi interpréter certaines situations en attribuant à son patient des valeurs ou des croyances dont celui-ci n'a pas conscience, ou pas totalement, ce qui peut entraîner des situations conflictuelles. Le médecin ne porte pas de jugement sur les croyances de son patient mais l'aide à les comprendre, et c'est le patient qui reste celui qui, au final, décide de la conduite thérapeutique à adopter. Dans ce modèle, le médecin est un conseiller qui apporte les informations pertinentes afin que le patient fasse un choix en accord avec ses valeurs. Ce modèle requiert un engagement du patient dans un processus de compréhension mutuelle. L'autonomie du patient réside ici dans la compréhension de soi ; celui-ci consulte pour savoir comment concilier ses croyances avec des choix thérapeutiques.
- **Médecin « délibératif »** : son objectif est d'aider le patient à prendre une décision en faisant un rapport santé/valeur au vu de la situation clinique. Le médecin « délibératif » doit présenter à son patient les différentes options et l'aider à percevoir les différentes croyances ou valeurs associées. Il lui présente d'autres choix adjoints à

d'autres perceptions de la santé. Il discute avec ses patients de la pertinence de certaines valeurs, croyances ou de certains comportements qui affectent ou sont affectés par certains traitements ou maladies. Conscient que bien des valeurs et croyances ne concernent pas la maladie et la santé, le médecin « délibératif » se limite au seul domaine de la santé. Il n'est pas là pour inculquer une morale mais pour tenter de persuader son patient des changements à opérer. Il conçoit son rôle comme un enseignant, un ami, et compte sur le dialogue pour pouvoir le convaincre de la meilleure ligne de conduite à suivre. Le médecin vise l'auto-développement de son patient qui est encouragé à dialoguer pour adopter des nouvelles valeurs ayant un bénéfice attendu en matière de santé.

- **Médecin « paternaliste »** : son objectif est de promouvoir la santé et le bien-être de son patient en mettant les intérêts du patient au-dessus des siens. Dans sa relation avec son patient, le médecin doit le convaincre de faire les « bons » choix thérapeutiques qui sont fondés sur des connaissances médicales « objectives » et qui ne peuvent donc qu'être partagés. L'objectif du médecin « paternaliste » est que son patient adhère à ses choix puisqu'ils sont les « meilleurs ». En cas de désaccord avec son patient sur une décision médicale, la préférence du médecin ira vers la rationalité médicale, quitte à devenir autoritaire et imposer son choix, le patient devant se rendre compte, tôt ou tard, de la pertinence de la décision. Le médecin « paternaliste » attend la reconnaissance du patient ne serait-ce qu'a posteriori. Concevant son rôle comme « gardien », « tuteur », il est également là pour coordonner les différentes interventions autour de son patient. Dans ce modèle, l'autonomie du patient se limite à l'assentiment à la décision médicale.

## 12. Plaquette explicative du projet de l'expérimentation d'interprétariat téléphonique en médecine générale libérale au pays de la Loire [54]



**SOUTENANCE A CRETEIL**

YEAR : 2020
AUTHOR: WANG Yichiao
THESIS SUPERVISOR : Doctor VALLOT Sophie
<p><b>Boosts and barriers in primary care of psychotrauma of exiles in Paris region</b></p> <p>The mental health of exile population are often sidestepped in primary care. The objective of our study is to determine the factors related to general practitioners which may have an impact on primary care of mental health of exile patients affected by psychotraumatic disorders.</p> <p>A qualitative study was conducted with 20 physicians practicing in Île-de-France by semi-directed interviews between July and December 2018.</p> <p>Several factors interfering in the primary care of psychotrauma of exile patients were identified from 12 interviews with general practitioners working in distinct structures. Their life experience and the organization of the healthcare system hindered their access to medical care. The intricacies related to their status as migrant and psycho-socio-cultural background made the consultation of this population time-consuming, especially when language and cultural barriers hampered the communication, particularly at a psychological level. Furthermore, personal and professional involvement modulated general practitioners' sensitivity and apprehension towards psychotraumatic disorders of exiles. On the other hand, patients' lack of trust in the physician and obstacles in the referral to specialists prevented an optimal management of mental health for this vulnerable public in primary care.</p> <p>Primary care practitioners experience numerous difficulties in the care of psychotraumatic disorders of exile patients on the structural, socio-cultural and emotional dimensions. Measures acting on clinical training, practice, and organization are needed to improve the primary care of mental health of this population.</p>
<p>KEY WORDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- refugees</li> <li>- psychological trauma</li> <li>- mental health</li> <li>- primary health care</li> </ul>
UNIVERSITY ADDRESS : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX



**SOUTENANCE A CRETEIL**

ANNEE : 2020

AUTEUR : WANG Yichiao

DIRECTEUR DE THESE : Docteur VALLOT Sophie

**Freins et leviers à la prise en charge en soins premiers des psychotraumatismes des exilés en Île-de-France**

La santé mentale des exilés reste souvent négligée dans leur parcours de soins. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs relatifs aux médecins généralistes affectant la prise en charge de la santé mentale en soins premiers des patients exilés souffrant de troubles psychotraumatiques.

Une étude qualitative a été menée auprès de 20 médecins exerçant en Île-de-France par entretiens semi-dirigés entre juillet et décembre 2018.

De multiples facteurs ont été identifiés à partir de 12 entretiens des médecins généralistes travaillant dans des structures distinctes. Pour les exilés, leurs parcours de vie et l'organisation du système de soins rendaient l'accès aux soins difficile. La complexité liée au statut de migrant et au contexte psycho-socio-culturel rendait la consultation chronophage, d'autant plus que les barrières de langue et culturelle entravaient l'efficacité de la communication, notamment sur le plan psychologique. Les implications personnelles et professionnelles modulaient la sensibilité et l'appréhension des médecins généralistes face aux troubles psychotraumatiques des exilés. Le manque de confiance envers le médecin et le relais spécialiste difficile empêchaient une prise en charge optimale de la santé mentale de ce public vulnérable en soins premiers.

De nombreuses difficultés dans la prise en charge des troubles psychotraumatiques des patients exilés sont éprouvées par les professionnels de soins premiers, sur les plans structurel, socioculturel, et émotionnel. Des mesures agissant sur la formation, la pratique clinique, et l'organisation des soins sont nécessaires pour faciliter les soins premiers de la santé mentale de cette population.

MOTS-CLES :

- réfugiés
- traumatisme psychologique
- santé mentale
- soins de santé primaires

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX