HAL
open science

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de l'agglomération paloise à propos des difficultés dans leur prise en charge des patients demandeurs d'asile

Céline Dony

To cite this version:

Céline Dony. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de l'agglomération paloise à propos des difficultés dans leur prise en charge des patients demandeurs d'asile. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03478049

HAL Id: dumas-03478049

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03478049v1

Submitted on 13 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.

UFR de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2021 Thèse n° 129

Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en médecine

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2021

par Céline DONY

née le 28 Novembre 1990 à Neuilly Sur Seine

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de l'agglomération paloise à propos des difficultés dans leur prise en charge des patients demandeurs d'asile

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur PRUDHOMME Bruno

Jury :

Monsieur le Professeur ALLA François.....Président du jury

Monsieur le Professeur MAGOT Laurent.....Rapporteur

Monsieur le Docteur JOUHET Christophe .....Juge

Monsieur le Professeur HAJJAR Joseph….....Juge

Monsieur le Docteur PRUDHOMME Bruno.....Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur François ALLA,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Santé Publique

Chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention à l'Hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et vous témoigne mon grand respect

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT,

Professeur universitaire du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Médecin généraliste à Lons

Merci de votre aide précieuse dans ce travail de thèse, du temps consacré à cette relecture et de votre œil d'expert, merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

Maître de conférence associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Médecin généraliste à Coarraze

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse, du temps que vous y avez consacré et de porter intérêt à ce travail.

A Monsieur le docteur HAJJAR Joseph,

Praticien Honoraire des Hôpitaux

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et de porter intérêt à ce travail.

A Monsieur le Docteur Bruno PRUDHOMME,

Médecin généraliste à Pau, et médecin co-responsable de mission au CASO de Pau.

Merci d'avoir accepté de devenir mon directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité et tes précieux conseils. Merci pour tous ces échanges à propos des patients demandeurs d'Asile et ces conseils de pratique de la médecine. Merci de ta patience. Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés.

Merci aux médecins généralistes de l'agglomération de Pau d'avoir participé à mon étude.

Merci à Kristelle et Aurora de la bibliothèque de l'hôpital de Pau qui m'ont grandement aidée dans mes recherches.

Merci à Antonin, le thésard de maman, pour son aide pour ce logiciel R.

Au Dr Hervé Dreau, merci beaucoup pour ton aide précieuse et ton éclairage sur les statistiques de ma thèse.

Merci à ceux qui m'ont aidée et qui m'aident encore aujourd'hui dans ma pratique professionnelle :

À toutes les équipes, professionnels médicaux et paramédicaux rencontrés durant mes études.

Un merci particulier au service de **SMPU de l'hôpital de DUMBEA**, qui m'a ouvert sur la différence culturelle et m'a inspiré sur cette thèse,

Au service des **urgences du CHU de PELLEGRIN** et au service de **rhumatologie du Dr FACH**.

Pour **Philippe Bayle**, merci pour ces mois d'apprentissage en tant que stagiaire mais aussi merci de toujours me faire bénéficier de ton expérience même en tant que remplaçante

Pour **Marion Guitard**, **Sébastien Fatas** et **Françoise Berger** merci de me faire confiance au sein de votre cabinet médical et de tous nos échanges, c'est grâce à vous que j'améliore ma pratique

Remerciements personnels :

A mes amis...

... d'enfance :

À ma **Léa** et nos 24 ans d'amitiés, nos discussions, nos partages, merci d'être toujours là, je t'aime fort, à mon **Flo** mon binôme de TP et de bac, toujours présent, à **Alexandra**, à ce soutien, même de loin, cette 1ere année de médecine ensemble, à **Adrien** et **Elisa**, toujours présents même de loin.

... et de plus tard :

À notre trio de choc : **Estelle** et **Caroline**, les 1ere que j'ai rencontrées sur Bordeaux, et quelle rencontre ! Quelle joie de vous avoir toujours avec moi, nos discussions nos rires, nos partages... Merci également à **Benoît** (et **Joanna**) et **Flo** pour ces moments partagés et pour leur patience de cette amitié qui peut être envahissante !

À **Katell**, toujours dans les bons plans, toujours à me suivre dans de nouvelles aventures !

À **Florence** Celle que je suivrais d'un voyage à l'autre bout du monde les yeux fermés sans rien organiser parce que c'est ça la vie ! Merci pour nos discussions, nos partages nos rires et nos pleurs...

À **Julia**, avec qui j'ai découvert Pau pour la première fois, merci de tous ces moments passés ensemble et pour tous ces partages que tu as toujours à me donner !

A ma **Camille**, tous nos bons moments passés ensemble, à ton soutien infaillible et cette force que tu as que j'admire tous les jours, je suis fière d'être ton amie, à mon petit **Honoré (Nono)** qui grandit chaque jour trop vite, et à **Pierre** bien sûr avec qui j'avais parlé déjà de cette thèse et avec qui j'aurais eu le plaisir de la partager

À la team VSL : **Mathilde** notre super voyage à l'autre bout du monde, **Baba** et notre renard albinos, **Julie** et nos essais de cocktails, **Henry** et nos discussions !

À la team des mouchoirs de poche : **Camille** avec qui j'ai partagé mon service de Calédonie et de Mayotte, **Paulo**, **FO** et **Thibault**

À la team de Pau : Aude, Romain, Marie C, Florent, Jordan, Marie L, Louis, Helo, Parnian, Ju et Thibault pour ces balades en montagne, journée au ski, après-midi jeu de société...

À ma famille

Bien sûr à **Laurent**, qui me soutient tous les jours, avec qui je construis et vais construire tellement de choses, pleins de projets nous attends, je t'aime de tout mon cœur. Merci également à ta famille avec qui je suis contente de partager pleins de moments.

Pour mes parents : à ma **maman**, premier docteur de la famille, celle qui me soutient si souvent quand j'en ai besoin, celle qui a relue cette thèse qui a pris le temps de toujours m'écouter et d'essayer de me comprendre, et à mon **papa,** celui qui est toujours là, qui me donne des conseils pour réussir, et qui malgré son manque de pédagogie, m'a toujours poussée à aller plus loin car « j'en étais capable ». Je vous aime.

Pour ma **sœur,** nous sommes si différentes et pourtant si proches, ces années qui avancent et qui nous rapprochent chaque jour, merci d'être toujours aussi patiente avec moi, et de ces moments de partages, je t'aime ma Clairoune. Pour mon **petit frère** : nous ne sommes pas si différents, et nous avons encore pleins choses à découvrir tous les deux, j'espère avoir été une grande sœur comme il faut avec toi quoi qu'un peu maladroite sûrement, sache que je serais toujours là pour toi ! Je t'aime mon Alex.

Pour mes **grand-mères** : Nanou, Mémé et Mamie aux personnalités si différentes et pourtant toutes les trois si attachantes, quel plaisir de se retrouver parfois à des moments privilégiés, merci de votre fierté à mon égard.

Pour la famille **Tanguy** : cette tempête familiale : mon parrain, ma tante Monique, Virgile, Jade et Ambre, que de moments de rigolades partagés ensemble, beaucoup d'autres sont à venir.

Pour mes **« cousins »** : cette famille de cœur qui m'ont vu travailler pour mes études et pour laquelle je n'ai pas réussi à transmettre à un seul le goût de la médecine... pourtant un si beau métier, pour toutes nos soirées, nos vacances et weekends passés et encore à venir, merci ! Nicolas & Vincent, Zoé & Félix, Pierre & François, Cédric & Sébastien, Camille & Pierre. Sans oublier aussi **leurs parents**, avec lesquels c'est toujours un plaisir de passer des moments et que j'aime très fort : ma marraine & Pascal bien sûr qui sont toujours là, Valérie & Christian, Catherine et Serge, Anne & Joël, Michel (et ces bons tuyaux médicaux), Brigitte.

Merci à Véro et Jean Michel et leur soutien infaillible, à Valérie & Jean Marie, Michèle et Jean-Paul, Gilles & Brigitte et Jean-Luc avec qui la 1ere année avaient déjà bien été fêtée.

Sommaire

Liste des tableaux 10
Abréviations 11
Introduction 13
1.Définitions 13
2.Droit à la santé du demandeur d'asile 15
2.1.Sur le plan juridique 15
2.2.Sur le plan sanitaire 16
3.Structures et associations pour prise en charge médicale 18
4.Contexte national et international 20
4.1.L'état de santé des demandeurs d'asile 20
4.2.Une majoration du nombre des demandeurs d'asile 21
5.Des obstacles déjà identifiés 23
6.Objectif de la thèse 24
6.1.Problématique 24
6.2.Objectifs 25
Méthode de l'étude 26
1.Type d'étude 26
2.Population 26
3.Critère de jugement principal 26
4.Aspect réglementaire et éthique 26
5.Déroulement de l'étude 27
5.1.Élaboration et contenu du questionnaire 27
5.2.Recrutement des médecins 27
5.3.Diffusion du questionnaire et recueil des résultats 27
6.Mode d'analyse des données 28
Résultats 29
1.Déroulement de l'étude 29
2.Caractéristiques de la population d'étude 30
2.1.Données socio-démographiques 30
3.Description univariée des résultats concernant les difficultés de prise en charge des patients DA 31

4.Analyse bivariée des résultats 33
4.1.Corrélation des niveaux de difficultés ressenties 33
4.2.Description des difficultés ressenties avec les caractéristiques des médecins 36
4.3.Diagrammes en radar 36
5.Analyse de la variable « score » 36
5.1.Analyse uni-variée 36
5.2.Analyse bivariée 37
6.Résultats à la question ouverte 38
Discussion 39
1.Discussion de la méthode 39
1.1.Choix de la méthode 39
1.2.Biais de l'étude 40
1.3.Points forts de l'étude 41
1.4.Points faibles 41
2.Analyse de la barrière linguistique et culturelle 42
2.1.La principale difficulté ressentie 42
3.Analyse des difficultés pour la consultation des DA 47
3.1.Retard du DA à la consultation 47
3.2.Obstacles lors des différentes parties de la consultation 48
3.3.Suivis et suite des consultations 51
3.4.Temps de consultation 53
4.Analyse des difficultés administratives 55
4.1.Isolement et manque de communication avec les travailleurs sociaux 55
4.2.Des médecins déjà orientés socialement 56
5.Caractéristiques des médecins 57
5.1.En fonction du sexe 57
5.2.En fonction de la localisation du médecin 58
5.3.En fonction de l'âge et de l'accueil ou non de nouveaux patients par le médecin 58
5.4.En fonction du fait que le médecin a eu des DA dans sa patientèle 59
5.5.En fonction de leur taux de CSS dans la patientèle 59
6.Propositions 61
6.1.Les aides potentielles à la consultation 61
6.2.Des solutions pour mieux communiquer 62

Conclusion..... 68
Bibliographie..... 70
Annexes..... 76
1.Questionnaire envoyé aux médecins..... 76
2.Premier mail envoyé aux médecins 78
3.Tableaux des corrélations et des p correspondants..... 79
4.Tableaux des réponses en fonction d'une analyse bi-variée de type chi2..... 82
5.Profils des diagrammes de rapport 90
6.Analyse multivariée du score global du questionnaire 99
7.Remarques libres faites à la fin du questionnaire :..... 100
Serment d'Hippocrate..... 101
Résumé..... 102

Listes des figures

Figure 1 : Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981 21
Figure 2 : Primo-demandeurs d'asile dans l'UE entre 2010 et 2015 22
Figure 3 : Diagramme de flux 29
Figure 4 : Histogrammes des différentes questions en analyse univariée 33
Figure 5 : Graphique de corrélation entre les différentes questions 35
Figure 6 : Autres moyens de communications : limites et risques 45
Figure 7 : Catégories de consultations des patients selon la structure de consultation 51
Figure 8 : Graphique des différents modèles d'interprétariat 64

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins inclus (N= 29)....30
Tableau 2 : Difficultés exprimées par les médecins inclus (N= 29)....31
Tableau 3 : Analyse bivariée de la variable score en fonction des caractéristiques....37
Tableau 4: Taux de corrélations entre les différentes réponses aux questions posées....80
Tableau 5: p correspondant à chaque corrélation....81
Tableau 6: Répartition des réponses en fonction du sexe du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1) 82
Tableau 7: Répartition des réponses en fonction du sexe du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2)....83
Tableau 8: Répartition des réponses en fonction de la zone géographique du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2, (partie 1) 84
Tableau 9: Répartition des réponses en fonction de la zone géographique du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2, (partie 2)....85
Tableau 10: Répartition des réponses en fonction de si le médecin prend de nouveaux patients ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1)....86
Tableau 11: Répartition des réponses en fonction de si le médecin prend de nouveaux patients ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2)....87
Tableau 12: Répartition des réponses en fonction de si le médecin a eu des DA dans sa patientèle ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1)....88
Tableau 13: Répartition des réponses en fonction de si le médecin a eu des DA dans sa patientèle ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2) 89

Abréviations

ACS : Assurance Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale D'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CH : Centre Hospitalier

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

COMEDE : Comité médical pour les exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DA : Demandeur d'asile

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ETP : Équivalent Temps Plein

FCV : Frottis cervico-vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

INED : Institut National d'Études Démographiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MdM : Médecin du Monde

NFS : Numération Formule Sanguine

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PRAHDA : Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMA : Protection Universelle Maladie Médicale

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ONU : Organisation des Nations Unies

SS : Sécurité Sociale

TA : Tension Artérielle

Introduction

En France, l'accès aux soins pour tous est un droit qui est garanti par le code de santé publique et en particulier pour les personnes les plus démunies (1,2). Parmi ces plus démunis, se trouve une population étrangère très diversifiée qui peut bénéficier de consultations en médecine générale selon leur situation. Elle peut être composée de personnes avec des statuts et situations variées qu'il convient de bien identifier et définir.

1. Définitions :

Dans le langage courant, il existe une certaine confusion sur les termes employés, que ce soit dans la vie quotidienne, dans les médias, ou lors de la pratique médicale. « Migrant, immigré, étranger, demandeur d'asile, réfugié, étranger malade... »... Il a déjà été souligné (3) que dans les entretiens lors des consultations avec ces patients, le médecin, parfois, ne se pose pas systématiquement la question de savoir si le patient est demandeur d'asile ou non, alors que chacun de ces mots correspond à une population bien définie (4), avec des droits qui leur sont propres.

Un **étranger** est une personne qui n'a pas la nationalité française, ce terme est plutôt utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. L'expression « **étranger malade** » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Un **exilé** est le terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

Un **immigré** est une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration, utilisé pour le recensement démographique (INSEE).

Un **migrant,** au sens de migrant international, (si nous reprenons la définition des nations unis), représente (5) « toute personne qui a résidé dans un pays étranger quelques soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quelques soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer »

Un **réfugié ou « protégé subsidiaire »,** au sens juridique, se définit comme une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

Sans-papiers ou clandestin est un étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

Enfin, les **demandeurs d'asiles (DA)** sont des personnes étrangères qui demandent le statut de réfugié selon la convention de Genève. L'Office Français de l'immigration et de l'intégration (OFII) (6) définit l'asile comme la protection qu'accorde un État d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de celle des autorités de son pays d'origine. Si la demande est acceptée le demandeur d'asile devient **réfugié**. La personne demandeuse d'asile est sur le territoire du pays d'accueil de façon légale.

Afin de mieux comprendre la législation encadrant les demandeurs d'asiles, il convient d'analyser les trois conventions internationales, qui ont défini leurs statuts.

- **CONVENTION DE GENEVE DE 1951 (7) sur les réfugiés.**

Ce document est la clé de voûte dans la définition du réfugié et de sa protection sur le plan international. C'est ce texte qui a défini le principe de non refoulement et selon lequel :

« *Aucun État contractant n'expulsera ou ne refoulera en aucune manière un réfugié, contre sa volonté, vers un territoire où il craint d'être persécuté.* »

- **PROTOCOLE DE NEW-YORK DE 1967 (8) relatif aux statuts des réfugiés :**

Il vient compléter et renforcer la Convention de Genève de 1951 et retire les restrictions temporelles et géographiques qu'imposait cette dernière. En effet sur le plan temporel elle avait restreint le statut des réfugiés à ceux dont les circonstances étaient venues « à la suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 » et sur le plan géographique elle

donnait la possibilité aux états membres de choisir entre « les événements survenus en Europe » et « les événements survenus en Europe ou ailleurs ».

146 pays ont adhéré au protocole.

- **CONVENTION DE DUBLIN III DU 26 JUIN 2013 (9)** sur les critères et mécanismes de détermination de l'État européen responsable de l'examen d'une demande d'asile.

En général, le pays d'entrée est le pays compétent pour l'évaluation de la demande d'asile. Il existe certaines dérogations, notamment le principe de l'unité familiale qui permet aux membres d'une même famille d'obtenir que la demande soit examinée par un même état membre.

2. Droit à la santé du demandeur d'asile:

2.1. Sur le plan juridique

Ce travail concerne les demandeurs d'asile. Leurs statuts leur permettent de bénéficier d'allocations et d'aides telles que le **droit à la sécurité sociale** par le biais de la Protection Universelle Maladie et ce dès le dépôt de demande d'asile à l'OFPRA.

La LOI D'ORIENTATION N°98-657 relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 (10) a permis de mettre en place plusieurs dispositifs afin d'aider à réduire les inégalités de santé :

- Les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** mises en place dans les établissements de santé (hôpitaux publics et associés au service public hospitalier) et qui ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité, y compris les étrangers résidant en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'Aide Médicale d'État et de la CSS ou du fond pour les soins urgents et vitaux.
- La **Couverture Maladie Universelle (CMU)**, qui existait, en premier lieu, dont les principes de base (posés par la loi du 27 Juillet 1999) permettent un accès à la

couverture obligatoire et à la couverture complémentaire gratuite.

- A ce jour, la CMU a été remplacée par la CSS correspondant à la fusion entre la CMU et l'ACS.
- L'**Aide Médicale de l'État (AME)** qui a été modifiée par la loi n°2019-1479 du 28 Décembre 2019 (11). Elle permet à toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière en France depuis au moins 3 mois de bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé. Pour les DA en séjour régulier sous attestation de demande d'asile, la prise en charge en santé peut être demandée en cas de soins urgents. Cette prise en charge est faite à condition qu'un premier dépôt de dossier ait été réalisé de manière physique auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Si la demande d'asile est refusée, la CSS ne s'arrête pas du jour au lendemain. La réforme de la PUMa [2015-2017] a pérennisé un mécanisme de « lissage » des droits permettant de maintenir ces protections maladie pendant les 6 mois suivant la fin de validité du titre de séjour. Depuis le 1er janvier 2020, l'accès à l'AME est sous condition de résidence d'au moins trois mois en France à partir de la demande. Ces modifications d'accès à la CSS et à l'AME vont majorer considérablement l'accès aux services de soins de droit commun.

2.2. Sur le plan sanitaire

Lors de sa demande d'asile, le patient doit bénéficier d'une visite médicale qui est rendue obligatoire par l'OFII, selon un arrêté du 11 janvier 2006 (12).

Cet examen comporte obligatoirement (12) :

1. *un examen clinique général effectué par un médecin qui peut s'entourer d'avis de spécialistes et demander des examens complémentaires ;*
2. *un examen radiographique des poumons :*
    a) *En seront toutefois dispensés : les enfants de moins de 10 ans présentant un certificat de vaccination par le BCG et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ; tout étranger présentant une radiographie de moins de 3 mois et dont l'examen clinique ne permet pas de*

suspecter une tuberculose évolutive ;

b) Les enfants de moins de 15 ans venant de pays à forte prévalence de tuberculose bénéficieront de surcroît d'un test à la tuberculine dans un service, une structure ou auprès d'un professionnel dont les coordonnées seront indiquées au cours de la visite médicale ;

3. *une vérification du statut vaccinal qui doit être conforme à la législation et à la réglementation en vigueur*
4. *pour les personnes présentant du fait de leurs antécédents, leur âge ou leur état clinique un risque vis à vis du diabète de type 2, une mesure de la glycémie capillaire*
5. *en fonction de la symptomatologie clinique, un examen urinaire comprenant la recherche de protéines et de sang*

Cet examen clinique est effectué par les médecins appartenant au service de santé publique et d'assistance médicale de l'OFII ou un médecin agréé.

Il existe également un bilan plus complet (4) avec un examen clinique général, associé à des examens complémentaires comprenant un bilan biologique plus approfondi pour les patients qui le souhaitent. Néanmoins celui-ci n'est pas obligatoire et est soumis à la demande du patient car il comporte des bilans de dépistage et de prévention qui nécessitent son accord. Dans ce bilan plus complet, nous retrouvons :

Sur le plan biologique :

- Numération formule sanguine (NFS), à la recherche d'une anémie et/ou d'une hyperéosinophilie.
- Glycémie à jeun et dépistage du diabète chez les sujets de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque
- Sérologies et dépistage des hépatites virales chroniques
- Sérologie VIH et dépistage de l'infection à VIH-sida
- Une électrophorèse de l'hémoglobine, destinée au dépistage de la drépanocytose hétérozygote en cas de projet parental
- Dépistage et/ou traitement des parasitoses intestinales et urinaires
- Dépistage du cancer du col utérin par un frottis cervico vaginal (FCV) ou un test Human Papilloma Virus (HPV) selon les recommandations nationales

- Dépistage du cancer du côlon et du rectum : une recherche de sang dans les selles est recommandée nationalement à partir de 50 ans
- Dépistage du cancer du sein selon les recommandations nationales
- Un examen bucco-dentaire est recommandé chez tous les patients,
- Un examen de la vue et un test audiométrique

Sur l'agglomération paloise, ce type d'examen est réalisable au Centre d'Examen de Santé de la CPAM pour tous les DA pris en charge par les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) ou le Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA) suite à une convention entre ces établissements.

3. Structures et associations pour prise en charge médicale

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Une circulaire de 2013 (13) a permis de redéfinir les permanences d'accès aux soins de santé. Ce sont des unités hospitalières médico-sociales, créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui s'adressent aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale et en difficulté d'accès au système de santé et de soins. Leurs objectifs sont de répondre aux soins nécessaires mais dès que possible d'orienter les patients vers le système de droits communs tels que les médecins généralistes. Elles offrent une prise en charge médicale, un accompagnement social notamment pour aider à l'ouverture d'une couverture maladie, une délivrance de traitements et de soins, et orientent vers des dispositifs plus classiques dès que possible. Elles peuvent être composées au minimum d'un binôme médecin généraliste et assistant social. Elles peuvent aussi associer d'autres spécialités médicales, infirmiers, psychologues, médiateurs en santé, pharmaciens, agents d'accueil. Cette pluridisciplinarité permet une coordination des parcours individuels en lien avec les partenaires intra et extrahospitaliers.

Les publications sur la santé des migrants (14) montrent que des personnes DA fréquentent régulièrement les PASS depuis leur création. Cependant au cours de cette dernière décennie, leur prise en charge s'est complexifiée avec l'augmentation des arrivées, les limitations d'accès à une couverture maladie pour les populations étrangères DA et la

modification de leurs profils.

Après la prise en charge en PASS, le relais en structure de soin de proximité devrait être organisé le plus vite possible pour laisser disponibles les ressources si besoin mais également pour un suivi plus personnalisé des patients « sortants ». Ce relais est conditionné par l'offre de soin de proximité et son accessibilité effective pour les personnes « migrantes ».

Certains patients migrants ne restent éligibles qu'au dispositif hospitalier de soins urgents pour des périodes de plus en plus longues, entre autres avec la nouvelle loi du 30 décembre 2019 (minimum de 3 mois sur le territoire avant de pouvoir être pris en charge socialement et sur le plan de la santé).

La PASS a un budget global fixé à l'échelon national. Les sommes allouées pour ces consultations sont limitées et souvent insuffisantes pour faire face à une demande croissante, mais également aux coûts des traitements. Il est donc important de pouvoir rediriger les patients quand ils peuvent être suivis par de la médecine de ville.

Médecins du Monde :

Médecins du Monde (MDM) (15) est une association crée en 1979. Elle a ouvert en France en 1986, des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) permettant une prise en charge médico-sociale des personnes, françaises ou étrangères n'ayant pas d'accès aux services de santé de droit commun.

Cette décision, qui ne se veut pas pérenne (puisque MDM ne souhaite pas se substituer à la responsabilité des pouvoirs publics dans l'organisation de l'accès aux soins pour toute personne présente sur le territoire français), répondait à une double problématique : répondre dans un premier temps au manque d'accès aux soins pour certaines catégories de personnes, pour pouvoir ensuite dans un deuxième temps témoigner et interpeller les pouvoirs publics sur les manques existants et les inciter à mettre en œuvre les réponses appropriées.

Limites de la prise en charge médicale et sociale par les structures et les associations dédiées :

Théoriquement, les patients demandeurs d'asile bénéficiaires de la CSS ou de l'AME ne dépendent plus des PASS ou des associations telles que Médecin du Monde (MdM) qui sont des structures prenant en charge les patients ne disposant pas encore de droits « sociaux » ouverts à la santé. Ils peuvent donc consulter tout type de médecin, quel que soit leur mode d'exercice, en cabinet libéral ou en structure hospitalière. Il est important de noter que les structures publiques et associatives peuvent parfois être contraintes de poursuivre le suivi médical mis en place, même si elles essaient autant que possible d'orienter les patients vers les services de santé de droit commun dont les médecins généralistes libéraux afin d'une part, permettre aux patients de gagner en autonomie dans la prise en charge de leur santé et par ailleurs de ne pas être saturées.

4. Contexte national et international

4.1. L'état de santé des demandeurs d'asile :

Un rapport publié en juin 2020 par « Actualité et dossier en santé publique » (14) a relevé qu'un certain nombre d'études et de constats avaient été fais. Il est souligné majoritairement une dégradation de l'état de santé des demandeurs d'asile après leur arrivée en France, et ce, malgré un « capital santé » plutôt meilleur à l'arrivée. En effet entre les mauvaises conditions de vie (logement, nourriture), les difficultés d'accès aux soins entraînant des retards de diagnostic et l'absence de prévention, les pathologies et la dégradation de qualité de vie s'accentuent.

Dans l'observation épidémiologique du Comité médical pour les exilés (COMEDE) (4), par ordre de fréquence, on dépiste en premier lieu des syndromes psycho-traumatiques, des infections chroniques par le VHB, des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des infections chroniques par le VHC, de l'asthme persistant, des infections par le VIH, des situations de

handicap, des cancers et tuberculoses.

4.2. Une majoration du nombre des demandeurs d'asile

Depuis 2015, avec la crise syrienne, il a été observé une hausse de la demande d'asile globale en France, comme le montre la figure 1. En 2020, le dernier rapport d'activité de l'OFPRA (16) établit à 96 424 le nombre de demandes d'asile sur l'ensemble de l'année (premières demandes d'asile, demandes de réexamen et demandes de réouverture, mineurs inclus), soit une diminution de 27,4 % par rapport à l'année précédente.

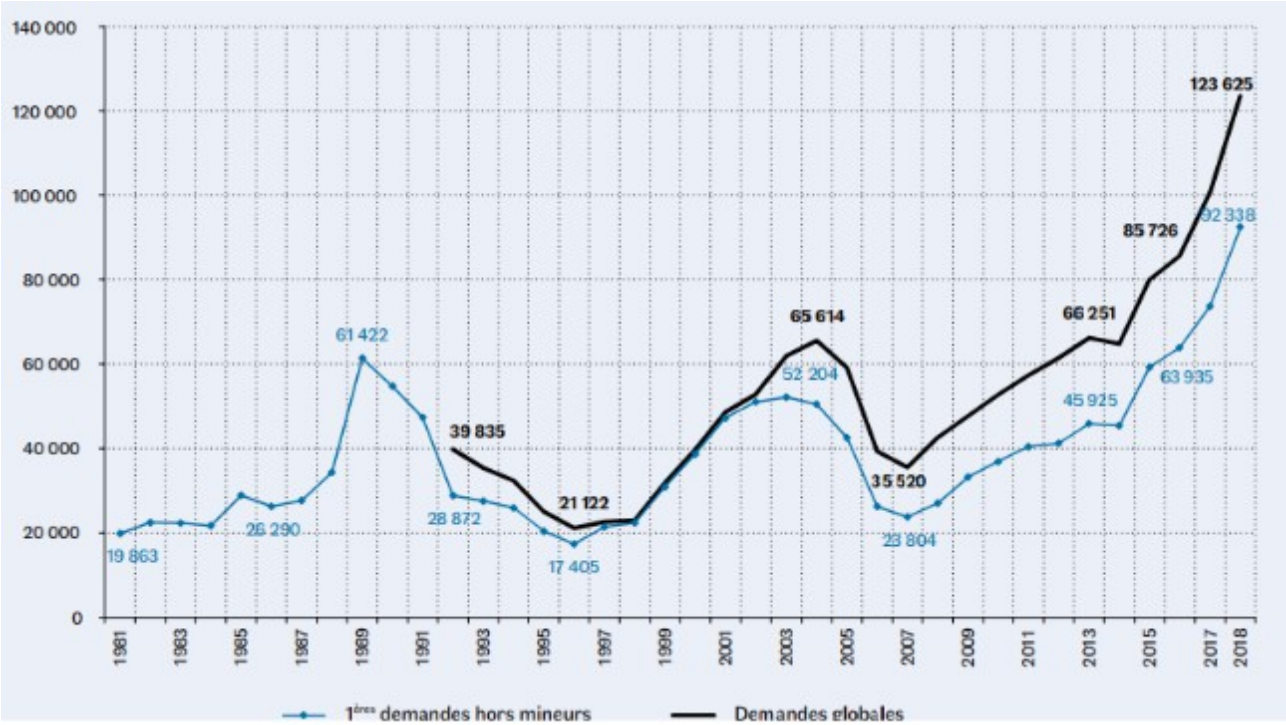


Figure 1: Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981; Source rapport OFPRA 2018 (16)

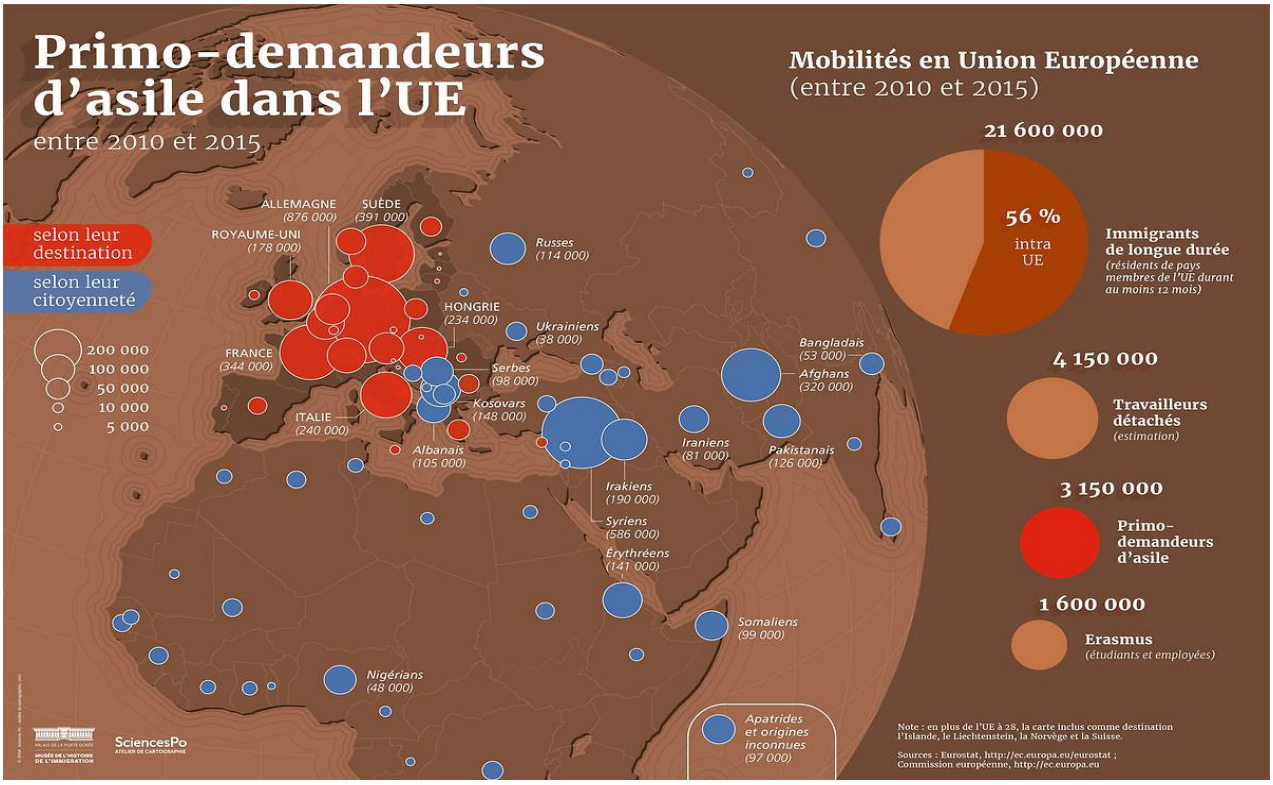


Figure 2: Primo-demandeurs d'asile dans l'UE entre 2010 et 2015 (17)

La figure 2 (17) montre que la France est l'un des principaux pays d'accueil (en chiffre absolu) en Europe dans un contexte de demande d'asile qui s'élargit. Cette carte objective la migration des primo DA entre 2010 et 2015, où la majoration du nombre des demandeurs d'asile a été la plus forte. Elle montre à la fois les différentes destinations et les différentes origines. Le rapport de l'OFPRA de 2020 (16) confirme que la France fait partie des trois principaux pays de destination en Europe derrière l'Allemagne et devant l'Espagne. En 2019 (18), les estimations de l'ONU du nombre de migrants internationaux sont de 272 millions, l'Europe en accueillant 82, l'Amérique du Nord 59 et l'Afrique du Nord et l'Asie occidentale 49 millions, le reste sont sur les autres aires géographiques non citées.

Selon M-A Lathiere, référente « Asile et réfugiés » à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) des Pyrénées-Atlantiques, il ne serait pas possible de connaître le nombre exact de demandeurs d'asile à Pau à un temps t. Leur « mobilité » rend l'évaluation de leur nombre plus difficile. Il est malgré tout possible de se rendre compte de l'augmentation du nombre de demandes d'accueil pour cette population. Sur le département des Pyrénées-

Atlantiques en 2014 il était dénombré 324 places d'accueil, en 2020 leur nombre a été porté à 781 dont 85% sont situées sur Pau.
Cette majoration peut être due à une augmentation des passages à la frontière franco-espagnole entre Irun et Hendaye, notamment depuis la mise en place de la loi anti migratoire en Italie, fin 2018.

5. Des obstacles déjà identifiés

Dans le cadre de sa thèse, en 2018, l'objectif de E. Honyiglo (3), était de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge médicale des demandeurs d'asile. Cette thèse plutôt qualitative interrogeait des médecins généralistes libéraux mais également des médecins légistes et des médecins de la PASS. Elle se déroulait dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans l'analyse réalisée, il ressort différents points qui semblent être des freins à la prise en charge de ces patients :

- une prise en charge sociale complexe
- la barrière de la langue avec notamment des problèmes d'interprétation des symptômes décrits
- la barrière culturelle
- la difficulté de communication avec les autres structures d'aide aux demandeurs d'asile
- la difficulté de transmission des informations
- l'impression de retard de prise en charge et de retard de diagnostic associé ou la peur d'une rupture thérapeutique
- le retard du patient à la consultation
- la difficulté de recueillir les informations nécessaires pour la consultation comme le motif de consultation ou les antécédents
- la difficulté d'avoir accès à des IDE pour un suivi de pathologie

On peut citer dans ce travail d'autres points, communs également à des études qualitatives nationales ou internationales (19–23).

- la durée de chaque consultation : en raison de l'interrogatoire, de l'explication des symptômes...
- des difficultés à organiser la prise en charge des patients sans couverture des soins de santé : difficulté d'obtenir des examens complémentaires, d'assurer un suivi pour le patient avec des conséquences socio-sanitaires en raison de l'accès réduit aux soins...
- une méconnaissance du système de santé par les patients migrants : la mauvaise compréhension du rôle des différents prestataires de soins et l'existence de différences dans les attentes liées au traitement.
- des différences d'interprétation de la maladie et du traitement prescrit et donc une moins bonne adhésion au traitement
- les différences culturelles, les pratiques religieuses et les coutumes. Cela peut mener aussi à des modes de pratiques différentes : ne pas venir aux rendez-vous, se présenter en retard ou demander une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical. Les examens cliniques peuvent s'avérer plus compliqués en raison d'une différence de code vestimentaire, d'un rapport au corps et à la nudité marqué par une pudeur différente de celle s'exprimant habituellement dans la santé occidentale.

6. Objectif de la thèse

6.1. Problématique

Depuis 2015, il est noté une augmentation du nombre des demandeurs d'asile dans l'agglomération de Pau comme rapporté par la DDCS. Ce constat est partagé par les acteurs de la santé sur le territoire de Pau, plus particulièrement ceux impliqués dans l'accueil des DA, tels les médecins de la PASS de médecine générale et ceux du CASO, de MDM, se traduisant par une augmentation du nombre de consultations. Ces dispositifs médicaux ne permettent pas

« d'absorber » le nombre de demandes de soins de plus en plus importantes. Normalement comme nous l'avons vu précédemment, après avoir fait une demande auprès de l'OFPRA, les demandeurs d'asile ont des droits ouverts leur permettant d'accéder à une consultation chez un médecin généraliste. Quand nous interrogeons les travailleurs sociaux, il est fait état de la difficulté de trouver des médecins généralistes qui acceptent de recevoir des patients demandeurs d'asile, pour différentes raisons qui feront l'objet de notre analyse. De ce fait, souvent les patients continuent à aller à la PASS ou au CASO de médecins du monde, pour une consultation.

Plusieurs thèses ont déjà été réalisées sur ce thème, mais celles-ci étaient plutôt qualitatives, sans classer l'importance de ces obstacles en consultation. Nous nous proposons alors d'étudier de manière statistique ces obstacles, déjà identifiés dans différentes régions et pays pour l'agglomération de Pau.

Question de recherche :

Quels sont les obstacles déclarés, par les médecins généralistes de l'agglomération de Pau, pour accueillir en consultation des patients demandeurs d'asile et leur importance ?

6.2. Objectifs

L'**objectif principal** de cette thèse est de quantifier les différents obstacles à l'accueil des demandeurs d'asile déclarés par les médecins généralistes dans l'agglomération de Pau.

L'**objectif secondaire** est d'identifier la fréquence des obstacles en fonction des caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu à l'étude.

Méthode de l'étude

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale quantitative de type enquête d'opinion.

2. Population

La population représentait les médecins généralistes en exercice dans l'agglomération paloise, c'est-à-dire dans les communes de Pau, Gelos, Lons, Lescar, Billere, Bizanos, Jurançon et Idron.

Critères d'exclusion :

- Médecin non installé ou retraité
- Exercice autre que celui de la MG (angéiologue, acupuncture, homéopathie exclusive, médecine du sport)

3. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de cette étude était la fréquence des obstacles exprimés par les médecins généralistes à la consultation de médecine générale pour les patients demandeurs d'asile.

4. Aspect réglementaire et éthique

La conformité de l'étude aux préconisations de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été assurée par son inscription au registre des recherches de l'université par la Délégué à la Protection des Données (DPD).

5. Déroulement de l'étude

5.1. Élaboration et contenu du questionnaire

Nous avons décidé de construire ce questionnaire en deux parties principales avec trois sous-parties dans la 2eme :

- une première partie nous permettait d'obtenir les caractéristiques socio-démographiques des médecins et des données complémentaires générales
- Une deuxième partie permettait de quantifier le niveau de difficulté estimé par les médecins interrogés lors de leurs consultations concernant les demandeurs d'asile. Les questions posées dans l'enquête sont des questions fermées à choix simple. Il a été décidé de proposer, sur une échelle de Lickert, quatre niveaux de réponses, permettant de mieux affiner les résultats sans les complexifier.

5.2. Recrutement des médecins

Les numéros de téléphone des médecins nommés généralistes sur le site *ameli.fr* ont été récupérés et comparés avec les pages jaunes sur internet. 120 médecins différents ont été répertoriés.

Par la suite, tous les numéros ont été appelés pour :

- Expliquer le contexte de la thèse, le fonctionnement du questionnaire
- Demander et obtenir les adresses mails des médecins

5.3. Diffusion du questionnaire et recueil des résultats

Le questionnaire (réalisé sur le logiciel *limesurvey*) a été envoyé le 15 Septembre 2020 par mail avec un lien. Il a été nécessaire procéder à 4 relances par mail. Il a été arrêté le 06

Décembre 2020, afin de disposer d'un minimum de 30% de réponse.

6. Mode d'analyse des données

Il a été créé une variable avec le taux de CMU récupéré. Celui-ci représente un *taux de majoration* et afin d'avoir un pourcentage de CMU, un calcul fourni par la sécurité sociale et retrouvé sur le site internet (30) a été appliqué :

(taux de majoration x 2) + 7

Une variable de score global par médecin a été calculé. Une valeur de -2 et -1 pour respectivement « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord », ainsi que +1 et +2 pour « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » a été pris, dans une hypothèse d'avoir des intervalles d'égales distances entre les questions positives ou négatives. Plus le score est haut et plus il est ressenti une difficulté de la part du médecin. Ce score global peut aller de -32 à + 32.

Une analyse a été réalisée avec un logiciel statistique de type R. Ce logiciel a permis de faire une analyse univariable multiple.

Le test de chi2 a été utilisé pour les analyses bivariées. Pour la comparaison des valeurs d'une variable quantitative en fonction des modalités d'une autre variable qualitative, un test du t de Student ou un test de Kruskal-Wallis ont été utilisés.

Les corrélations entre deux variables quantitatives ont été évaluées par un coefficient de corrélation de Pearson.

Pour les analyses statistiques un seuil de significativité de 5 % a été choisi ($p<0,05$).

Résultats

1. Déroulement de l'étude

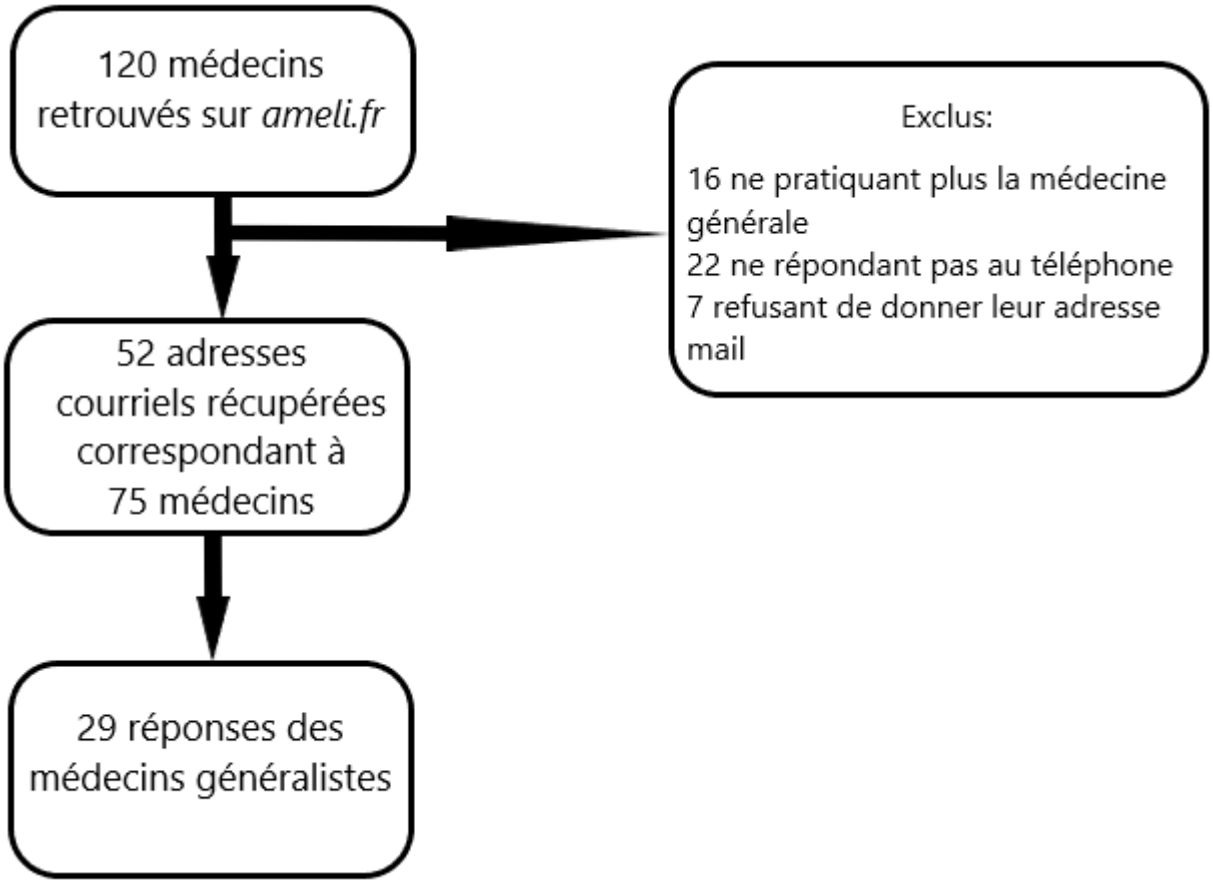


Figure 3: Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population d'étude

2.1. Données socio-démographiques

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins inclus (N= 29)

Caractéristiques	N (ou moyenne)	% (ou IC95)
Sexe homme	11	37,9
Age	50,8	[46,8 ; 54,8]
Pourcentage de CMU dans la patientèle	32,6	[25,3 ; 39,8]
A reçu des patients DA dans les 5 dernières années	23	79,3
Prend des nouveaux patients	15	51,7
Zone d'installation		
Centre-ville	2	6,9
Urbain	21	72,4
Péri-urbain	6	20,7

3. Description univariée des résultats concernant les difficultés de prise en charge des patients DA

Tableau 2 : Difficultés exprimées par les médecins inclus (N= 29)

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Lors du déroulement de la consultation :								
Le retard éventuel des patients à la consultation	9	31	6	20,7	13	44,8	1	3,4
L'absence d'accès aux informations concernant les antécédents médicaux ou les bilans	3	10,3	1	3,4	16	55,2	9	31
L'impression de retard de prise en charge	5	17,2	8	27,6	11	37,9	5	17,2
L'expression subjective des symptômes	4	13,8	6	20,7	10	34,5	9	31
La difficulté d'obtenir des examens complémentaires	1	3,4	8	27,6	12	41,4	8	27,6
La longueur des consultations	1	3,4	6	20,7	11	37,9	11	37,9
L'examen clinique alors que le patient et le médecin sont de sexes différents	9	31	15	51,7	4	13,8	1	3,4
Le suivi des patients après la consultation	4	13,8	8	27,6	15	51,7	2	6,9
Le sentiment d'isolement des médecins généralistes face aux patients demandeurs d'asile	2	6,9	9	31	14	48,3	4	13,8
La barrière de la langue :								
La barrière de la langue de manière générale	0	0	0	0	9	31	20	69
La barrière de la langue lorsque le motif de consultation est recherché	0	0	1	3,4	8	27,6	20	69
La barrière de la langue lorsque les pathologies et les ordonnances sont expliquées	0	0	0	0	9	31	20	69
La barrière de la langue lorsque la prévention et le dépistage est abordé en consultation	0	0	0	0	9	31	20	69
Lors des problèmes administratifs :								
La communication avec les partenaires sociaux	3	10,3	9	31	10	34,5	7	24,1
La difficulté psycho-sociale des consultations	1	3,4	5	17,2	11	37,9	12	41,4
L'avance de la CSS lors des consultations	8	27,6	9	31	6	20,7	6	20,7

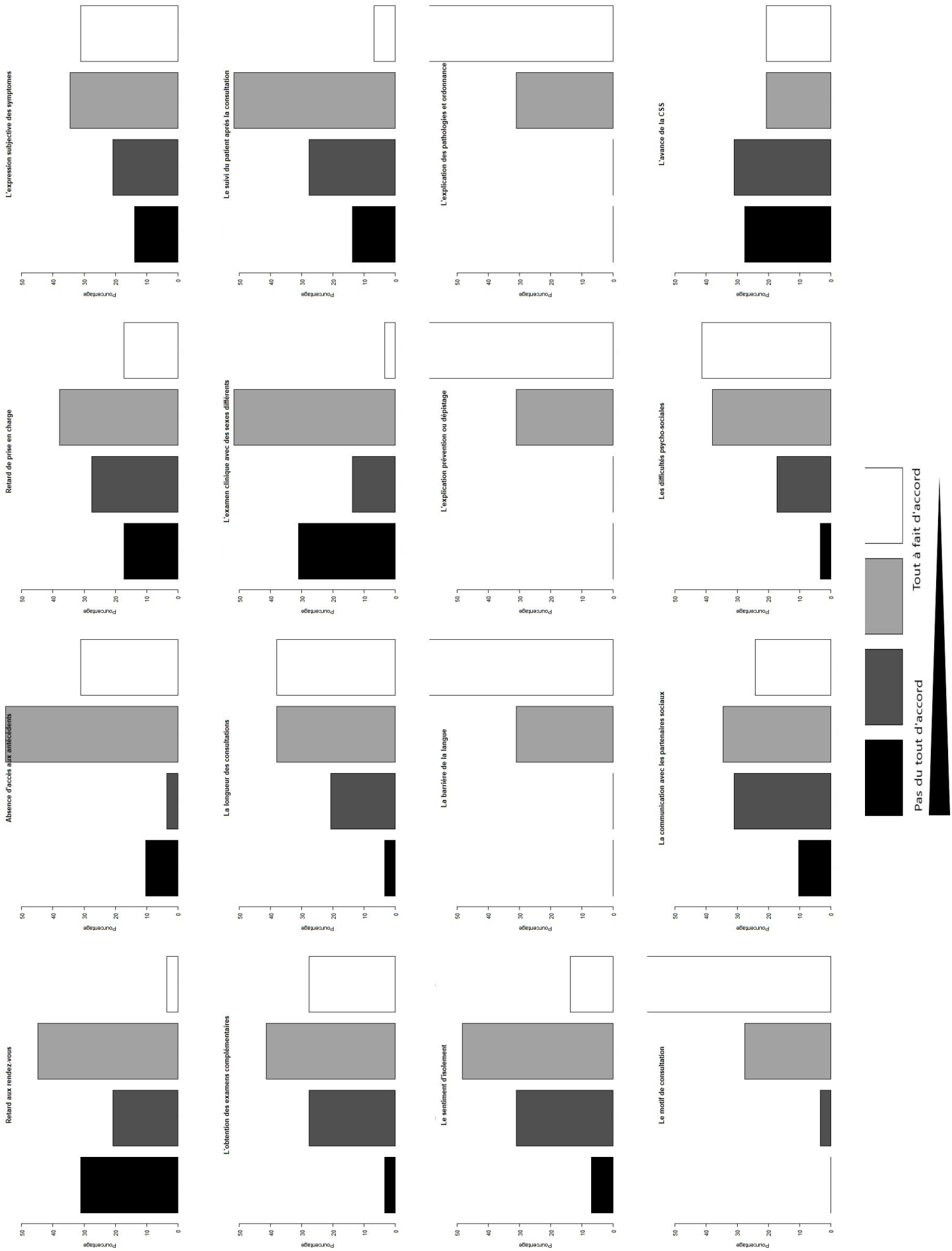


Figure 4: Histogrammes des différentes questions en analyse univariée

4. Analyse bivariée des résultats

4.1. Corrélation des niveaux de difficultés ressenties :

Une matrice de corrélation a été utilisée pour évaluer la dépendance entre plusieurs variables en même temps. Elle pouvait avoir une valeur comprise entre -1 et +1. Plus la valeur absolue du coefficient était importante, plus la relation linéaire entre les variables était forte. Le signe du coefficient indiquait la direction de la relation. La figure 4 (p 37) représentait cette analyse.

Elle a montré tout d'abord que tous nos coefficients étaient positifs, ce qui confirmait l'analyse faite : tous les répondants étaient en proie à des difficultés.

Les valeurs se répartissaient de 0,027 au minimum à 0,95 (en dehors du chiffre 1 retrouvé dans la relation linéaire parfaite obtenue logiquement sur la bissectrice de la matrice).

Pour distinguer différents groupes de corrélation, nous allons nous baser sur le p qui est utilisé en tant que valeur de proportionnalité afin d'étudier la significativité statistique d'un résultat. Dans nos résultats, nous avons distingué un groupe avec de très forte corrélation, équivalent à un p en dessous de 0,001, et de forte corrélation, avec un p en dessous de 0,01.

Dans le cas des très fortes corrélations (donc p <0,001) nous avons pu compter celles au-dessus ou égales à 0,66.

Il y avait une très forte concordance entre les différents items correspondant **aux difficultés linguistiques**, ainsi qu'en ce qui concernait **le suivi du patient et le sentiment d'isolement du médecin généraliste** avec un coefficient à 0,66 (p = 4,5e-05).

Nous avons noté une très forte concordance entre la difficulté de communication avec les partenaires sociaux et la difficulté psycho sociale que ressentaient les médecins généralistes avec un coefficient à 0,66 et un p = 3,6e-05.

Les fortes corrélations (p=[0,01;0,001]), seraient celles entre 0,56 et 0,61.

Nous avons pu alors les constater entre **l'absence d'accès aux antécédents du patient et la communication avec les partenaires sociaux**, mais également entre **l'accès aux antécédents, les difficultés psycho-sociales, la longueur des consultations**. Enfin une corrélation existait entre le **suivi du patient et l'avance de la CSS**.

Les **corrélations positives** ont été affichées en bleu et les **corrélations négatives** en rouge. L'intensité de la couleur et la taille des cercles ont été proportionnelles aux **coefficients de corrélation**. A droite du **corrélogramme**, la légende de couleurs a montré les **coefficients de corrélation** et les couleurs correspondantes.

Toutes les concordances avec un $p < 0,05$ sont encadrées en gras.

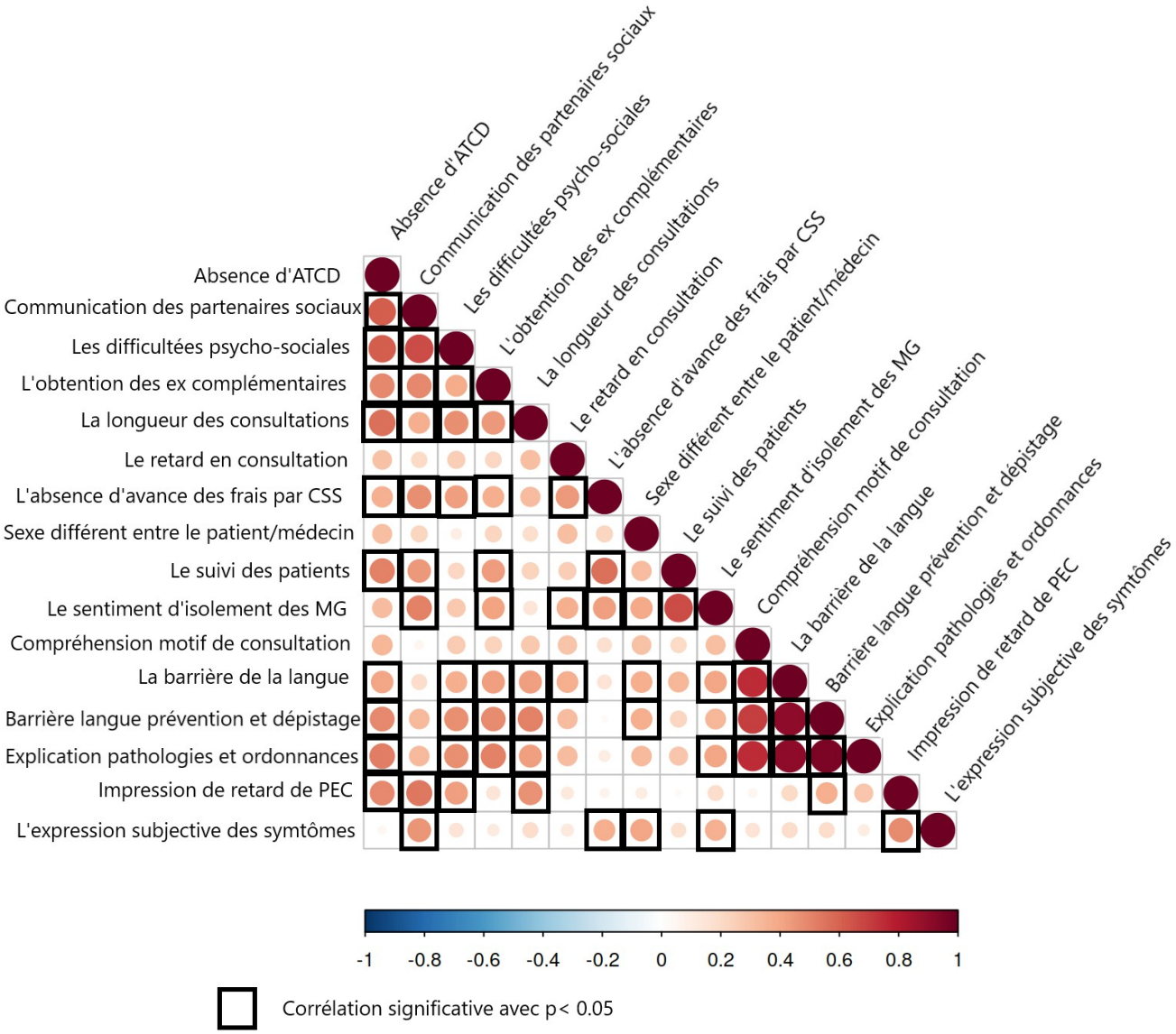


Figure 5: Graphique de corrélation entre les différentes questions

L'ensemble des résultats est exposé en annexe 3.

4.2. Description des difficultés ressenties avec les caractéristiques des médecins

Nous avons étudié les différentes caractéristiques socio-démographiques qualitatives (le sexe, la zone d'activité, la prise de nouveaux patients, le fait d'avoir vu des DA dans les 5 dernières années) en fonction des différentes questions posées.

Les seules différences significatives ($p<0,05$) retrouvées ont été:

- la difficulté psycho-sociale des consultations ($p=0,017$) ressortait plus chez les femmes que chez les hommes
- l'avance de la CSS ($p=0,024$) était une difficulté plus ressentie chez les femmes que chez les hommes
- les médecins en milieu urbain ressentaient plus de difficultés sur le suivi du patient que les médecins situés en centre-ville et en péri urbain ($p=0,024$)

4.3. Diagrammes en radar

En fonction des différents résultats nous avons voulu réaliser un **diagramme en radar** qui a consisté à représenter sur un plan en deux dimensions les différentes données obtenues. Ils nous permettaient d'étudier les profils des médecins en fonction de leurs réponses. En raison de l'effectif trop réduit, ils n'étaient pas exploitables. Ils sont mis en annexe 5.

5. Analyse de la variable « score »

5.1. Analyse uni-variée :

La variable de score calculée a retrouvé une moyenne de 9,9 (IC95 [6,4;13,4]).

5.2. Analyse bivariée :

Tableau 3 : Analyse bivariée de la variable score en fonction des caractéristiques des médecins (N=29)

Caractéristiques	Moyenne Corrélation (cor)	IC95	p
Sexe (H/F)	8 11	[-5,3;11,4]	0,4
Age	-0,1 (cor)	[-0,5;0,3]	0,5
Pourcentage de CMU dans la patientèle	-0,3 (cor)	[-0,6;0,1]	0,2
A reçu des patients DA dans les 5 dernières années Oui/Non	12,3 9,2	[-10,1;16,3]	0,6
Prends des nouveaux patients Oui/Non	10 9,8	[-7,2;6,8]	0,9
Zone d'installation			
Centre-ville	4,5	[-179,7;188,74]	
Urbain	10,3	[7,0;13,3]	0,9
Péri-urbain	10,2	[6,0;14,7]	

Analyse multivariable : modèle prédictif du questionnaire

Les différents scores calculés ont été analysés en fonction des différentes données socio-démographiques dans un modèle prédictif. Néanmoins du fait de la petite taille de l'échantillon aucune variable n'apparaissait avec un p de petite taille ou significatif.

Nous avons pu, cependant, trouver plusieurs tendances. (les figures sont représentées en annexe 6 p 101) :

- Dans l'analyse en **fonction de l'âge**, il apparaîtrait que ce soient les plus jeunes médecins qui rencontraient le plus de difficultés dans leurs consultations.
- Il semblerait que ce soient les **femmes** qui rencontraient le plus de difficultés.
- Plus le taux de patients bénéficiaires de la CSS dans la patientèle du médecin était faible plus celui-ci semblait rencontrer de difficultés.
- Le fait de **prendre de nouveau patient** ne paraissait pas être un marqueur de difficulté.
- **Ne pas avoir vu des demandeurs d'asile dans les cinq dernières années** conduisait

pour un médecin à percevoir une plus grande difficulté.

6. Résultats à la question ouverte

Plusieurs types de remarques ont été faites par 11 médecins sur les 29 ayant répondu.

- Des remarques sur les aides possibles pour les médecins et celles déjà utilisées : souhait d'interprètes en présentiel (pas de précisions sur le type d'interprète, professionnel ou tiers accompagnant), l'importance de médecins du monde pour les DA
- Des idées de réponses à construire pour accompagner les médecins lors des consultations : outils de traduction de langue en ligne

Les remarques sont mises en annexe 5.

Discussion

1. Discussion de la méthode

1.1. Choix de la méthode

Recherche bibliographique **:**

Les thèses qui ont été étudiées (3,19–22) pour créer le questionnaire traitaient du problème de la précarité de manière plus globale d'une part et des inégalités sociales de santé (ISS) d'autre part. La définition de la précarité, par le père J. Wresinski (25), est la suivante : « *la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.* » On peut considérer que cette définition s'applique bien aux patients demandeurs d'asile et nous avons donc décidé de prendre en référence ces études.

Construction du questionnaire :

Il est important dans un premier temps de rappeler la définition même de la médecine générale d'après la société européenne de médecine générale écrite en 2002 (26) (celle-ci a été actualisée en 2005 mais les principes généraux sont restés les mêmes) :

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont les médecins traitants de chaque patient, chargée de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent [...] soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel [...] ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. »

Le questionnaire a été construit en suivant le déroulement d'une consultation de médecine générale et en analysant quelles pourraient être les difficultés : de l'accueil du patient à l'explication de l'ordonnance.

Pour l'étude d'une consultation de plus longue durée, la définition est moins précise et dépend des médecins eux-mêmes. Nous avons décidé de retenir un temps moyen de

consultation de médecine générale d'une durée de 15 minutes en se basant sur les différentes données obtenues dans les quelques articles évoquant le sujet (27,28).

Des définitions avaient été au préalable choisies lors de l'élaboration du questionnaire :

- Centre- ville : le quartier le plus central et le plus animé d'une ville
- Urbain : le quartier dans l'agglomération où la circulation peut se faire à pied à partir du centre-ville
- Péri-urbain : le quartier plus en périphérie de la zone urbaine où il peut être nécessaire de prendre un transport que ce soit personnel ou en commun pour s'y rendre.

Ces définitions n'ont pas été précisées lors de la diffusion du questionnaire, laissant alors libre interprétation aux médecins.

Enfin, afin de permettre aux différents médecins interrogés de nous faire bénéficier de leur expérience spécifique, d'informations ou de remarques, s'ils le jugeaient utile, une question ouverte a été posée terminant le questionnaire.

Le questionnaire final se retrouve en annexe 1.

La diffusion du questionnaire :

Pour établir cette liste, nous avons eu recours aux sites d'*ameli.fr* et des *pages jaunes* permettant de recenser l'ensemble des médecins généralistes de la région nous interessant. Néanmoins, nous avons fait l'hypothèse que les données sur ces sites étaient bien à jour, ce qui peut être discutable.

1.2. Biais de l'étude

Le principal biais présent dans notre étude est celui de **l'auto-sélection** : la réponse à notre questionnaire dépendait du bon vouloir du médecin : du temps qu'il avait à consacrer à ce questionnaire et surtout à son degré d'implication. Nous supposons que les médecins qui étaient déjà plus ou moins impliqués dans la prise en charge des demandeurs d'asile ont répondu à notre questionnaire. Certains médecins ont d'emblée refusé de donner leur adresse mail soit pour des raisons de disponibilité, soit parce que le sujet ne les intéressait pas.

Il est également notable que les médecins qui ne veulent ou ne peuvent pas recevoir des patients demandeurs d'asile ne figurent pas dans les réponses à ce questionnaire. Toutefois, parmi les médecins ayant répondu, 20,6 % d'entre eux n'avaient pas vu de demandeurs d'asile au cours des 5 dernières années. Il peut se poser la question alors d'un **biais de mémorisation** et de la légitimité des réponses aux questionnaires alors qu'ils n'ont vu aucun DA dans les 5 dernières années : celles-ci seraient plutôt basées sur une **représentation** des consultations et de ces obstacles.

Biais de non représentation : l'examen de nos résultats nous a permis de relever que la population interrogée ne semblait pas représentative de la population des médecins des Pyrénées-Atlantiques. Notre question de recherche nous a permis d'obtenir des résultats dans un territoire donné et défini.

1.3. Points forts de l'étude

- Notre choix de limiter à Pau et à son agglomération le territoire de notre enquête a probablement eu un impact sur la non représentativité, mais elle a également l'avantage de rester très locale.
- L'anonymat de notre étude a permis aux médecins de répondre librement sans craindre un biais de jugement.
- Notre échelle de likert a obligé les médecins à prendre parti sur une réponse.

1.4. Points faibles de l'étude

Le faible nombre de participants

29 médecins ont répondu à notre questionnaire sur 120 répertoriés, ce qui représente 24,2%. Ce faible échantillon ne nous a pas permis de réaliser une analyse approfondie ni de conclure sur de nombreuses analyses statistiques réalisées.

La non-représentativité de l'échantillon

Sur plusieurs points, notre échantillon n'est pas représentatif :

- Dans notre panel d'étude, il y avait 62% de notre population qui était des femmes. Selon les données (29) de l'ordre des médecins, la proportion de femme médecin dans les Pyrénées-Atlantiques est de 47%. Après un test binomial (avec un α = 0,05%), p-value = 0,13, l'échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques.
- Pour l'âge, il est à noter que selon le site de l'ordre des médecins (30), l'âge moyen des médecins généralistes des Pyrénées Atlantiques est de 56,4 ans, l'âge moyen calculé dans notre étude est de 50,8 ans.
- Pour le calcul du pourcentage de CMU dans la patientèle des médecins, nous avons obtenons un pourcentage de 32,6% de moyenne avec un minimum de 12,7% et un maximum de 83,9% ce qui constitue un écart important. Le taux de 83,9% était isolé, surtout en comparaison du taux national de 7%. Nous avons étudié le pourcentage de patient bénéficiant de la CSS dans les villes retenues de notre panel qui est de 12,7%. Deux hypothèses peuvent être faites :
    - Certains médecins ont eu mauvaise lecture de ce chiffre
    - Notre panel de médecin était erroné et orienté socialement par leur intérêt du sujet de thèse.

2. Analyse de la barrière linguistique et culturelle

2.1. La principale difficulté ressentie

Il apparaît clairement dans les résultats que la plus grande difficulté rencontrée par les médecins généralistes de notre étude est la difficulté du langage et de la communication. La barrière de la langue impacte l'ensemble de la consultation que ce soit dans l'interrogatoire, à la conduite de l'examen clinique, à l'explication des ordonnances ou des pathologies, à celles

liées à la prévention, aux dépistages.

La communication, un outil principal :

Lors d'une consultation chez le médecin généraliste (31) la communication est un outil essentiel. Elle facilite l'établissement d'un diagnostic, le soutien et le réconfort, et permet de transmettre les explications et les conseils. Cela joue aussi un rôle important dans l'adhésion du patient au traitement.
La communication avec les patients demandeurs d'asile peut être difficile, en raison de leurs différences culturelles et leurs différences de priorité.

D'après le livre sur la communication de Richard C, et Lussier MT (31) il existe 5 principales difficultés à une bonne communication entre un patient défavorisé et un médecin :

- les limites dans les connaissances et le langage du patient
- la méconnaissance du médecin quant à la situation et à la réalité du patient
- le manque de temps du médecin
- les perceptions négatives et les attentes du médecin
- le comportement du patient économiquement défavorisé

Cette difficulté se retrouve aussi bien du côté des médecins que du côté des patients demandeurs d'asile, comme le témoigne la thèse de S Le Coff (32), qui a récolté des témoignages de patient demandeur d'asile qui vont consulter à la PASS. Cette difficulté a été également retrouvée dans la thèse quantitative de Salomon M (47) sur la communication des patients syriens lors des consultations avec des médecins généralistes. Elle montrait que les patients estimaient à 79,5% que l'accompagnement par une personne extérieure était problématique. Il était noté plusieurs causes : l'accompagnant n'était pas toujours disponible, par ailleurs un problème de pudeur pouvait se poser du fait de la présence du tiers. La confidentialité et le non contrôle de la fidélité de la traduction étaient aussi des difficultés soulevées.

La barrière linguistique :

Dans plusieurs études, nationales ou internationales (22,34,35), il est mis en évidence que, pour beaucoup de médecins, la différence de langage entraîne des conséquences lors de

la consultation :

- Éliminer des diagnostics différentiels et donc faire plus d'examens complémentaires,
- Pousser l'interrogatoire pour essayer de comprendre plusieurs expressions qui aideront à faire avancer le processus de diagnostic,
- Faire un examen clinique plus approfondi pour se rassurer et ne pas oublier d'autres symptômes.

Il existe différentes formes de communication :

- La communication non verbale,
- La communication verbale
- La communication à l'aide de pictogramme, des sites de traduction en ligne et applications pour smartphones, des lexiques, des questionnaires et consignes traduits en différentes langues

La **communication non verbale** comprend les gestes et actions, le langage du corps, l'utilisation d'onomatopées, le ton ou la durée de la voix, le toucher et influence l'interprétation de la pensée ou du ressenti que l'on a de son interlocuteur. Elle peut renforcer ou contredire ce que la communication verbale nous transmet et représente un apport important mais non suffisant dans la communication notamment avec les patients parlant peu ou pas français.

La communication verbale (31), dont la définition est dans les mots, peut être directe ou à l'aide d'un interprète professionnel ou à l'aide d'un tiers non formé à l'interprétariat (que ce soit quelqu'un de la famille, ou non). Les limites de la personne non formée à interprétariat (proche ou non) (figure 6 p45) est dans la relation médecin/patient qui devient plus complexe : le patient n'ose pas tout dire, les questions sont mal posées ou l'interprétariat est trop émotionnel.

Autres moyens de communication :

L'HAS(36) avait recensé également les autres moyens de communication. Elle a bien conscience de l'absence de temps et de financement dans le cadre du libéral ou dans les situations plus urgentes. Elle explique dans la figure 6 (p 45) les limites de chaque moyen.

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à un tiers non formé à l'interprétariat	• le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ; • non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat : › non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat, › non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ; • un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal.
Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais)	• souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales.
Pictogrammes	• communication unilatérale ; • les pictogrammes ne sont pas universels ; • les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maitrisés ; • difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication.
Sites de traduction en ligne	• communication unilatérale, dans la plupart des cas ; • ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ; • ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ; • réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ; • les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation.

Figure 6: Autres moyens de communications : limites et risques, source: recommandations HAS (36)

Dimension culturelle :

Indépendamment de la différence sociale et de la différence de langage, souvent c'est la différence culturelle qui peut être également difficile. Chaque patient a son propre système de référence culturelle qui influence la relation médecin/patient. Il ne s'agit donc pas de traiter une personne en fonction de son origine : marocaine, albanaise, syrienne..., mais bien de

développer une écoute et une vigilance par rapport à la réalité du patient, quelle qu'elle soit.

Pour développer cette importance de différence culturelle, nous pouvons revenir sur les bases anthropologiques : la médecine occidentale est fondée sur une différence entre la représentation de la maladie par le patient qui est plus « subjective » et la représentation du médecin qui est plus « objective ».

Lors d'une consultation, deux cultures s'opposent : celle du patient et celle du médecin. Celle du patient a été définie sur un plan plus anthropologique repris entre autres par Leriche et Canguihlem (52). Si nous reprenons la maladie du point de vue du patient (31,38), la clinique est construite en fonction du contexte social, politique, économique, historique, environnementaux et culturel qui l'entoure. Ce contexte est d'autant plus important chez les patients qui présentent un parcours compliqué pour arriver en France comme les patients demandeurs d'asile.

Notre vision de la médecine et notre façon de la pratiquer tel que nous l'avons appris dans nos études est basée sur « l'Evidence Based Medecine » (EBM), c'est à dire la médecine fondée sur des faits. Nous avons appris à nous baser sur des études scientifiques. Il faut aussi prendre en compte qu'il existe chez le médecin une vision liée à sa propre culture également. En effet, le clinicien doit être conscient des biais introduits par sa propre appartenance culturelle en situation d'examen et donc à interpréter en fonction de son identité individuelle, sociale, professionnelle et culturelle.

Comme le précise Hirsh E (39), il faut aussi connaître les limites de la culture. Certes il est important de la prendre en compte mais il est aussi important de comprendre que c'est un « élément à saisir dans l'ensemble qu'est la personne malade ». On doit trouver un équilibre entre la culture et l'objectivité de la médecine. Cette dimension culturelle peut être à la fois « *un levier thérapeutique* » mais aussi une limitation dans la prise en charge par rapport aux soignants qui se sentent peu formés et impuissants. La culture ne marque pas l'ensemble de la compréhension du patient et de sa pathologie mais c'est un élément à prendre en compte parmi également les déterminants socio- économiques.

Expression des symptômes :

Elle représenterait une difficulté pour un peu plus de la moitié des médecins

interrogées. On note qu'il n'y a pas de forte corrélation entre la difficulté de langage et l'expression des symptômes. Nous pourrions interpréter cela par le fait que les médecins ressentent que la différence culturelle est moins une difficulté que la différence de langage.

Nous retrouvons dans l'étude de A-Y Guillou (34) que l'expression des symptômes est modulée par les origines culturelles. Les médecins en ont bien conscience mais la difficulté persiste pour la traduction des plaintes de leurs patients.

La pathologie mentale représente une part importante des diagnostics posés (études du comité pour la santé des exilés (COMEDE) (40) et de l'institut national d'études démographiques (INED)). Mais pour des raisons culturelles (41) ou par pudeur, c'est souvent une plainte somatique qui est présentée, et pour la plupart du temps de type algique.

Résumé :

- La communication est l'une des difficultés majeures pour les médecins généralistes interrogés.

- Il y a une barrière qui peut se former entre le médecin et le patient en terme de communication. Elle peut prendre deux formes : une barrière linguistique pure et une barrière culturelle.

3. Analyse des difficultés pour la consultation des DA

3.1. Retard du DA à la consultation

En analysant la réponse, légèrement plus de la moitié des médecins ne trouvaient pas que les retards des DA aux consultations étaient un obstacle.

Le retard peut générer un certain nombre de difficultés et avoir des conséquences sur la qualité de la consultation :

- Altérer la relation avec le patient
- Modifier sa façon de travailler

- Gêner le médecin notamment sur sa façon de gérer les consultations, particulièrement si la consultation annoncée est longue et complexe

Le retard au rendez-vous concernant les patients demandeurs d'asile a été évoqué dans différentes thèses (3,42). Celles-ci parlent surtout des patients précaires et le sujet n'est pas développé. Le retard en consultation est un problème général qui n'existe pas seulement pour les patients demandeurs d'asile.
Dans la thèse de S. Ernst et I. Meriaux (43), il a été discuté de la stigmatisation du patient bénéficiaire de la CSS (ancienne CMUc) et des retards en consultation. Souvent elles ne sont pas forcément fondées et peuvent par contre amener à s'interroger sur l'organisation du cabinet médical.

3.2. Obstacles lors des différentes parties de la consultation

Difficulté d'accès aux antécédents :

C'est une des principales difficultés retrouvées. Sa corrélation avec l'impression de retard de prise de charge par les médecins généralistes est significative. Mais cette « impression de retard de prise en charge » étudiée de manière uni-variée, est plus partagée entre les médecins.

L'absence d'antécédents disponibles pour le médecin peut entraîner une majoration de prescription d'examens complémentaires pour des symptômes qui ont déjà été explorés. Il peut alors entraîner une impression de retard de prise en charge si les examens réalisés sont longs, ou si le patient tarde à reconsulter.

L'item « d'absence d'accès aux antécédents » est également corrélé de manière forte :

- à la communication avec les partenaires sociaux,
- aux difficultés psycho-sociales
- à la longueur des consultations.

La difficulté de communication avec les travailleurs sociaux peut entraîner une méconnaissance des démarches déjà réalisées, des papiers à prendre pour aller consulter... En général, les intervenants sociaux sont les premiers à rencontrer les DA, forment les

dossiers administratifs et recueillent les premiers éléments constituant le dossier médical. Ils sont rarement présents lors de la consultation et les DA n'apportent pas toujours les papiers. Cette corrélation témoigne peut-être d'un manque d'information sur le rôle de chacun et surtout d'un manque de coordination. La prise en charge sociale, même si elle ne fait pas partie intégrante du rôle du médecin, est une information nécessaire car elle peut changer le cours de la consultation.

Le temps d'une consultation qui peut être déjà long en raison de la différence de langage, d'une situation psycho-sociale complexe, peut se rallonger avec l'absence d'antécédents et le temps nécessaire pour les récupérer.

Comme nous l'avons vu plus haut, il existe un examen clinique et biologique qui est fait lors de l'acceptation de la demande d'asile dans le cadre de l'OFII. A Pau, une convention a été établie entre les CADA et le PRAHDA avec le centre d'examen de santé de la CPAM pour les DA primo-arrivants. Il permet ainsi à chacun d'entre eux de bénéficier d'un examen clinique et para-clinique assez complet. Un compte-rendu, sous forme papier, est ensuite adressé au patient ainsi qu'au médecin de son choix. Dans les faits, ce sont essentiellement les médecins de la PASS de médecine générale qui en sont destinataires, puisque la plupart des DA n'ont pas de médecin traitant. Il faut que le patient pense à prendre ces documents pour les présenter au médecin lors de la consultation.

Difficulté sur l'impression de retard de prise en charge :

Une prise en charge précoce des patients demandeurs d'asile (44,45) permet d'éviter des conséquences néfastes pour ces patients. Celles-ci peuvent aussi s'illustrer en termes de santé publique, par exemple dans le cas des maladies contagieuses. Une maladie prise en charge tardivement est souvent plus onéreuse à traiter.

La façon de se situer par rapport à la maladie et la manière de pratiquer la médecine ne sont pas toujours les mêmes dans tous les pays et varient selon les cultures. En France, la prévention est un des axes principaux de la médecine générale. En effet il a même été renforcé par la loi de santé de 2017 (46).

La démarche personnelle permettant d'intégrer l'importance de la prévention n'entre pas systématiquement dans les habitudes culturelles de certains patients et ceux-ci y adhèrent

moins (20,22,34,47,48). Elle est en partie dûe aux difficultés d'accès aux soins dans leur pays, que ces difficultés soient liées à un manque de structure ou à des problèmes financiers. La plupart des pays d'origine des DA pratiquent plutôt une médecine curative qui est en général tardive et qui diffère de la médecine occidentale.

La prévention, concernant les demandeurs d'asile, fait partie d'une des dimensions stratégiques de leur prise en charge sur le plan de la santé, que ce soit au niveau national ou européen (49). Sur ce point, l'étude de A-Y. Guillou (34) montre que les médecins se sentent en majorité désemparés vis-à-vis de la prévention, par exemple l'arrêt du tabac ou l'alimentation à risque, ainsi que l'explication de prévention à destination des enfants...

Une étude de Huaume et al (47) réalisée en 2017 comparait les motifs de consultations des patients DA au CASO et des patients en médecine générale de ville. Cette étude relevait que les situations de prévention sont peu fréquentes dans les consultations des CASO (0,1%) alors que c'était le premier motif de consultation en médecine générale.

Motif de consultation :

Le motif de consultation est essentiel pour démarrer une consultation. Il est compliqué, à cause de la barrière de la langue. La plupart des médecins de l'étude confirmaient cette difficulté.

Il existe beaucoup d'idées fausses et d'appréhensions à propos des consultations auprès des patients demandeurs d'asile. L'étude de Huaume (47) montre que les motifs de consultations en CASO et en médecine de ville ne sont pas différents si l'on fait abstraction de la prévention (figure 7 p51).

On note surtout des motifs de consultation avec des plaintes somatiques ou psychosomatiques demandant plutôt de la réassurance et/ou des prescriptions de médicaments de type symptomatiques. Les consultations dans les CASO comportaient plus souvent une prescription médicamenteuse qu'en médecine de ville.

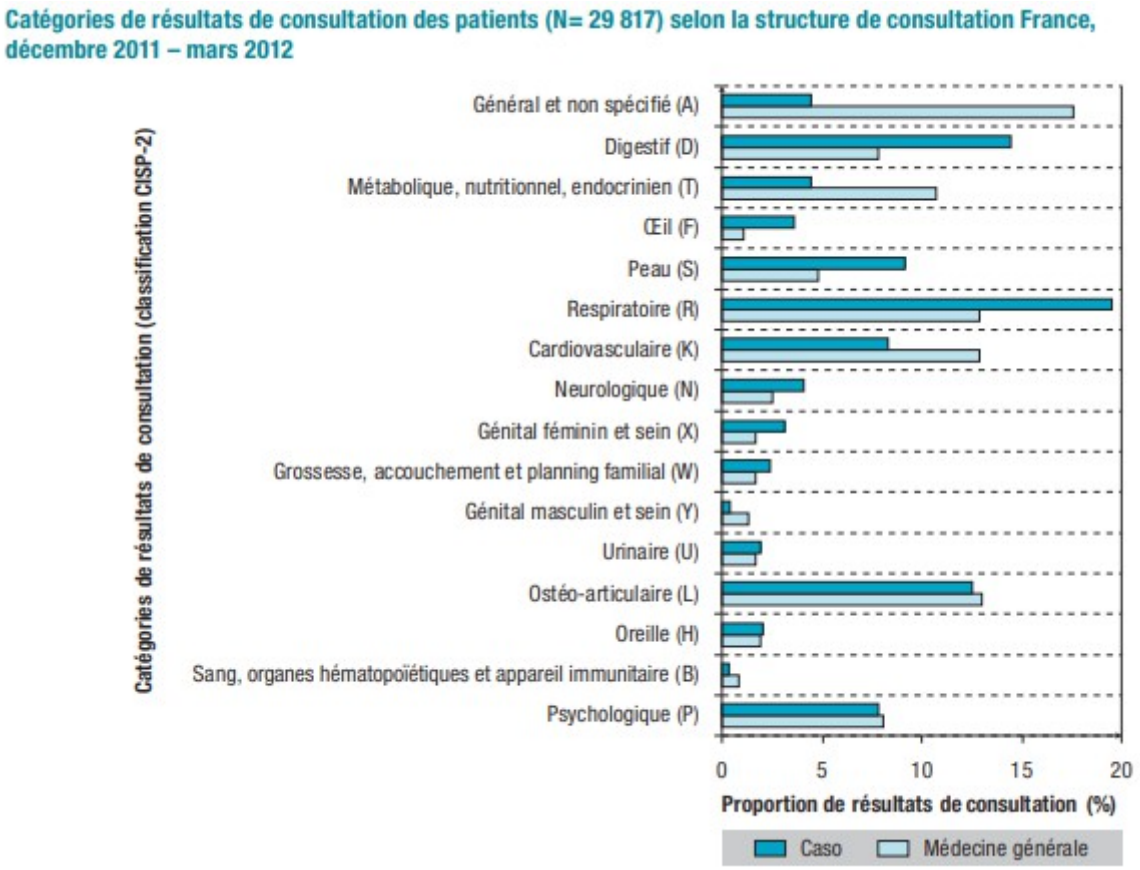


Figure 7: Catégories de consultations des patients selon la structure de consultation (47)

3.3. Suivis et suite des consultations

L'examen clinique si le patient et le médecin sont de sexes différents :

La grande majorité des médecins interrogés dans notre étude ne rencontreraient pas de difficultés particulières à l'examen clinique même si le patient et le médecin dont de sexes différents.

Cette difficulté avait pourtant été évoquée dans la thèse de F Zime (21) qui se déroulait alors en Picardie. Des médecins de sexe différent de leurs patients décrivaient un examen clinique qui était réalisé, mais ressenti de « manière embarrassée » par le médecin ainsi que par le patient.

Difficulté à obtenir des examens complémentaires :

Il semblerait que ce soit une des difficultés retrouvées pour une petite majorité des médecins intérrogés.

Dans le livre de la communication professionnelle en santé (31), il est précisé que le fait d'avoir des difficultés à comprendre le patient peut amener à augmenter le nombre de prescription d'examens complémentaires et de prescription de médicaments.
Un article de O. Lefebvre et D. Maille (50) explique que les difficultés d'accès ou de maintien dans la durée d'une protection maladie peut constituer une difficulté à obtenir à des examens complémentaires.

Le médecin peut aussi s'interroger sur le devenir de la suite de la consultation et du suivi des patients : prendre le rendez-vous si le patient ne parle pas français, savoir où aller...

Sentiment d'isolement des médecins généralistes :

Le sentiment d'isolement serait une difficulté ressentie par la majorité des médecins généralistes.
Le sentiment d'isolement est un item qui peut se lire de différentes façons :

- isolement lié au mode d'exercice du médecin généraliste
- isolement par rapport aux autres intervenants qui accompagnent le DA dans ses différentes démarches

La corrélation la plus importante pour le sentiment d'isolement est celui avec le suivi du patient, mais nous retrouvons également des corrélations avec la communication des partenaires sociaux, l'obtention avec les examens complémentaires, le retard à la consultation, l'avance de la CSS, l'expression subjective des symptômes ainsi que les items sur le langage avec la barrière de la langue et l'explication des pathologies et des ordonnances.

Globalement le médecin généraliste est seul dans la prise en charge du patient que ce soit au début de la consultation, pendant son déroulement puis à la fin. C'est souvent un sentiment qui existe dans le cadre de la médecine générale libérale et cela peut être une difficulté, d'autant plus lors d'une consultation présentant déjà d'autres caractéristiques telles que la précarité, la différence de langue, de culture...

Ce sentiment d'isolement est retrouvé, dans une thèse de MG quantitative sur l'intérêt des réseaux médecin de ville-PASS (51), comme une des principales difficultés retrouvées lors de la prise en charge des patients précaires.

Les difficultés dans le suivi du patient :

Le suivi du patient semblerait être une difficulté ressentie par un peu plus de la moitié des médecins interrogés.

Le suivi du patient permet d'assurer une continuité des soins. Elle permet de réévaluer le patient, compléter la prise en charge... L'absence d'assurance d'une suite de consultation peut être une difficulté.

Cette sensation n'est pas limitée à la France, elle est également retrouvée au niveau européen dans différents pays (52). Certains pays européens ne garantissent pas les prises en charge globales comme en France et les soins peuvent être limités aux prises en charge médicales en urgence. Même si un suivi est possible, il reste difficile à mettre en place.

3.4. Temps de consultation

La durée de consultation trop longue serait une des difficultés retrouvées dans une grande majorité des interrogés.

Le problème de temps est retrouvé dans plusieurs études concernant les patients en situation de précarité, entre autres, K. Ben Hammou (42). Celui-ci réalisait, dans le cadre de sa thèse, des entretiens avec des médecins généralistes afin de comprendre leurs difficultés à recevoir des patients demandeurs d'asile en consultation (42).

Cela soulève un problème rencontré en médecine libérale et plus spécifiquement en médecine générale et ce, plus particulièrement, dans des régions sous dotées en médecins généralistes.

Il avait évoqué, lors de ces entretiens, la rémunération à l'acte des médecins généralistes qui avait pour conséquence une limitation du temps de consultation car « prendre son temps n'est pas rémunéré ». Cela peut être un problème si nous prenons en compte le fait que le médecin généraliste soit libéral. Sa rémunération dépendra du nombre de consultations réalisées alors que celle d'un médecin salarié sera indépendante de ce facteur. Certaines thèses (42,53) avaient conclu qu'une revalorisation de la consultation pour les patients qui ont des situations qui prennent plus de temps serait judicieuse.

Mais ce souci d'argent est complété par un manque de médecins généralistes libéraux qui, par ailleurs, ont une patientèle de plus en plus importante et des journées pouvant être plus longues.

La longueur excessive des consultations a plusieurs causes dont la barrière linguistique mais également différents facteurs antérieurement cités, tels que la précarité du patient, la nécessité de s'investir avec les travailleurs sociaux...

Résumé :

- L'accès aux antécédents du patient DA est l'une des plus grandes difficultés ressenties. Elle est corrélée à l'impression de retard de prise en charge.

- L'absence de mutualisation des informations administratives et médicales est un problème certain pour les médecins de l'agglomération.

- Le suivi de consultation est une des difficultés du médecin généraliste, que ce soit sur la prescription des examens complémentaires ou la poursuite du suivi médical du patient.

- Le sentiment d'isolement est une difficulté à part entière et corrélé à de nombreuses autres questions.

- Malgré le retentissement possible sur la qualité de la consultation, le retard au rendez- vous du patient DA ne semble pas être une difficulté pour les médecins généralistes de l'agglomération de Pau. Il en est de même pour l'examen clinique réalisé par un médecin de sexe opposé à celui du patient.

- La longueur excessive des consultations est une des difficultés ressenties et a plusieurs causes : la barrière linguistique, la précarité du patient, la nécessité de s'investir avec les travailleurs sociaux...

4. Analyse des difficultés administratives

4.1. Isolement et manque de communication avec les travailleurs sociaux

Communication avec les travailleurs sociaux :

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés rencontreraient une difficulté d'identification et de communication avec les partenaires sociaux et les structures spécifiques chargées d'accompagner les demandeurs d'asiles.

Ce n'est pas un résultat isolé puisque d'autres études ont également montré ce manque de communication et cette impression d'isolement que ce soit de manière quantitative ou qualitative (53,54). Il est même précisé, dans ces deux études, la nécessité exprimée par les médecins généralistes d'améliorer leurs liens avec les travailleurs sociaux ou autres professionnels pour aider les personnes en situation de précarité. Au regard de la charge de travail des uns et des autres et des sous-effectifs fréquents des personnels concernés, ce n'est pas toujours réalisable.

Selon les études (55,56) les médecins trouvent que les réseaux médico-sociaux ont :

- de bons côtés :
  - partage des responsabilités
  - partage des informations
  - partage des taches ou des démarches administratives
  - allègement de la charge de travail
- des mauvais côtés :
  - une réalité complexe plutôt bureaucratique
  - des dispositifs jugés lourds et souvent contraignants
  - pas de réel bénéfice pour les patients

La place de la PASS :

Lors des remarques libres qui pouvaient être faites par les médecins, 2 sur 11 ont évoqué spontanément l'intérêt et l'aide que peut apporter la PASS. Au Centre Hospitalier de PAU, le service de la PASS compte actuellement deux médecins se répartissant un ETP (Équivalent Temps Plein) .

Selon la thèse de F. Touillite et celle de A. Aubry (51,54) certains médecins généralistes ne semblaient pas connaître ce service malgré les recommandations (57) de mai 2008. Il était spécifié que les PASS devaient structurer leurs relations avec les acteurs externes, améliorer leur communication tout en continuant le travail d'explication sur leur rôle notamment auprès des médecins généralistes libéraux.

Au vu de ces études, une des questions pouvant être proposée, serait de savoir si les moyens alloués aux PASS par les ARS et les CH, que ce soit en termes de ressources humaines ou en termes de moyens matériels, sont à la hauteur des objectifs cibles.

4.2. Des médecins déjà orientés socialement

Gestion papier de la CSS

Avec cette question, nous voulions savoir si les contraintes administratives, telles que remplir une feuille de soin papier avec le numéro de SS temporaire, était problématique. Les médecins ne considéreraient pas cela comme un frein. Dans quelques études (34,58) déjà citées précédemment, l'idée d'une limite liée à la gestion papier de la CSS était évoquée sans qu'elle soit identifiée comme un réel frein à la prise en charge.

La difficulté sociale

La question «Difficultés psycho-sociales trop complexes à gérer» serait pour une majorité des médecins une des difficultés majeures.

G. Birouste (59) signale dans sa thèse, que la sociologie joue un rôle fondamental en médecine générale. « *Même si la composante sociale est un élément important qui devrait être pris en compte par le médecin, leur formation ne leur a pas toujours permis de l'intégrer dans leur pratique* ». Ce qui ressort dans ce travail de thèse c'est qu'il existe une grande diversité

dans le temps pris par le médecin pour aborder le volet social. Le patient est un individu à part entière ce qui justifie une prise en charge dans sa globalité.

Résumé :

- Les conséquences administratives de la consultation constituent une des difficultés rencontrées par les médecins.

- Le sentiment d'isolement du médecin généraliste face aux problèmes sociaux des DA illustre le fait que la communication entre les différents professionnels accompagnant les DA reste importante. Elle est illustrée par l'item des difficultés psycho-sociales mis en avant par les médecins généralistes interrogés.

- La problématique de la gestion de la feuille de soin papier n'en est pas une. En pratique cet acte de gestion par les médecins reste un problème marginal.

5. Caractéristiques des médecins

5.1. En fonction du sexe

La majorité de femmes, dans notre population, nous oriente sur l'hypothèse que les femmes peuvent se sentir plus impliquées auprès des DA. Malgré notre échantillon, trop petit pour avoir une réelle significativité, il a été retrouvé dans notre étude bi-variée une différence avec une difficulté plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Si nous reprenons chaque question, seules la difficulté psycho-sociale des consultations et l'avance de la CSS montrent une différence significative en fonction du sexe.

Dans notre bibliographie il apparaît que c'est une question qui est peu étudiée. D'après la thèse de L Petitcollot (60) qui étudiait « la représentation des internes en médecine générale d'Île de France et les facteurs influençant les représentations des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire », il avait été observé que les femmes avaient une vision plus positive que les hommes sur les bénéficiaires de la CSS. Par contre dans la thèse de

A-Y Guillou (34) il avait été observé que les femmes avaient plus de difficultés à recevoir les demandeurs d'asile surtout en raison de la différence de communication.

5.2. En fonction de la localisation du médecin

L'impression de difficulté de suivi des patients DA semblerait plus marquée pour les médecins en milieu urbain. Cette démarcation significative détonne sur les a priori de la localisation. En effet, nous pourrions faire l'hypothèse que le médecin en centre-ville et en milieu urbain aurait un accès plus facile aux structures qu'il va solliciter comme, par exemple, les centres de radiologie ou les laboratoires d'analyse. La définition des zones géographiques liée à la question de la localisation des médecins n'ayant pas été donnée sur cet item, l'interprétation des résultats est moins lisible.

5.3. En fonction de l'âge et de l'accueil ou non de nouveaux patients par le médecin

Les médecins les plus jeunes sont ceux qui ressentiraient le plus de difficultés. Nous n'avons pas approfondi sur quels items cela apparaissaient. Nous pouvons supposer qu'avec l'expérience le médecin a acquis une meilleure connaissance du maillage territorial et des différents partenaires.

Dans sa thèse de sociologie, G. Birouste (59) fait remarquer que la médecine générale en tant que spécialité avec un enseignement spécifique n'a été mise en place qu'assez récemment. En effet, en 1997 a été créé le département de médecine générale. Par ailleurs, la création d'un diplôme universitaire traitant de la prise en charge de la précarité en médecine générale a été encore plus tardive. Si nous partons de l'hypothèse que la plupart des médecins de 50 ans et plus ont fini l'internat en 2000, on peut en déduire que la plupart de ces médecins n'ont pas eu de formation initiale à proprement parlé sur la précarité ni bénéficié des nouvelles réformes mises en œuvre par le département de médecine générale.

Pau et son agglomération représentent 161 871 habitants en 2018 (source INSEE (61)

) et sur ces communes 10,9% (62) des patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré. Pau et son agglomération ne sont pas considérées comme sous dotées en médecin généraliste. (en comparaison, la communauté d'agglomération Bayonne-Anglet-Biarritz retrouve le même taux de patients sans médecin traitant alors que Arzacq–Arraziguet est considérée comme sous dotée retrouve un taux de 25,6%) Dans notre étude 51,7% des médecins ne prennent pas de nouveaux patients. Le fait de ne pas prendre de nouveaux patients pour la moitié d'entre eux peut aussi constituer un frein pour prendre en consultation des patients demandeurs d'asile.

5.4. En fonction du fait que le médecin a eu des DA dans sa patientèle

Comme évoqué précédemment, l'expérience peut permettre une diminution des difficultés ressenties pour les consultations auprès les patients demandeurs d'asile. On pourrait faire l'hypothèse que les médecins n'ayant pas reçu de patient DA ne se baseraient que sur une représentation pour répondre à ce questionnaire, ce qui rend l'interprétation difficile.

Avoir reçu des patients demandeurs d'asile dans les cinq dernières années permettrait de moins ressentir de difficultés lors de la consultation auprès des DA. L'absence de précision sur les raisons de ne pas accueillir des DA à leur consultation ne permet pas d'en connaître le motif. Les médecins n'ont-ils pas vu de demandeurs d'asile en raison des difficultés identifiées ou bien parce qu'ils n'ont pas été sollicités ?

5.5. En fonction de leur taux de CSS dans la patientèle

Il semblerait que plus le taux de CSS des médecins est important (plus d'expérience auprès des patients en situation de précarité) moins les difficultés seraient perçues.

On retrouve dans la bibliographie, une vraie difficulté dans l'accès aux soins pour les patients bénéficiant de la CSS : de nombreuses études montraient que les médecins

généralistes auraient des préjugés sur la CSS (ex-CMU) ou bien une incompréhension vis-à-vis de celle-ci.
Deux rapports de 2007 (58) et mars 2014 (53) de Médecins du Monde et une étude par la DIES (65) (groupe d'étude de recherche en santé publique : Développement, Innovation, Évaluation, Santé) montraient que des médecins généralistes demandaient parfois une avance de frais ou opposaient un refus à des patients bénéficiant de l'AME ou de la CMU.

Dans cette étude réalisée par médecins du monde en 2006 (63), sur les 725 médecins interrogés, 130 réponses ont été obtenues. Parmi les motifs de refus de la CMU, 4 principaux ressortaient :

- des lourdeurs supplémentaires avec la nécessité de remplir des formulaires spécifiques
- des entraves liées à la barrière linguistique
- des délais de remboursement trop longs pour percevoir les honoraires de consultations des bénéficiaires de l'AME
- un manque d'information sur le fonctionnement de ce dispositif spécifique

Néanmoins ces études restent anciennes et on peut supposer que l'amélioration de la prise en charge administrative de la CSS a permis de diminuer ces refus.

Il semblerait tout de même que cette difficulté (31) d'accès aux soins pour les patients vivants dans la précarité soit international.

Résumé :

- Même si les femmes semblent plus sensibilisées aux consultations auprès des DA, elles éprouvent malgré tout plus de difficultés.

- Le fait d'avoir acquis une expérience professionnelle et une meilleure connaissance des réseaux, comme le fait de recevoir plus de DA en consultation, diminue les difficultés ressenties par les médecins généralistes.

- Les médecins étudiés dans notre échantillon semblent recevoir plus de patients relevant de la CSS que la moyenne nationale et départementale.

- Les médecins ayant le taux de CSS le plus élevé semblent présenter moins de difficultés.

6. Propositions

6.1. Les aides potentielles à la consultation

Sur l'organisation du cabinet :

Venir à une consultation est parfois un parcours du combattant pour les patients demandeurs d'asile. Sans évoquer la difficulté de compréhension du patient sur le rendez-vous (par la barrière de la langue), cela peut nécessiter des efforts importants en terme d'organisation pour identifier le lieu de consultation, le trajet pour s'y rendre, les documents à sélectionner et à apporter, la nécessité parfois d'être accompagné par un tiers. Toutes ces organisations peuvent mettre en retard le patient voire le décourager si cela est très complexe pour lui. Afin de ne pas être trop perturbé par le retard du patient et ainsi éviter les ressentis négatifs, une proposition pour améliorer l'organisation pourrait être de discuter de la création de plages horaires sans rendez-vous.

Aide durant la consultation :

Pour pallier au sentiment d'isolement du praticien, un dossier médical partagé pourrait être intéressant. Il permettrait d'avoir à disposition les antécédents, tous les bilans déjà réalisés, prise de sang, consultations voire même l'histoire sociale du patient.

Actuellement il existe différents moyens qui pourraient être utilisés comme le Dossier Médical Partagé (DMP), des applications sur ordinateur et/ou smartphone telles que Pacooglobule (64) Ils permettent une communication sécurisée entre professionnels de santé médicaux, paramédicaux et sociaux.

Une réflexion pourrait être menée afin de créer les conditions nécessaires pour que le DMP puisse être accessible pour les personnes ayant des droits ouverts mais ne disposant pas encore de carte vitale ; cela, toujours dans la perspective d'améliorer la communication au service des patients concernés, et ainsi aider aux projets communs autour du patient.

Il pourrait être intéressant d'avoir la possibilité de créer une feuille de soin électronique sans carte vitale à partir du numéro provisoire de sécurité sociale des DA sur l'espace professionnel *amelipro* du médecin. Cela aurait comme avantage de diminuer le

temps administratif tant pour le médecin que pour la CPAM qui n'aurait pas à traiter manuellement les feuilles de soins papier.

Sur la PASS :

Dans sa thèse, S. Le Goff (32) faisait de multiples propositions tirées de la littérature afin de proposer des améliorations sur la prise en charge des patients demandeurs d'asile. Elle parlait du passage pour les patients de la PASS à la médecine en ville lorsque les droits étaient ouverts. Elle parle de « médecins-relais » qui permettraient un relais nominatif avec un transfert de dossier du patient vers un médecin identifié.

6.2. Des solutions pour mieux communiquer

Les consultations transculturelles :

Plusieurs écrits témoignent du travail réalisé dans le cadre de consultations transculturelles. Elles ont été créées en 1989. Ces consultations se basent sur le concept de l'ethnopsychiatrie de G. Devereux en 1970 qui étudie les troubles psychologiques en fonction des normes du groupe culturel auquel le sujet appartient. L'approche transculturelle (65) consiste à prendre en compte l'impact de la culture sur la représentation de la maladie comme nous l'avons vu précédemment avec une vision plus anthropologique. Elle permet d'avoir une meilleure communication et donc une alliance thérapeutique (66) malgré la différence culturelle et une adaptation des soins. Elle pallie aux préjugés conscients ou implicites altérant la relation : ainsi on peut éviter les diagnostics inadéquats ou les errances thérapeutiques (67). Elle est réalisée dans des services particuliers, et plus orientée dans le cadre des pathologies psychiatriques.

Certains auteurs (68) s'accordent sur cette difficulté de la différence culturelle. Ils pointent également la difficulté rencontrée par les soignants pour se former ou s'informer dans ce domaine. Il semble difficile pour les médecins d'avoir une connaissances des cultures pour chaque patient. L'outil qui semble le plus utile reste « l'ouverture d'esprit » de ceux-ci. Celle-ci peut être complétée idéalement par une formation (69). Elle est depuis longtemps prise en compte dans les services spécifiques mais peut être plus difficile à prendre en charge en cabinet de médecine générale.

Pour le moment ces consultations ne sont mises en place que dans un nombre limité de lieux en France, Bordeaux et Toulouse étant les plus proches. Leur intérêt dans le cadre des consultations de médecine générale reste plus discutable. Même si elles pouvaient être intéressantes pour les médecins généralistes (où adresser les patients lorsqu'une consultation devient trop complexe à gérer) dans la plupart de leurs consultations, elles ne sont pas adaptées.

Interprétariat professionnel :

Des recommandations ont été faites en 2017 par la HAS (36). Elle considère que seul le recours à un **interprète professionnel** permet de garantir aux patients les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome. Elle est aussi bénéfique pour les professionnels car elle permet d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Quelques expériences en France ont vu le jour dans certaines régions à l'initiative des ARS (Agences Régionales de Santé).

Une organisation au préalable est importante afin de définir déjà le type d'interprétariat, qu'il soit téléphonique (ce qui est le plus fréquent) ou bien en présentiel (ce qui nécessite une préparation en amont et demande une certaine organisation). Le travail avec un interprète désarçonne parfois les cliniciens (68,70,71).

Plusieurs méthodes sont possibles, 2 principales sont détaillées :

- **le modèle « en triangle »** nécessite une certaine habitude de la part du clinicien. Elle permet l'établissement de six canaux de communication entre les trois intervenants, chacun apportant des informations utiles. Le médecin doit pouvoir expliquer au départ ce qu'il va entreprendre avec le patient et s'aider de phrases courtes, faire passer un message en utilisant par exemple des pictogrammes et/ou des documents qui seront expliqués par l'interprète.
- **le modèle de la « boîte noire »**, l'interprète intervient comme un « décodeur » qui ne fait que communiquer un message d'une personne à une autre. Malheureusement cette méthode peut être source de déception pour le clinicien qui réalise que l'interprète a un rôle plus « passif ». Ce modèle est représentatif des interprètes par téléphone. Cette méthode est intéressante quand il n'y a pas

d'autres solutions disponibles. Elle est souvent avantageuse car elle permet d'avoir plus de langues à disposition, en regroupant les compétences de différentes équipes, un moindre coût (si cela est pris en charge par l'état) et la rapidité d'intervention.

La figure 8 (p64) permet d'illustrer ces deux types d'interprétariat et de mieux visualiser les échanges réalisés entre les différentes parties. Elle a été réalisée par T. Baubet (71). Il précise que l'interprète doit être présent et doit intervenir si besoin. Parfois même s'il est difficile de communiquer par la différence de langage, le patient peut vouloir s'exprimer dans la langue du pays, donc en français. Il faut donc éviter les biais qui peuvent mettre à mal la relation : les différences de sexes, d'ethnies ou de nationalités (pour des personnes parlant la même langue mais provenant de pays différents). Souvent, il faut aller au-delà de la simple traduction pour mieux comprendre le patient et prendre en compte la dimension également culturelle (51, 52).

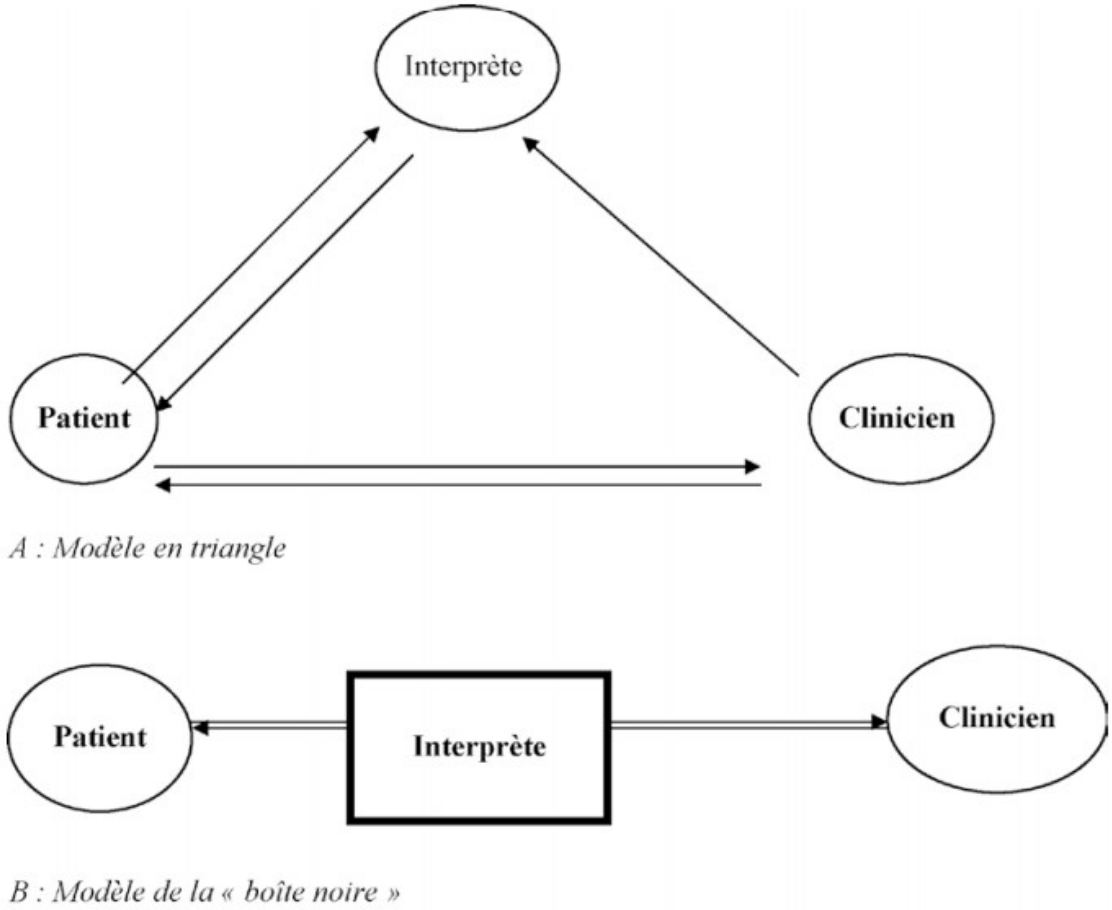


Figure 8: Graphique des différents modèles d'interprétariat (71)

Lorsqu'il y a un interprète, tout ce qui est dit dans le cadre de la consultation est soumis aux règles du secret médical.

Un dispositif d'interprétariat a été mis en place pour certains médecins généralistes à Bordeaux. La thèse de A-E. Morice faite en 2019 (72) a permis d'évaluer ce dispositif. Il était mis à disposition un service d'interprétariat professionnel en présentiel et par visioconférence aux médecins généralistes de deux quartiers de Bordeaux.
Après une évaluation qualitative auprès des médecins et des patients, il a été observé :

- une amélioration de la relation médecin-patient
- une prise en charge globale du patient entre autres sur les difficultés les plus observées telles que la situation sociale, les prises en charge des symptômes psychologiques, la prévention
- une amélioration de la consultation en lien avec les différences culturelles et ainsi une meilleure adhésion à la prise en charge
- un meilleur suivi du patient grâce à une plus grande confiance

Certains points négatifs ont été également notés :

- un dispositif un peu lourd : l'installation de l'équipement, la nécessité de prendre des rendez-vous à l'avance pour programmer les interprètes
- le nombre d'heures d'interprétariat qui sont limitées dans le temps et le fait d'être dans un dispositif expérimental (donc une durée limitée du dispositif)
- le manque de formation sur le travail avec un interprète

Nous pouvons ajouter comme point négatif le fait qu'un interprète professionnel en cabinet de médecine générale peut limiter la dimension culturelle à la simple traduction. Un professionnel plus spécialisé (traduction et culturel) pourrait être intéressant.

Solutions en Nouvelle-Aquitaine :

Initialement en *Nouvelle Aquitaine*, sur la période 2018-2023, le PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies) (73) voulait mettre en place un interprétariat professionnalisé sur l'ensemble du territoire régional mais mobilisable par les PASS et EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité).

Un projet dans le cadre du **ségur de la santé** est en cours d'élaboration par le

ministère de la santé pour étendre à l'ensemble des professionnels de santé de France de premier secours l'accès à un interprétariat présentiel ou par visioconférence (comparable à celui proposé dans l'expérience CARE (72)).

Solution hors Nouvelle-Aquitaine :

En *France*, dans les premières réponses mises en œuvre concernant l'interprétariat professionnel, différentes régions ont déjà mis à disposition des aides à la consultation en médecine libérale avec les patients non anglophones, entre autres les Pays de Loire et le grand Est. Des articles (74,75) ont été rédigés afin de présenter des retours de ces dispositifs. Un des articles souligne les limites de l'interprétariat en expliquant que les consultations sont longues avec la nécessité de disposer d'un minimum de temps pour les organiser. Il existe un certain délai pour obtenir un interprète et il est important de planifier la consultation.

En Bretagne, le réseau de santé Louis Guilloux a déposé (76) un projet auprès de l'ARS dont l'objectif est de garantir un égal accès aux soins pour tous les migrants primo-arrivants du territoire. Pour cela, un forfait va être mis en place sur le territoire de Rennes Métropole avec une extension à tout le département d'Ille-et-Vilaine. Il permet aux médecins généralistes d'avoir accès à:

- deux consultations longues par an avec revalorisation de l'acte associé
- des prestations d'interprétariat professionnel en présentiel ou à distance
- la coordination médicale et administrative
- de la formation

Ces dispositifs seront ensuite évalués par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) pour éventuellement pouvoir l'étendre à tout le territoire français.

A l'international :

En *Belgique* (77), devant les difficultés liées aux différences culturelles, au manque de confiance ou aux limites de l'accompagnement d'un membre de la famille, il a été proposé un service. Proposé par l'État, c'est un service de vidéoconférence totalement gratuit pour les professionnels de santé.

De même en *Suisse (23)*, a été développé le réseau « santé pour tous » qui permet de faciliter la prise en charge des patients migrants et/ou en situation de précarité et un service d'interprétariat médical communautaire présentiel ou téléphonique (78).

Résumé :

Plusieurs dispositifs peuvent être proposés pour aider les médecins généralistes à la consultation auprès des DA:

- Des plages de consultations sans rendez-vous pour limiter les difficultés liées au retard des DA mais cela signifie le recours à l'interprète téléphonique

- Des consultations sur rendez-vous mais avec accompagnement du DA par un travailleur social ou un interprète.

- Une amélioration du relais entre la PASS et le médecin généraliste avec une amélioration de la communication et une meilleure information sur les fonctions de la PASS de Pau

- Un développement de la communication interprofessionnelle avec la construction d'un parcours de soin entre les différents professionnels concernés

- Une équipe médicale et paramédicale formée à la consultation transculturelle à Pau qui pourrait venir en appui pour les consultations les plus complexes.

Conclusion

Cette étude a permis de confirmer que les contraintes identifiées dans les consultations auprès des demandeurs d'asile sont effectivement rencontrées par les médecins généralistes de notre échantillon. La difficulté de communication semble être l'élément principal parmi ces obstacles. Ce terme est à prendre en considération tant sur le plan de la barrière linguistique que sur la barrière culturelle. De manière indirecte, elle est aussi liée à la longueur de la consultation, l'isolement du médecin et les difficultés psycho-sociales.

Dans un territoire comme l'agglomération paloise où les médecins généralistes ont une charge de travail importante, il nous semble essentiel de mettre en œuvre les différentes propositions issues de ces études, si les autorités sanitaires veulent que les médecins généralistes participent plus largement aux consultations pour cette population, consultations qui sont reconnues pour être complexes.

Les études telles que celle réalisée sur l'interprétariat (étude CARE (72)), confirment qu'un meilleur dialogue favorise une meilleure compréhension entre le patient et le médecin ce qui permet de réduire beaucoup de difficultés. Par contre, comme il est précisé, elle exige une certaine organisation au préalable.

Les consultations auprès des demandeurs d'asile ne s'improvisent pas et nécessitent une certaine sensibilisation du médecin généraliste sur leur spécificité. La création d'une formation dans notre cursus sur les situations de précarité, dans la maquette des internes de médecine générale, montre les efforts déjà réalisés. Les projets évoqués tels que CARE, le réseau de santé Louis Guilloux, manifestent la prise en compte par les ARS des freins à l'accès des demandeurs d'asile à une consultation de médecine générale et leur volonté d'améliorer, dans un certain nombre de cas, la possibilité d'y avoir recours.

Un travail en équipe est nécessaire et même si les médecins généralistes souhaitent améliorer et augmenter le nombre de consultations consacrées aux personnes demandeuses d'asile, des moyens doivent être mis en œuvre. Les médecins généralistes ne sont pas les seuls acteurs pouvant jouer un rôle dans l'amélioration de ces consultations. Cela ne pourra être

possible que si la coopération et la co-construction se poursuivent et s'amplifient avec les autres acteurs institutionnels, tels que les ARS et les hôpitaux et que des moyens concrets continuent à être mis en œuvre pour que les solutions préconisées s'inscrivent dans la réalité.

L'une des mesures de la politique de santé (77) actuelle est la lutte contre les inégalités de santé. Pour cela doit, en autre, être privilégié l'exercice coordonné des professions de santé de ville, en garantissant une prise en charge globale des patients (médicale, psychologique, sociale) grâce à la pluridisciplinarité des équipes.

Dans une France où un des principes de la déclaration des droits de l'homme est l'accès aux soins de qualité pour toute personne arrivant sur le territoire, une amélioration d'accès reste primordiale. Une telle position de principe génère forcément des difficultés que le politique doit, en accord avec la constitution et la déclaration universelle des droits de l'homme, s'efforcer d'aplanir. Ce sont là les questions de rémunération, d'outils de travail, de formation des professionnels, mais aussi d'obligation à recevoir dans des conditions dignes et professionnelles.

Il est porteur d'espoir de constater que ces différents projets voient le jour. Il pourrait être intéressant après ces différentes expériences régionales qu'elles puissent être étendues au plan national et évaluer ensuite l'amélioration de ces consultations.

Bibliographie

1. Code de la santé publique. Article L1110-1 (version à jour au 05 mars 2002).

2. Code de la santé publique. Article L1110-3 (version à jour au 1 Novembre 2019).

3. Honyiglo E. Asile et parcours de soins : une relation chaotique ? Et si les médecins nous en parlaient. Étude qualitative auprès de médecins en région Auvergne-Rhône-Alpes. Thèse de médecine, Lyon: Université de Claude Bernard Lyon 1; 2018.

4. Comede. Guide Comede [Internet]. Comede: INPES; 2016. [consulté le 8 mars 2021]. Disponible sur: https://www.comede.org/guide-comede/

5. ONU. Réfugiés et migrants, Définitions [Internet]. ONU; 2017 [consulté le 28 mars 2021]. Disponible sur: https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions

6. OFII. Accueil [Internet]. [consulté le 25 mars 2020]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/

7. UNHCR; Agence des Nations Unies. Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés - Convention de Genève. 28 juin 1951.

8. UNHCR; Agence des Nations Unies. Protocole de New-York du 31 janvier 1967 relatif au statut des réfugiés. 1967.

9. Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013. Règlement (UE) n ° 603/2013 du relatif à la création d'Eurodac pour la comparaison des empreintes digitales aux fins de l'application efficace du règlement (UE) n ° 604/2013.

10. Code de la santé publique. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. (version à jour 26 août 2021)

11. Code de la santé publique. Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020. (version à jour 26 août 2021)

12. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

13. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

14. Georges C, Mechali D, Atwa M, De Tudert D, Aras N. Pass : vers de nouvelles organisations plus collaboratives. ADSP. 2020;111:37-39.

15. Médecins du Monde. Soins aux migrants et déplacés [Internet]. Médecin du Monde France. [consulté le 18 sept 2020]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/soins-migrants-deplaces

16. OFPRA. Rapports d'activité [Internet]. Cabinet du directeur général : OFPRA ; 2021 [consulté le 17 janv 2020]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite

17. Cartothèque de Sciences Po. Primo-demandeurs d'asile dans l'UE (2010-2015) [Internet]. la Direction de la Communication de science Po; 2017 [consulté le 29 mars 2021]. Disponible sur: https://bibnum.sciencespo.fr/s/catalogue/ark:/46513/sc16fz23#?c=&m=&s=&cv=&xywh=-1626%2C0%2C8298%2C3458

18. Villeret G. 272 millions de migrants internationaux en 2019 [Internet]. PopulationData; 2019 [consulté le 27 avril 2021]. Disponible sur: https://www.populationdata.net/2019/10/08/272-millions-de-migrants-internationaux-en-2019/

19. Zime F. La prise en charge des migrants d'Afrique subsaharienne en Picardie : difficultés rencontrées par le médecin généraliste. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2015.

20. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 2015;27(5):679.

21. Dauvrain M, Lorant V. Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe . Institut de Recherche Santé et Société Université Catholique de Louvain. 2010; 1-7.

22. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 2011;11:187.

23. Pernin T, Durieux-Paillard S. Prise en charge des patients demandeurs d'asile. Médecine. 2016;12(9):411-20.

24. Ameli. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. Cnam. [consulté le 28 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele

25. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité [Internet]. le Centre Joseph Wresinski – ATD Quart Monde; 2007 [consulté le 24 août 2021]. Disponible sur: https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/

26. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille[Internet]. Philip Evans;2002 [consulté le 18 mars 2021]. Disponible sur : https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf

27. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Bureau Publications et Communication de la DREES : Ministère des solidarités et de la santé ; 2006 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes

28. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les

généralistes [Internet]. société des éditions scientifiques et culturelles : Le Quotidien du médecin ; 2017[consulté le 10 mars 2021]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes

29. Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Geoclip: Ordre des médecins[consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur: http://demographie.medecin.fr/#c=zonage

30. Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Geoclip: Ordre des médecins[consulté le 2 mars 2021]. Disponible sur: http://demographie.medecin.fr/#view=map8&c=indicator

31. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamoulle O. La communication professionnelle en santé. 2eme édition. Montréal : PEARSON (ERPI médecine) ; 2010.

32. Le Goff S. L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Etude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de Bobigny. Thèse de médecine, Bobigny. Université de médecine de Bobigny « Léonard de Vinci », Paris Nord ; 2014.

33. Salomon M. Modalités et difficultés de communication rencontrées par les patients syriens non francophones en consultation de Médecine Générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen ; 2018.

34. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise le regard des médecins généralistes : Rapport d'enquête de sociologie. ODRIS; 2007.

35. Rivera JM, Hausmann-Muela S, Grietens KP, Toomer E. Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. Pass International; 2008.

36. Haute Autorité de Santé. Recommandation en santé publique: Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 [consulté le 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

37. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF.Paris ; 1966.

38. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Medmal. 2005;35(4):173-85.

39. Hirsch E. Les pratiques de soin en situation interculturelle [Internet]. Espace éthique/ IDF: APHP; 2008. [Consulté le 10 Avril 2021] Disponible sur: https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Soin_interculturalite_juillet08.pdf

40. Comede. Guide Comede [Internet]. Comede: INPES; 2016 [consulté le 8 mars 2021]. Disponible sur: https://www.comede.org/guide-comede/

41. Baubet T, Saglio-Yatzimirsk MC. Une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. Rev Prat. 2019;69:4.

42. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires . Thèse de médecine, Rouen : Université mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2014.

43. Ernst S. Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Étude quantitative et qualitative. Thèse de médecine, Marseille : Université d'Aix et-Marseille ; 2013.

44. Defenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, d' l'ACS, et de l'AME : Rapport remis au Premier ministre mars 2014 [Internet]. Le Défenseur des droits ;2014 [consulté le 3 fevrier 2021]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf

45. Despres C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne [Internet]. Vie-publique.fr; 2006. [consulté le 3 juill 2019]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000521/index.shtml

46. Code de santé publique. loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

47. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):430-6.

48. Harding C, Seal A, Duncan G, Gilmour A. General practitioner and registrar involvement in refugee health: exploring needs and perceptions. Aust Health Rev. 2019;43(1):92-7.

49. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches.. Issue Brief (Commonw Fund) . 2012;33:1-12.

50. Lefebvre O, Maille D. Accès aux droits, accès aux soins:quels obstacles pour les migrants?. RDP. 2019;69:567-72.

51. Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de médecine, Paris : Université de Paris Descartes ;2011.

52. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E, Frisicale EM, et al. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? Public Health Rev. 2016;37:13.

53. Flyes Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Étude qualitative par focus groups. Thèse de médecine? Nancy: Université de Nancy; 2011 .

54. Touilite F. Perception des inégalités sociales de santé et évaluation de la prise en charge sociale par les médecins généralistes des patients, selon qu'ils exercent ou non dans des quartiers prioritaires d'une grande ville de l'Ouest de la France. Thèse de médecine, Anger: université de Anger; 2016.

55. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015. Thèse de médecine, Université de Nancy : faculté de Lorraine ; 2015.

56. Deitsch S. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de meurthe-et-moselle en 2015. Thèse de médecine, Université de Nancy : faculté de Lorraine ; 2015.

57. Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS : recommandations et indicateurs [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr; 2008 [consulté le 25 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass-2.pdf

58. Velissaropoulos A, Drouot N, Simonnot N, Médecins du Monde. (M.D.M.). Coordination Mission France. Paris. FRA. « Je ne m'occupe pas de ces patients » : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France. Paris. Médecins du Monde; 2006.42.

59. Birouste G. Les usages médicaux du social. Médecine générale et inégalités. Rev. épidémiol. santé publique. 2016; 64 : 104-105.

60. Petitcollot L, Denantes M, Ibanez G, Lazimi G, de Beco I, Magnier A-M. Patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : perceptions des étudiants en médecine et facteurs influençant ces perceptions. Presse Médicale. 2012;41(6):257-64.

61. Insee. Comparateur de territoire – Intercommunalité-Métropole de CA Pau Béarn Pyrénées [Internet]. Insee; 2021 [consulté le 10 juill 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200067254

62. REZONE CPTS [Internet].CNAM [consulté le 1 juin 2021]. Disponible sur: http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html

63. Médecin du monde. Rapport 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde. CNLE. 2007;90.

64. Le dossier communicant [Internet] KI-LAB [consulté le 3 juin 2021]. Disponible sur: http://www.globule.net

65. Radjack R. Clinique transculturelle à tous les âges de la vie. Soins. 2020;65(850):28-30.

66. Bouchaud O. Approche transculturelle de la santé des migrants : un outil pour l'alliance thérapeutique. RDP. 2019;69:670-1.

67. Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taieb O, Moro M-R. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2012;170(8):591-5.

68. Vassart C. Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère Aperçu des outils existants dans le cadre du Réseau d'écoute première ligne de soins [Internet]. eurotox asbl ; 2013 nov [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/BE_Am%C3%A9liorer-le-dialogue-entre-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-et-patients-dorigine-%C3%A9trang %C3%A8re.-Aper%C3%A7u-des-outils-existants-2013.pdf

69. Radjack R, De Coignac AB, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers?: Une approche transculturelle. Adolescence. 2012;80(2):421.

70. Baubet T, Moro MR. Chapitre 6 in Psychopathologie transculturelle. Paris : Elsevier Masson ; 2009.

71. Baubet T, Moro MR. Chapitre 6 in Psychopathologie transculturelle. Paris : Elsevier Masson ; 2009.

72. Morice A-E. Évaluation d'un service d'interprétariat par visioconférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux : Étude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non-recours. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.

73. ARS Nouvelle Aquitaine. PRAPS (Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies) NOUVELLE-AQUITAINE 2018–2023. 2018 ;48.

74. ARS grand Est. Dispositif d'interprétariat médical en grand est : rapport d'évaluation. 2019.

75. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire. Santé Publique. 2019;31(5):663.

76. ARS Bretagne« Consultations santé pour les migrants » : une expérimentation sur 4 ans [Internet]. Service communication de l'Agence régionale de Santé de Bretagne; 2021 [consulté le 7 juill 2021]. Disponible sur: http://www.bretagne.ars.sante.fr/consultations-sante-pour-les-migrants-une-experimentation-sur-4-ans

77. Van Der Schueren T, Ponchau V. Que savoir pour soigner un demandeur d'asile? RMG . 2018;(658):6-12.

78. Université de Geneve. Babeldr: spoken language translation of dialogues in the medical domain [Internet]. UNIGE; 2015 [consulté le 3 mars 2021]. Disponible sur: https://babeldr.unige.ch/

Annexes

1. Questionnaire envoyé aux médecins

1- Profil

• Age :
• Sexe :
• Taux de CMU dans votre patientèle (que l'on trouve dans le compte amelipro):
• Avez vous déjà reçu en consultation des patients demandeurs d'asiles sur les 5 dernières années ?
• Prenez vous de nouveaux patients en tant que médecin généraliste ?
• Quelle est votre zone d'exercice ? (urbain, péri-urbain, centre ville, zone urbaine sensible, semi-rural) ?

2- Obstacles

Nous allons vous exposer les principales difficultés identifiées, sur la base de différentes études qualitatives réalisées en France. Nous aimerions que vous nous donniez, sur une échelle de 1 à 4, le niveau de difficulté ressenti (1 correspondant à l'absence de difficultés et 4 au maximum de difficultés) lors des consultations avec les patients demandeurs d'asile ou bien les difficultés qui vous freinent pour prendre en charge des patients demandeurs d'asile.

Lors du déroulement de la consultation :

- Le retard éventuel des patients à la consultation ?
- L'absence d'accès aux informations concernant les antécédent médicaux ou les bilans du patient ?
- L'impression de retard de prise en charge de certaines pathologies présentées par les demandeurs d'asile lors des consultations ?
- L'expression subjective des différentes symptomatologies par les demandeurs d'asile (utilisation de métaphores ou représentation des symptômes différentes en raison de la culture) ?

- La difficulté pratique d'obtenir des examens complémentaires (par exemple difficulté pour le patient d'aller faire les examens par la difficulté de connaissance de l'organisation ou difficulté de prise de rendez vous par les patients)?
- Une durée de consultation trop longue (plus de 15 minutes) ?
- Les difficultés de l'examen clinique si patient et médecin sont de sexes différents ?
- Les difficultés de suivi du patient, si des examens complémentaires sont demandés ou si le patient présente une pathologie chronique justifiant d'un suivi régulier ?
- Sentiment d'isolement en tant que médecin traitant dans la prise en charge des demandeurs d'asile en cabinet de médecine générale ?

La barrière de la langue :

- La barrière de la langue lors de la consultation pour un patient non francophone ?

→ plus précisément, dans le cadre de la barrière de la langue :

- Difficultés à cerner le motif de consultation ?
- Difficultés à se faire comprendre pour expliquer les pathologies et les ordonnances ?
- Difficultés dans le domaine de la prévention et des dépistages ?

Lors des problèmes administratifs :

- Difficultés d'identification et de communication avec les partenaires sociaux et les structures spécifiques chargées d'accompagner les DA ?
- Difficultés psycho-sociales trop complexes à gérer ?
- Absence d'avance des honoraires de consultation (gestion papier de la CMUc)?

Avez-vous des remarques particulières sur ce questionnaire ? Sur le sujet de thèse ?

Je vous remercie de votre aide,

Si vous êtes intéressés par les résultats et conclusions de ces travaux, n'hésitez pas à nous en informer par mail.

2. Premier mail envoyé aux médecins

A l'attention des médecins généralistes

Bonjour,

je suis Céline DONY, médecin généraliste remplaçant dans la région de Pau depuis un peu plus d'1 an. Je suis en cours de réalisation de ma thèse et j'ai besoin de votre aide car elle concerne les médecins généralistes de l'agglomération de Pau.

Le but de ce questionnaire est de quantifier les difficultés rencontrées lors des consultations avec les patients demandeurs d'asile pour ensuite faire des propositions concrètes permettant la mise en œuvre des aides nécessaires pour le praticien.

Ce questionnaire sera anonyme et vous prendra maximum 5 minutes en prenant votre temps. Merci d'y répondre avant le 31 Octobre.

Voici le lien du questionnaire :

https://applis.u-bordeaux.fr/sondage/index.php/827131?lang=fr

Juste avant de finir : dans ce questionnaire il y a une question sur votre pourcentage de CMU présent dans votre patientèle. Je vous explique à l'avance comment réussir à trouver ce chiffre.

Il faut aller sur votre compte AMELIPRO. A partir de la cliquez sur convention ROSP.

puis sur forfait patientèle médecin traitant (FPMT).

Là, le chiffre se trouve en bas à droite de l'écran au niveau « mon taux complémentaire santé solidaire ».

Merci d'avance pour votre aide et de votre temps,

je reste à votre disposition par mail, téléphone ou sms si besoin au 0677370894.

Cordialement

DONY Céline

3. Tableaux des corrélations et des petits p correspondants

Tableau 4: Taux de corrélations entre les différentes réponses aux questions posées

	absence_atcd	commu_partenaire_sociaux	diff_psycho_socio	obt_ex_compl	longueur_cs	retard	avance_css	ex_sexe_dif	suivi_patient	sentiment_isole	motif_cs	barriere_lang	prevention_depistage	expl_patho_ordo	retard_pec	expression_subj
absence_atcd	1															
commu_partenaire_sociaux	0.61	1														
diff_psycho_socio	0.61	0.66	1													
obt_ex_compl	0.49	0.49	0.38	1												
longueur_cs	0.57	0.37	0.47	0.44	1											
retard	0.3	0.2	0.25	0.21	0.31	1										
avance_css	0.36	0.47	0.42	0.37	0.32	0.44	1									
ex_sexe_dif	0.31	0.22	0.093	0.22	0.18	0.31	0.22	1								
suivi_patient	0.51	0.44	0.21	0.43	0.23	0.25	0.56	0.32	1							
sentiment_isole	0.32	0.51	0.27	0.41	0.15	0.37	0.42	0.39	0.66	1						
motif_cs	0.34	0.058	0.26	0.23	0.27	0.29	0.17	0.3	0.2	0.31	1					
barriere_lang	0.4	0.19	0.37	0.42	0.42	0.37	0.16	0.37	0.34	0.4	0.75	1				
prevention_depistage	0.49	0.33	0.47	0.48	0.51	0.32	0.027	0.37	0.22	0.34	0.7	0.9	1			
expl_patho_ordo	0.52	0.33	0.47	0.51	0.42	0.32	0.1	0.33	0.28	0.4	0.75	0.9	0.95	1		
retard_pec	0.49	0.54	0.42	0.15	0.46	0.12	0.065	0.1	0.028	0.19	0.059	0.2	0.37	0.28	1	
expression_subj	0.048	0.45	0.16	0.11	0.19	0.12	0.37	0.4	0.17	0.36	0.16	0.19	0.19	0.1	0.48	1

Tableau 5: p correspondant à chaque corrélation

	absence_atcd	commu_partenaire_sociaux	diff_psycho_socio	obt_ex_compl	longueur_cs	retard	avance_css	ex_sexe_dif	suivi_patient	sentiment_isole	motif_cs	barriere_lang	prevention_depistage	expl_patho_ordo	retard_pec	expression_subj
absence_atcd	0															
commu_partenaire_sociaux	0.00024	0														
diff_psycho_socio	2e-04	3.6e-05	0													
obt_ex_compl	0.0042	0.0044	0.032	0												
longueur_cs	0.00063	0.036	0.0064	0.011	0											
retard	0.097	0.28	0.17	0.25	0.081	0										
avance_css	0.045	0.0069	0.017	0.035	0.072	0.012	0									
ex_sexe_dif	0.081	0.22	0.61	0.22	0.32	0.089	0.22	0								
suivi_patient	0.0031	0.012	0.24	0.014	0.2	0.17	0.00078	0.074	0							
sentiment_isole	0.077	0.0031	0.14	0.019	0.42	0.036	0.015	0.025	4.6e-05	0						
motif_cs	0.058	0.75	0.14	0.2	0.13	0.11	0.35	0.099	0.28	0.085	0					
barriere_lang	0.025	0.3	0.035	0.017	0.017	0.036	0.39	0.039	0.054	0.024	1e-06	0				
prevention_depistage	0.0042	0.064	0.0069	0.0054	0.0027	0.078	0.88	0.039	0.22	0.06	8.1e-06	3.3e-12	0			
expl_patho_ordo	0.002	0.064	0.0069	0.0028	0.017	0.078	0.57	0.064	0.12	0.024	1e-06	3.3e-12	1.4e-16	0		
retard_pec	0.0041	0.0016	0.017	0.4	0.0074	0.51	0.72	0.57	0.88	0.3	0.75	0.27	0.039	0.12	0	
expression_subj	0.79	0.01	0.39	0.54	0.29	0.51	0.037	0.022	0.35	0.041	0.38	0.31	0.31	0.57	0.0056	0

4. Tableaux des réponses en fonction d'une analyse bi-variée de type chi2

Tableau 6: Répartition des réponses en fonction du sexe du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1)

		Femme		Homme		p
	Propositions de réponse	n	%	n	%	
Retard en consultation	Pas du tout d'accord	7	24,1	2	6,9	0,174
	Plutôt pas d'accord	2	6,9	4	13,8	
	Plutôt d'accord	9	31	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	0	0	1	3,45	
Absence d'ATCD	Pas du tout d'accord	0	0	3	10,3	0,051
	Plutôt pas d'accord	0	0	1	3,45	
	Plutôt d'accord	12	41,4	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	6	20,7	3	10,3	
Retard de prise en charge	Pas du tout d'accord	3	10,3	2	6,9	1
	Plutôt pas d'accord	5	17,2	3	10,3	
	Plutôt d'accord	7	24,1	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	3	10,3	2	6,9	
Expression subjective des Symptômes	Pas du tout d'accord	4	13,8	0	0	0,295
	Plutôt pas d'accord	4	13,8	2	6,9	
	Plutôt d'accord	6	20,7	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	4	13,8	5	17,2	
Obtention des examens Complémentaires	Pas du tout d'accord	1	3,45	0	0	0,75
	Plutôt pas d'accord	4	13,8	4	13,8	
	Plutôt d'accord	8	27,6	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	5	17,2	3	10,3	
Longueur des consultations	Pas du tout d'accord	1	3,45	0	0	0,354
	Plutôt pas d'accord	2	6,9	4	13,8	
	Plutôt d'accord	8	27,6	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	7	24,1	4	13,8	
Examen clinique quand Le sexe est différent	Pas du tout d'accord	6	20,7	3	10,3	0,367
	Plutôt pas d'accord	10	34,5	5	17,2	
	Plutôt d'accord	1	3,45	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	0	0	
Suivi du patient	Pas du tout d'accord	2	6,9	2	6,9	0,552
	Plutôt pas d'accord	4	13,8	4	13,8	
	Plutôt d'accord	10	34,5	5	17,2	
	Tout à fait d'accord	2	6,9	0	0	
Sentiment d'isolement Du médecin	Pas du tout d'accord	1	3,45	1	3,45	0,788
	Plutôt pas d'accord	5	17,2	4	13,8	
	Plutôt d'accord	10	34,5	4	13,8	

Tableau 7: Répartition des réponses en fonction du sexe du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2)

		Femme		Homme		p
	Propositions de réponse	n	%	n	%	
Barrière de la langue	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0,628
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	5	17,2	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	13	44,8	7	24,1	
Barrière de la langue Prévention et dépistage	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0,628
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	5	17,2	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	13	44,8	7	24,1	
Barrière de la langue Explication Pathologies Ordonnances	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0,628
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	5	17,2	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	13	44,8	7	24,1	
Barrière de la langue Motif de Consultation	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0,425
	Plutôt pas d'accord	0	0	1	3,45	
	Plutôt d'accord	5	17,2	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	13	44,8	7	24,1	
Communication avec Les partenaires Sociaux	Pas du tout d'accord	2	6,9	1	3,45	0,628
	Plutôt pas d'accord	4	13,8	5	17,2	
	Plutôt d'accord	7	24,1	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	5	17,2	2	6,9	
Difficultés psycho-sociales	Pas du tout d'accord	1	3,45	0	0	**0,017**
	Plutôt pas d'accord	0	0	5	17,2	
	Plutôt d'accord	8	27,6	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	9	31	3	10,3	
Avance des frais De santé	Pas du tout d'accord	7	24,1	1	3,45	**0,024**
	Plutôt pas d'accord	2	6,9	7	24,1	
	Plutôt d'accord	5	17,2	1	3,45	
	Tout à fait d'accord	4	13,8	2	6,9	

Tableau 8: Répartition des réponses en fonction de la zone géographique du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2, (partie 1)

		Centre-ville		Péri-urbain		urbain		p
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Retard en consultation	Pas du tout d'accord	1	3,4	0	0,0	8	27,6	0,42
	Plutôt pas d'accord	0	0,0	1	3,4	5	17,2	
	Plutôt d'accord	1	3,4	5	17,2	7	24,1	
	Tout à fait d'accord	0	0,0	0	0,0	1	3,45	
Absence d'ATCD	Pas du tout d'accord	1	3,4	0	0,0	2	6,9	0,37
	Plutôt pas d'accord	0	0,0	0	0,0	1	3,45	
	Plutôt d'accord	1	3,4	5	17,2	10	34,5	
	Tout à fait d'accord	0	0,0	1	3,4	8	27,6	
Retard de prise en charge	Pas du tout d'accord	0	0,0	2	6,9	3	10,3	0,64
	Plutôt pas d'accord	1	3,4	1	3,4	6	20,7	
	Plutôt d'accord	0	0,0	2	6,9	9	31	
	Tout à fait d'accord	1	3,4	1	3,4	3	10,3	
Expression subjective des Symptômes	Pas du tout d'accord	0	0,0	2	6,9	2	6,9	0,73
	Plutôt pas d'accord	0	0,0	1	3,4	5	17,2	
	Plutôt d'accord	1	3,4	2	6,9	7	24,1	
	Tout à fait d'accord	1	3,4	1	3,4	7	24,1	
Obtention des examens Complémentaires	Pas du tout d'accord	0	0,0	0	0,0	1	3,45	0,87
	Plutôt pas d'accord	1	3,4	1	3,4	6	20,7	
	Plutôt d'accord	0	0,0	3	10,3	9	31	
	Tout à fait d'accord	1	3,4	2	6,9	5	17,2	
Longueur des consultation	Pas du tout d'accord	0	0,0	0	0,0	1	3,45	0,79
	Plutôt pas d'accord	1	3,4	2	6,9	3	10,3	
	Plutôt d'accord	0	0,0	2	6,9	9	31	
	Tout à fait d'accord	1	3,4	2	6,9	8	27,6	
Examen clinique quand Le sexe est différent	Pas du tout d'accord	1	3,4	1	3,4	7	24,1	0,95
	Plutôt pas d'accord	1	3,4	4	13,8	10	34,5	
	Plutôt d'accord	0	0,0	1	3,4	3	10,3	
	Tout à fait d'accord	0	0,0	0	0,0	1	3,45	
Suivi du patient	Pas du tout d'accord	2	6,9	0	0,0	2	6,9	0,02
	Plutôt pas d'accord	0	0,0	2	6,9	6	20,7	
	Plutôt d'accord	0	0,0	4	13,8	11	37,9	
	Tout à fait d'accord	0	0,0	0	0,0	2	6,9	
Sentiment d'isolement Du médecin	Pas du tout d'accord	0	0,0	0	0,0	2	6,9	0,31
	Plutôt pas d'accord	2	6,9	2	6,9	5	17,2	
	Plutôt d'accord	0	0,0	4	13,8	10	34,5	
	Tout à fait d'accord	0	0,0	0	0,0	4	13,8	

Tableau 9: Répartition des réponses en fonction de la zone géographique du médecin ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2, (partie 2)

		Centre-ville		Péri-urbain		urbain		p
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Barrière de la langue	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt d'accord	1,0	3,4	0,0	0,0	8	27,6	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	6,0	20,7	13	44,8	0,17
Barrière de la langue Prévention et dépistage	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt d'accord	1,0	3,4	1,0	3,4	7	24,1	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	5,0	17,2	14	48,3	0,62
Barrière de la langue Explication Pathologies Ordonnances	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt d'accord	1,0	3,4	1,0	3,4	7	24,1	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	5,0	17,2	14	48,3	0,62
Barrière de la langue Motif de Consultation	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0,0	0,0	1,0	3,4	0	0	
	Plutôt d'accord	1,0	3,4	1,0	3,4	6	20,7	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	4,0	13,8	15	51,7	0,33
Communication avec Les partenaires Sociaux	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	3	10,3	
	Plutôt pas d'accord	1,0	3,4	4,0	13,8	4	13,8	
	Plutôt d'accord	0,0	0,0	1,0	3,4	9	31	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	1,0	3,4	5	17,2	0,31
Difficultés psycho-sociales	Pas du tout d'accord	0,0	0,0	0,0	0,0	1	3,45	
	Plutôt pas d'accord	1,0	3,4	1,0	3,4	3	10,3	
	Plutôt d'accord	0,0	0,0	3,0	10,3	8	27,6	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	2,0	6,9	9	31	0,83
Avance des frais De santé	Pas du tout d'accord	1,0	3,4	2,0	6,9	5	17,2	
	Plutôt pas d'accord	0,0	0,0	2,0	6,9	7	24,1	
	Plutôt d'accord	0,0	0,0	2,0	6,9	4	13,8	
	Tout à fait d'accord	1,0	3,4	0,0	0,0	5	17,2	0,64

Tableau 10: Répartition des réponses en fonction de si le médecin prend de nouveaux patients ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1)

	Nouveaux patients	**Non**		**Oui**		**p**
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	
Retard en consultation	Pas du tout d'accord	4	13,79	5	17,24	0,76
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	3	10,34	
	Plutôt d'accord	6	20,69	7	24,14	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	0	0,00	
Absence d'ATCD	Pas du tout d'accord	2	6,90	1	3,45	0,47
	Plutôt pas d'accord	0	0,00	1	3,45	
	Plutôt d'accord	9	31,03	7	24,14	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	6	20,69	
Retard de prise en charge	Pas du tout d'accord	2	6,90	3	10,34	0,93
	Plutôt pas d'accord	4	13,79	4	13,79	
	Plutôt d'accord	5	17,24	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	2	6,90	
Expression subjective des Symptômes	Pas du tout d'accord	1	3,45	3	10,34	0,69
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	3	10,34	
	Plutôt d'accord	6	20,69	4	13,79	
	Tout à fait d'accord	4	13,79	5	17,24	
Obtention des examens Complémentaires	Pas du tout d'accord	0	0,00	1	3,45	0,61
	Plutôt pas d'accord	5	17,24	3	10,34	
	Plutôt d'accord	5	17,24	7	24,14	
	Tout à fait d'accord	4	13,79	4	13,79	
Longueur des consultation	Pas du tout d'accord	1	3,45	0	0,00	0,47
	Plutôt pas d'accord	4	13,79	2	6,90	
	Plutôt d'accord	5	17,24	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	4	13,79	7	24,14	
Examen clinique quand Le sexe est différent	Pas du tout d'accord	5	17,24	4	13,79	0,44
	Plutôt pas d'accord	6	20,69	9	31,03	
	Plutôt d'accord	3	10,34	1	3,45	
	Tout à fait d'accord	0	0,00	1	3,45	
Suivi du patient	Pas du tout d'accord	2	6,90	2	6,90	0,38
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	5	17,24	
	Plutôt d'accord	9	31,03	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	0	0,00	2	6,90	
Sentiment d'isolement Du médecin	Pas du tout d'accord	0	0,00	2	6,90	0,24
	Plutôt pas d'accord	4	13,79	5	17,24	
	Plutôt d'accord	9	31,03	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	3	10,34	

Tableau 11: Répartition des réponses en fonction de si le médecin prend de nouveaux patients ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2)

	Nouveaux patients	**Non**		**Oui**		**p**
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	
Barrière de la langue	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	4	13,79	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	10	34,48	10	34,48	0,782
Barrière de la langue Prévention et dépistage	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	4	13,79	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	10	34,48	10	34,48	0,782
Barrière de la langue Explication Pathologies Ordonnances	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	11	37,93	9	31	0,28
Barrière de la langue Motif de Consultation	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	1	3,448	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	10	34,48	10	34,48	0,48
Communication avec Les partenaires Sociaux	Pas du tout d'accord	2	6,897	1	3,448	
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Plutôt d'accord	7	24,14	3	10,34	
	Tout à fait d'accord	2	6,897	5	17,24	0,242
Difficultés psycho-sociales	Pas du tout d'accord	1	3,448	0	0	
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	2	6,897	
	Plutôt d'accord	5	17,24	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	5	17,24	7	24,14	0,661
Avance des frais De santé	Pas du tout d'accord	3	10,34	5	17,24	
	Plutôt pas d'accord	5	17,24	4	13,79	
	Plutôt d'accord	4	13,79	2	6,897	
	Tout à fait d'accord	2	6,897	4	13,79	0,591

Tableau 12: Répartition des réponses en fonction de si le médecin a eu des DA dans sa patientèle ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 1)

	DA vu dans les 5 années	**Non**		**Oui**		**p**
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	
Retard en consultation	Pas du tout d'accord	2	6,90	7	24,14	0,78
	Plutôt pas d'accord	2	6,90	4	13,79	
	Plutôt d'accord	2	6,90	11	37,93	
	Tout à fait d'accord	0	0,00	1	3,45	
Absence d'ATCD	Pas du tout d'accord	1	3,45	2	6,90	
	Plutôt pas d'accord	0	0,00	1	3,45	
	Plutôt d'accord	3	10,34	13	44,83	
	Tout à fait d'accord	2	6,90	7	24,14	0,90
Retard de prise en charge	Pas du tout d'accord	1	3,45	4	13,79	
	Plutôt pas d'accord	1	3,45	7	24,14	
	Plutôt d'accord	2	6,90	9	31,03	
	Tout à fait d'accord	2	6,90	3	10,34	0,68
Expression subjective des Symptômes	Pas du tout d'accord	0	0,00	4	13,79	
	Plutôt pas d'accord	0	0,00	6	20,69	
	Plutôt d'accord	4	13,79	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	2	6,90	7	24,14	0,18
Obtention des examens Complémentaires	Pas du tout d'accord	0	0,00	1	3,45	
	Plutôt pas d'accord	5	17,24	7	24,14	
	Plutôt d'accord	5	17,24	9	31,03	
	Tout à fait d'accord	4	13,79	6	20,69	0,85
Longueur des consultation	Pas du tout d'accord	0	0,00	1	3,45	
	Plutôt pas d'accord	1	3,45	5	17,24	
	Plutôt d'accord	4	13,79	7	24,14	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	10	34,48	0,41
Examen clinique quand Le sexe est différent	Pas du tout d'accord	2	6,90	7	24,14	
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	12	41,38	
	Plutôt d'accord	0	0,00	4	13,79	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	0	0,00	0,18
Suivi du patient	Pas du tout d'accord	1	3,45	3	10,34	
	Plutôt pas d'accord	1	3,45	7	24,14	
	Plutôt d'accord	3	10,34	12	41,38	
	Tout à fait d'accord	1	3,45	1	3,45	0,70
Sentiment d'isolement Du médecin	Pas du tout d'accord	1	3,45	1	3,45	
	Plutôt pas d'accord	0	0,00	9	31,03	
	Plutôt d'accord	3	10,34	11	37,93	
	Tout à fait d'accord	2	6,90	2	6,90	0,14

Tableau 13: Répartition des réponses en fonction de si le médecin a eu des DA dans sa patientèle ; valeur du p en fonction d'une analyse bivariée de type chi2 (partie 2)

	DA vu dans les 5 années	**Non**		**Oui**		**p**
	Propositions de réponse	**n**	**%**	**n**	**%**	
Barrière de la langue	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	17	58,62	0,26
Barrière de la langue Prévention et dépistage	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	17	58,62	0,26
Barrière de la langue Explication Pathologies Ordonnances	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	17	58,62	0,26
Barrière de la langue Motif de Consultation	Pas du tout d'accord	0	0	0	0	
	Plutôt pas d'accord	1	3,448	0	0	
	Plutôt d'accord	3	10,34	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	2	6,897	18	62,07	0,037
Communication avec Les partenaires Sociaux	Pas du tout d'accord	0	0	3	10,34	
	Plutôt pas d'accord	2	6,897	7	24,14	
	Plutôt d'accord	1	3,448	9	31	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	4	13,79	0,31
Difficultés psycho-sociales	Pas du tout d'accord	0	0	1	3,448	
	Plutôt pas d'accord	0	0	5	17,24	
	Plutôt d'accord	3	10,34	8	27,59	
	Tout à fait d'accord	3	10,34	9	31	0,574
Avance des frais De santé	Pas du tout d'accord	0	0	8	27,59	
	Plutôt pas d'accord	3	10,34	6	20,69	
	Plutôt d'accord	1	3,448	5	17,24	
	Tout à fait d'accord	2	6,897	4	13,79	0,307

5. Profils des diagrammes de rapport

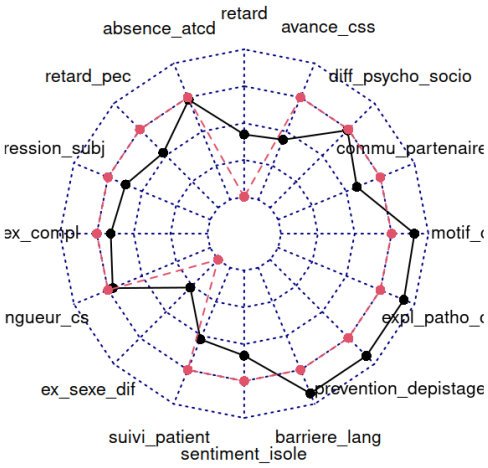
Pour les réaliser nous avons décidé de prendre comme axe une valeur de -2 et -1 pour respectivement « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord », ainsi que +1 et +2 pour « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Pour ordonner ce diagramme, nous avons placé les difficultés linguistiques et le motif de consultation plutôt dans le quart-bas/droit, le quart-haut/droit représente plutôt les difficultés administratives. Le reste de la moitié gauche sont les questions en rapport à la consultation. L'ensemble des profils est retrouvé en annexe 3.

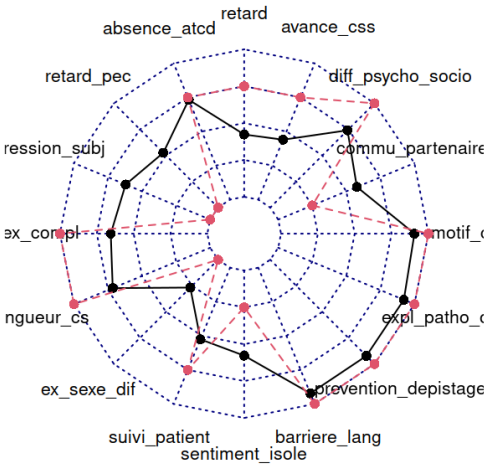
Nous rappelons que les médecins qui présentent une surface plus grande sont les médecins ayant de plus grandes difficultés alors que les médecins avec des surfaces plus petites que la moyenne sont les médecins en ayant moins.

Nous avons fait un profil moyen de réponse (moyenne de tous les médecins ayant répondu) afin de comparer certains profils individuels. Ce profil moyen est représenté en noir sur les diagrammes.

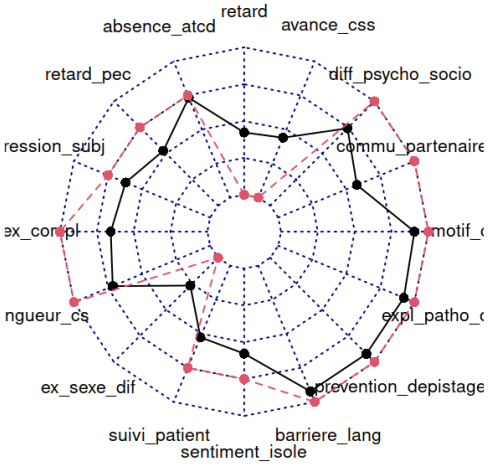
Médecin : 1



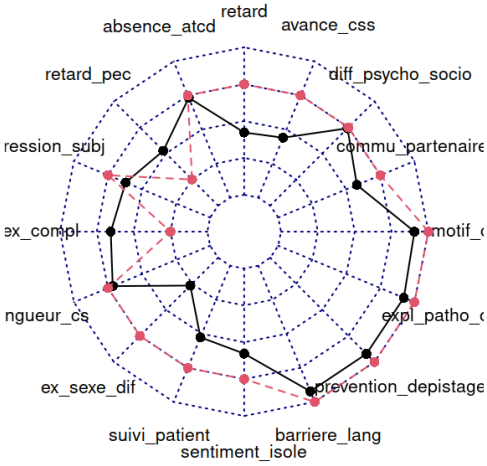
Médecin : 2



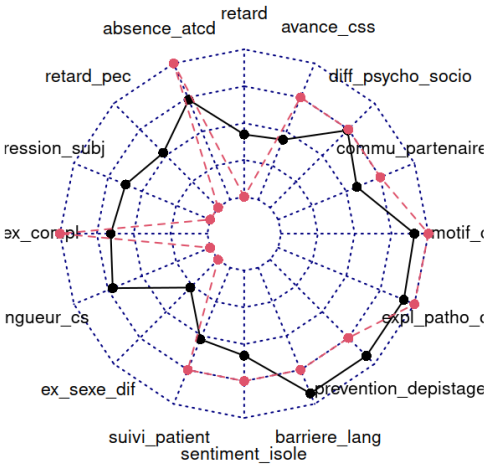
Médecin : 3



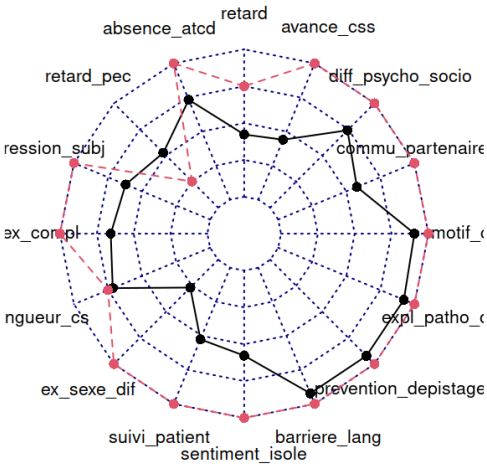
Médecin : 4



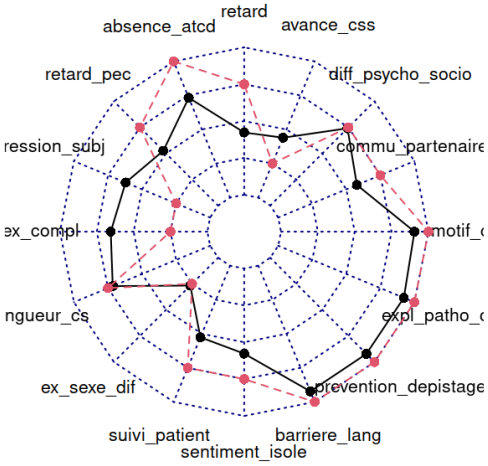
Médecin : 5



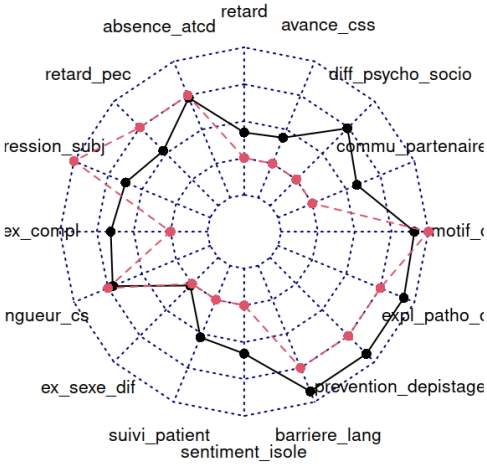
Médecin : 6



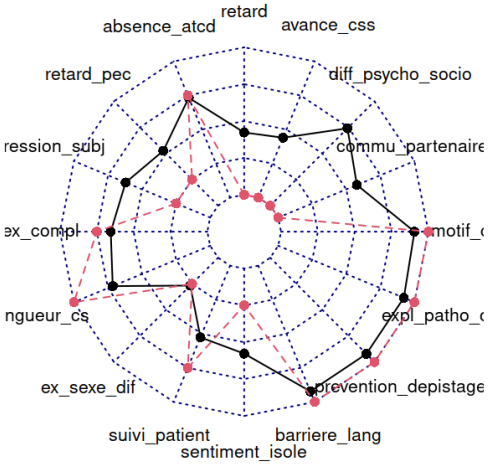
Médecin : 7



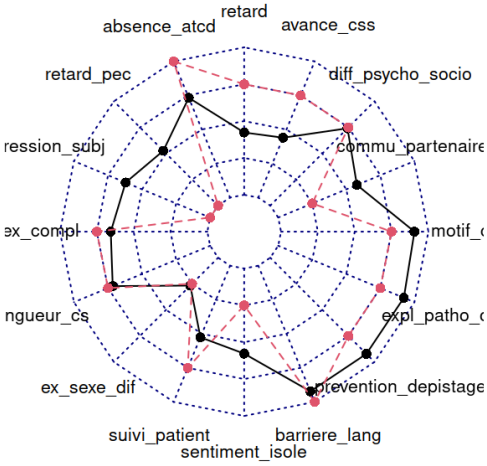
Médecin : 8



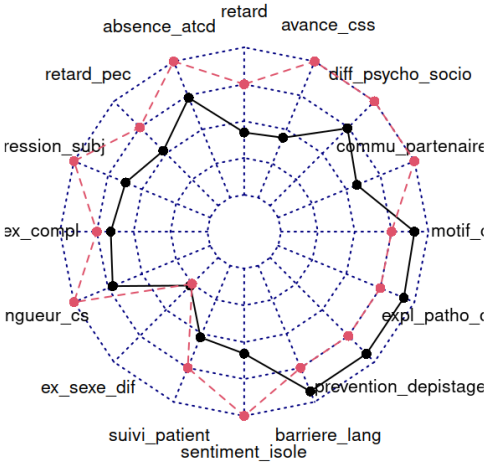
Médecin : 9



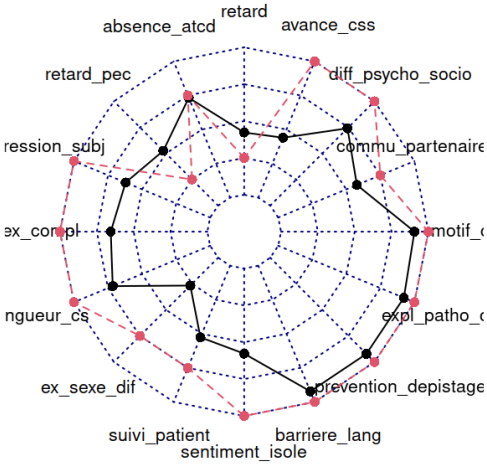
Médecin : 10



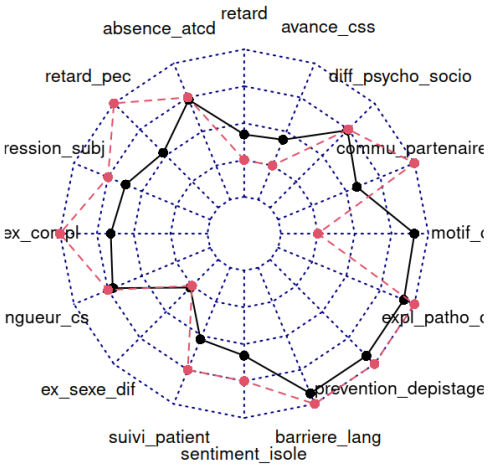
Médecin : 11



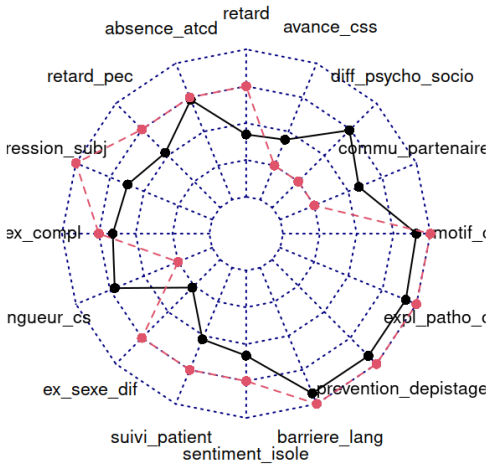
Médecin : 12



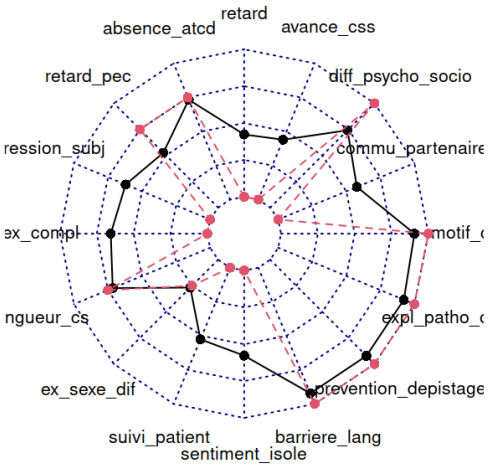
Médecin : 13



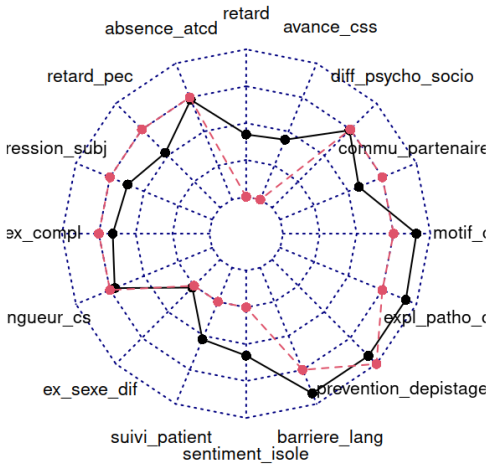
Médecin : 14



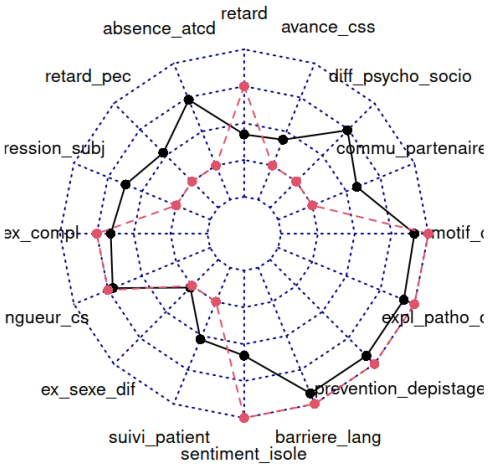
Médecin : 15



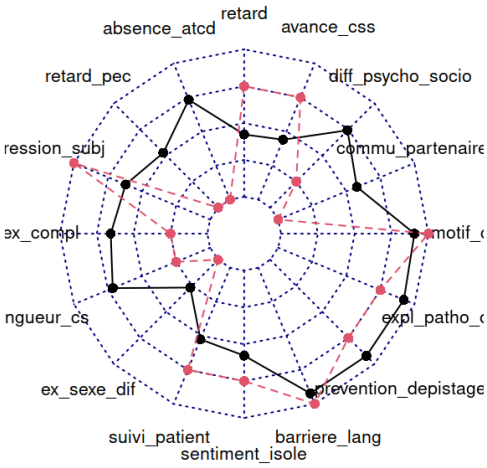
Médecin : 16



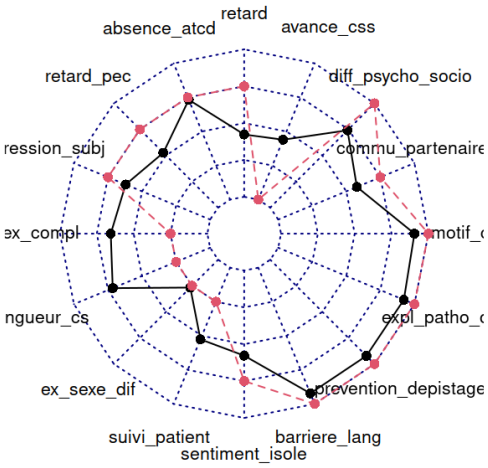
Médecin : 17



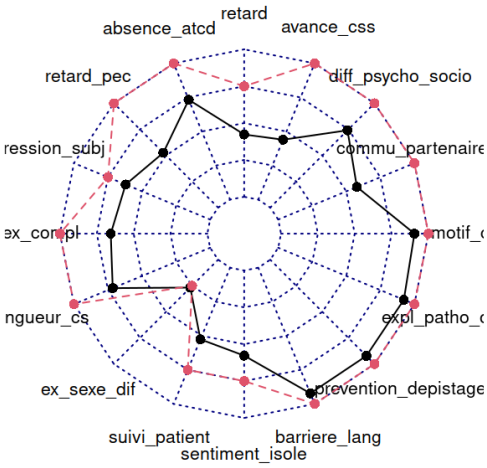
Médecin : 18



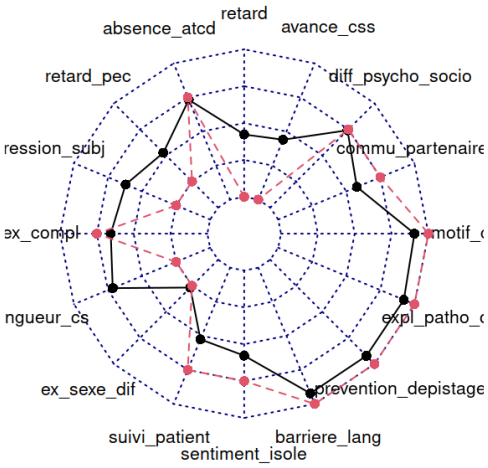
Médecin : 19



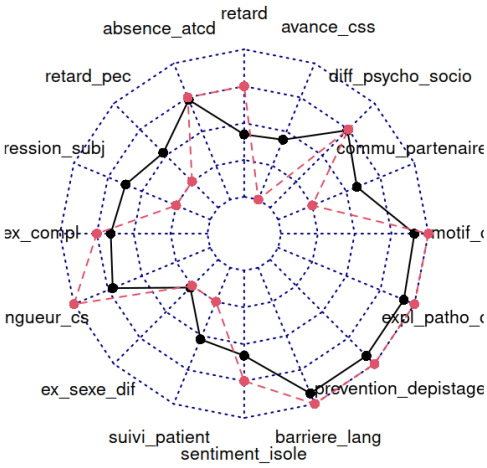
Médecin : 20



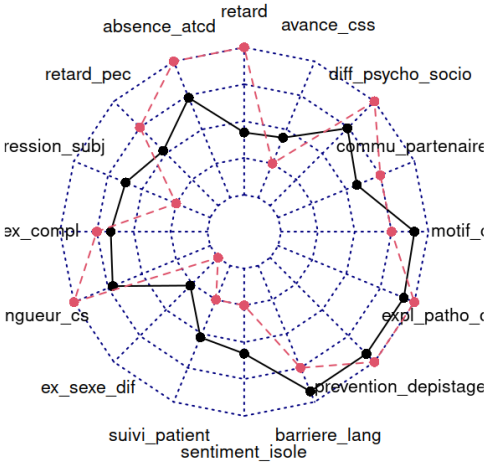
Médecin : 21



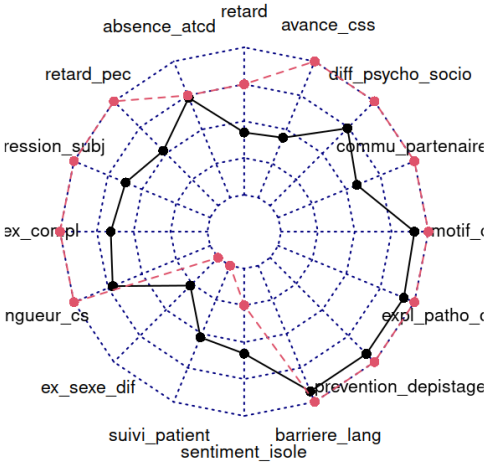
Médecin : 22



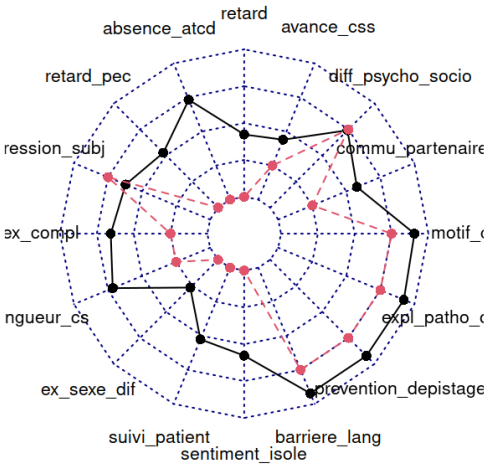
Médecin : 23



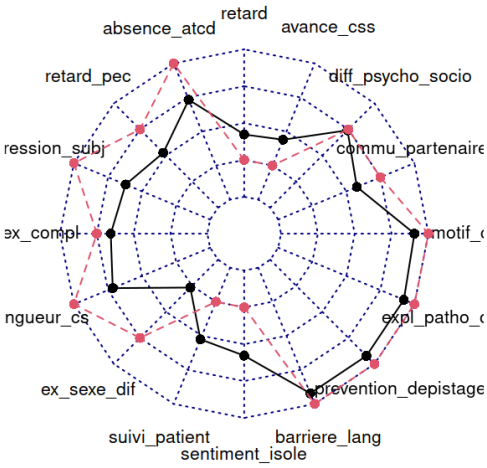
Médecin : 24



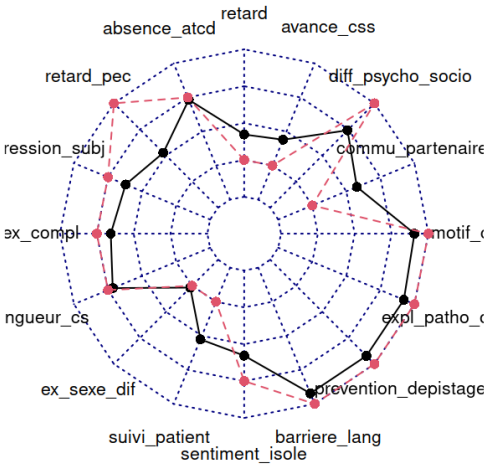
Médecin : 25



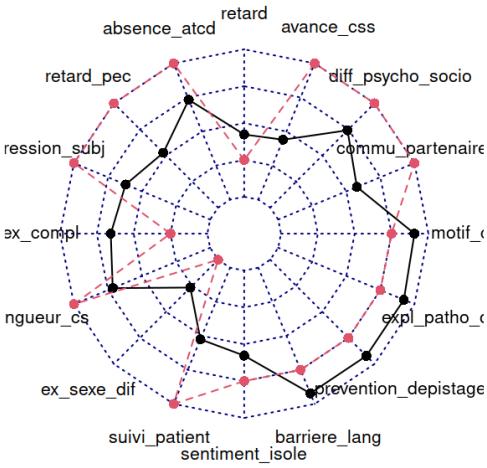
Médecin : 26



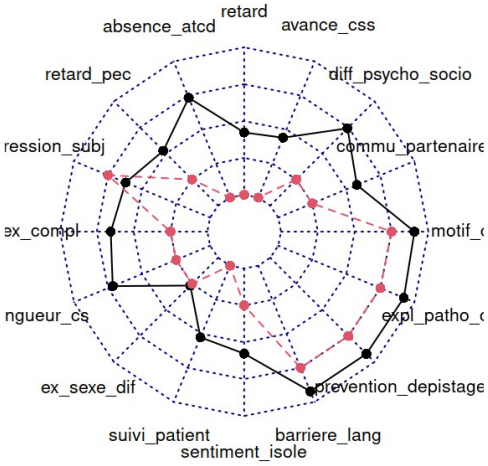
Médecin : 27



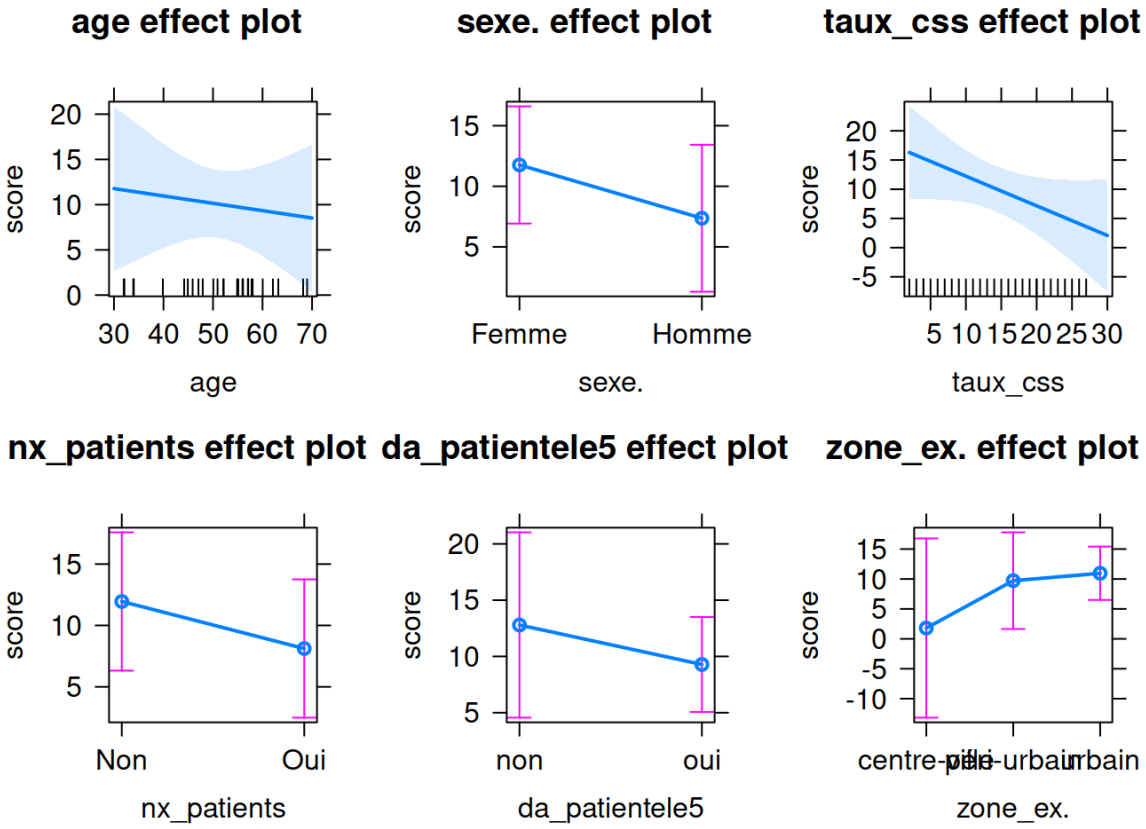
Médecin : 28



Médecin : 29


retard
avance_css
diff_psycho_socio
commu_partenaire
motif_
expl_patho_
prevention_depistage
barriere_lang
sentiment_isole
suivi_patient
ex_sexe_dif
ngueur_cs
ex_compl
ression_subj
retard_pec
absence_atcd

6. Analyse multivariée du score global du questionnaire



7. Remarques libres faites à la fin du questionnaire :

- Le texte en noir sur marron est difficilement lisible.
- L'existence du service de la pass de l'hôpital facilite les premières consultations et la mise en place de la couverture sociale.
- Il serait intéressant d'aborder les outils de traduction de langue : patient accompagné d'un interprète, application traduction multilangue sur portable
- La principale difficulté que je rencontre dans la prise en charge de ces patients reste la barrière de la langue. Des patients issues de certaines communauté viennent avec des traducteurs mais ce n'est pas le cas de tous. Je me demande d'ailleurs comment sont sollicités les traducteurs... pour quelle population ? Par quelle structure ? Il est évident que les problème de la langue rend les choses plus compliquées et que l'on hésite plus à prescrire des examens complémentaires ou des orientations. On s'adapte, on essaie, de les voir plus souvent pour rendre les consultations moins lourdes. Merci de nous tenir au courant des résultats de la thèse.
- Je travaille avec EMMAUS Lescar, ce sont eux qui s'occupent des démarches administratives et bien souvent j'ai un interprète, c'est par le biais d'Emmaüs que je les vois en consultation
- Je suis installée depuis 3 semaines donc pour le moment je n'ai pas le pourcentage de patients ayant la CMU. Pour le moment c'est 5% mais c'est pas super représentatif,
- Ces questions correspondent bien aux difficultés rencontrées
- Sujet intéressant mais très complexe, en rapport avec notre activité, en rapport avec notre activité quotidienne
- Je suis bénévole à médecin du monde et je trouve que cette structure est un très bon appoint pour accueillir des patients demandeurs d'asile
- A signaler le lien avec la permanence d'accès au soin (la PASS du CHG) et les CADA (traducteur des fois) merci google trad
- Sujet intéressant, pour moi ce sont des patients qui nécessiteraient au moins au début d'être accompagné ce qui n'est pas toujours le cas

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Résumé

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de l'agglomération paloise à propos des difficultés dans leur prise en charge des patients demandeurs d'asile

Introduction : Le nombre de demandeurs d'asile est en croissance sur le plan national surtout depuis 2015. Leur accès aux soins est conditionné par l'ouverture de droits à la santé. L'accueil de ces patients en médecine générale est l'objectif principal. Ces consultations sont reconnues pour être complexes.
Méthode : Cette étude quantitative est une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de l'agglomération paloise. Elle a pour objectif de quantifier les différents obstacles déjà répertoriés.
Résultats : La difficulté principale des médecins généralistes est la communication avec des patients souvent non francophones et ce pour 100% des médecins interrogés. D'autres difficultés ont été identifiées : l'absence de connaissance des antécédents médicaux et sociaux des patients, corrélée à l'impression de retard de prise en charge des pathologies. Les difficultés psycho-sociales paraissent également difficiles à gérer particulièrement en raison du manque de coordination entre les différents professionnels accompagnant les DA. La longueur des consultations est citée pour 76% des médecins.
Conclusion : Différentes aides, déjà étudiées, pourraient être généralisées telles que l'interprétariat téléphonique, le partage de dossier avec les travailleurs sociaux et les autres professionnels de santé, avec différents niveaux d'entrée, une meilleure information sur le rôle de la PASS auprès des différents acteurs impliqués dans l'accompagnant des DA et un recours à une consultation transculturelle pour les situations complexes.

Mot clefs: émigrants et immigrants - médecin généraliste – barrières de communication – soins adaptés sur le plan culturel – disparités d'accès aux soins

Opinion survey among general practitioners in the Pau area about the difficulties in their care of asylum-seeking patients

Introduction: The number of asylum seekers has grown nationally, especially since 2015. Their access to healthcare is conditioned by the opening of rights to health. The main objective is to welcome these patients in general medicine. These consultations are known to be complex.
Methods : This quantitative study is an opinion survey of general practitioners in the Pau area. It aims to quantify the various obstacles already listed.
Resultats The main difficulty for general practitioners is communication with patients who are often non-French speaking, for 100% of the doctors questioned. Other difficulties were recorded: the lack of knowledge of the medical and social history of patients, correlated with the impression of delay in taking charge of pathologies. Psycho-social difficulties also seem difficult to manage, particularly due to the lack of coordination between the various professionals accompanying asylum seekers. The length of consultations is cited for 76% of doctors.
Conclusion: Various aids, already studied, could be generalized such as telephone interpreting, file sharing with social workers and other health professionals, with different entry levels, better information on the role of PASS with various actors support in accompanying AD and recourse to a cross-cultural consultation for complex situations.

Keywords: emigrants and immigrants - general practice - communication barriers - Culturally Competent Care – healthcare disparities