



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre

Anne-Lise Kerdraon

► To cite this version:

Anne-Lise Kerdraon. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03544305

HAL Id: dumas-03544305

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544305v1>

Submitted on 26 Jan 2022

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anne-Lise Kerdraon

Née le 29/07/1993 à Landerneau

**La prise en charge
des migrants primo-
arrivants en
Bretagne :
exploration des
pratiques selon le
territoire d'exercice**

**Thèse soutenue à Rennes
le 11/05/2021**

devant le jury composé de :

Dominique GUYADER

PU-PH en Gastroentérologie, hépatologie et
addictologie au CHU de Rennes / *président du jury*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH en Epidémiologie, économie de la santé et
prévention au CHU de Rennes / *examineur*

Emmanuel ALLORY

MCU associé, médecin généraliste membre du
DMG / *examineur*

Bernard GALLEN

PH en médecine générale et médecine tropicale,
Médecin coordinateur DATASAM pour la région
ouest Morbihan / *directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anne-Lise Kerdraon

Née le 29/07/1993 à Landerneau

**La prise en charge
des migrants primo-
arrivants en
Bretagne :
exploration des
pratiques selon le
territoire d'exercice**

**Thèse soutenue à Rennes
le 11/05/2021**

devant le jury composé de :

Dominique GUYADER

PU-PH en Gastroentérologie, hépatologie et
addictologie au CHU de Rennes / *président du jury*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH en Epidémiologie, économie de la santé et
prévention au CHU de Rennes / *examineur*

Emmanuel ALLORY

MCU associé, médecin généraliste membre du
DMG / *examineur*

Bernard GALLEN

PH en médecine générale et médecine tropicale,
Médecin coordinateur DATASAM pour la région
ouest Morbihan / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUSSEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie

SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique Guyader, je vous remercie d'accepter de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Ronan Garlandezec, je vous remercie de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Allory, je vous remercie de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Bernard Gallen, je te remercie pour ta grande implication et ton immense soutien pendant toute la durée de ce travail que tu as accepté de diriger.

A Monsieur le Docteur Pascal Jarno, je te remercie pour les conseils méthodologiques que tu as pu m'apporter.

A Monsieur le Docteur Gaylord Delobre, je vous remercie pour votre relecture de mon travail et vos conseils avisés.

A Madame le Docteur Hélène Leroy, je vous remercie pour votre relecture de mon travail et vos conseils avisés.

A Madame le Docteur Sylviane l'Echelard, je vous remercie pour la transmission précieuse d'informations pour démarrer ce travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Stéphane Blais, je te remercie pour tes conseils en tant que tuteur et pour ta participation à ce travail.

Aux médecins ayant participé à cette étude, je vous remercie du temps et de l'implication dont vous avez fait preuve lors des entretiens.

Aux travailleurs sociaux et membres d'associations pour l'aide aux migrants, je vous remercie de votre aide dans mon travail de réflexion.

A ma co-codeuse Lolita, merci pour ta disponibilité, ton travail de grande qualité, et ta précieuse amitié.

A ma famille, mes parents, mes sœurs, merci pour votre soutien permanent depuis ma première première année. Mention spéciale pour ma Maman et sa relecture attentive de ce travail.

A Arthur, je te remercie d'être à mes côtés.

A mes amis, les anciens comme les nouveaux, sans qui la vie serait bien moins attrayante. Merci à Gui, Maff, Mich, Mayo et Moignon qui m'ont permis de rester quelqu'un de normal. Merci aux Chag d'avoir rendu ses années de faculté plus douces. Merci à tous mes anciens colocataires, en particulier Dame Goulue, pour tous ces beaux moments de partage et de convivialité. Merci à Dame Calvet d'avoir ré-introduit l'acrosport dans ma vie. Merci à mes copains de DZ pour votre sens de la Justice.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	9
A.	Définitions	9
B.	Recommandations sur la prise en charge des migrants	10
C.	Conditions d'accès aux soins	10
D.	Filières d'accès aux soins disponibles.....	11
II.	Matériel et méthode	13
III.	Resultats	15
A.	Les thèmes associés aux consultations des populations migrantes.....	15
1.	Le bilan somatique	15
2.	Les troubles de la santé mentale	17
B.	L'adaptation de la consultation	19
1.	Une prise en compte des différences culturelles	19
2.	Une prudence et appréhension de l'examen clinique	20
3.	Un écart culturel entraînant une incompréhension chez le médecin	20
4.	Le migrant perçu en « consommateur » de soins.....	20
5.	Des aspects positifs des ressentis personnels des médecins.....	21
C.	Les limites rencontrées.....	21
1.	La barrière de la langue	21
2.	Les conditions financières et sociales du patient.....	24
3.	Les conditions de travail en médecine générale.....	25
D.	La récupération d'information et les réseaux d'aides	26
1.	L'interrogatoire du patient : des pertes d'informations visibles	26
2.	La récupération de dossiers antérieurs.....	26
3.	Le réseau DATASAM.....	27
4.	Les contacts intra médicaux.....	27
5.	Le réseau associatif	28
6.	Des liens étroits avec les travailleurs sociaux.....	28
7.	Un tissu de solidarité dont le médecin fait parti.....	28
E.	L'apport d'un centre local	29
1.	La réalisation de bilans exhaustifs remis aux patients.....	29

2.	La proximité du centre de référence : un côté pratique	29
3.	Un avis spécialisé.....	29
4.	Un lieu de coordination	30
F.	Les propositions d'améliorations	30
1.	La tenue d'un dossier médical commun papier	30
2.	L'accès à l'interprétariat professionnel.....	30
3.	Une demande de formation.....	31
4.	Une offre de prise en charge psychologique à étoffer	31
	IV. Discussion.....	32
A.	Forces et faiblesses de l'étude	32
1.	Faiblesses	32
2.	Forces	33
B.	Idées fortes	33
	V. Conclusion	38
	VI. Bibliographie	39
	VII. Glossaire	41
A.	Sigles	41
B.	Termes spéciaux	41
	VIII. Annexes	43
A.	Annexe 1.....	43
B.	Annexe 2.....	44
C.	Annexe 3.....	46
D.	Annexe 4.....	47
E.	Annexe 5.....	47

I. INTRODUCTION

A. Définitions

Les flux migratoires, conséquence de guerres, de conflit, d'évènements géo-climatiques, auront marqué l'histoire mondiale de ce début de troisième millénaire(1).

Depuis 2015, les demandeurs d'asile en provenance de Syrie, d'Afghanistan, d'Irak, du Soudan et de bien d'autres pays, se présentent dans des proportions inégalées aux frontières de l'Union Européenne(2).

La France représente aussi une terre d'asile et l'on observe une hausse importante de la demande. En 2019, l'OFPRA (Office français de Protection des Réfugiés et Apatrides) en a enregistré 132.000, soit 7% de plus qu'en 2018(3). Le profil de ces personnes, auparavant constitué presque uniquement d'hommes jeunes, est en train de progressivement se diversifier, avec un accroissement des flux de femmes migrantes et des mineurs seuls, appelés Mineurs Non Accompagnés (MNA)(4).

Arrivés sur le territoire national, les demandeurs d'asile sont répartis dans les différents départements pour leur prise en charge administrative et leur hébergement ; c'est ainsi que la Bretagne est devenue au fil du temps une terre d'accueil des migrants.

Les termes de « migrants » et « réfugiés » n'ont pas la même signification. La convention de Genève de 1951 désigne comme réfugié toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays(5).

La définition de migrant est bien plus large et désigne toute personne quittant un pays pour un autre. La dénomination de primo arrivant précise quand à elle le caractère nouveau de l'arrivée du migrant sur le territoire en question, avec à la clef des questions d'intégration physique, sociale, administrative, financière, ou culturelle.

Les raisons de ce départ sont d'une grande diversité : migrants pour le travail, migrants économiques, réfugiés politiques, étudiants, migrants environnementaux, etc(6).

Le COMEDE recommande l'utilisation d'exilé afin de ne pas oublier la souffrance humaine associée au déracinement qu'entraîne l'obligation de quitter sa terre natale et à la traversée souvent périlleuse que font ses personnes avant d'arriver à destination(7).

B. Recommandations sur la prise en charge des migrants

Les conditions de vie des patients migrants, que ce soit avant ou après leur arrivée en France, engendrent plusieurs conséquences sur leur santé : l'augmentation des pathologies infectieuses, la présence de pathologies d'importations du pays d'origine, une couverture vaccinale faible voire inexistante, une augmentation du risque d'infections sexuellement transmissibles, de la malnutrition, du stress post-traumatique, etc.

Il est recommandé, par le comité pour la santé des exilés (COMEDE) et le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), lors d'un premier « rendez-vous santé », un entretien et un examen physique complet, en mettant l'accent sur la recherche des syndromes psychotraumatiques et de séquelles de sévices, un bilan sanguin avec une numération de la formule sanguin pour la recherche d'anémie et d'hyperéosinophilie pouvant orienter vers une parasitose, une glycémie à jeun, une sérologie des hépatites virales chroniques et du VIH-sida, une radiographie thoracique et un dépistage de la tuberculose(8). Le dépistage des parasitoses dépend du pays d'origine. Ces préconisations s'ajoutent bien sûr aux recommandations communes à la population générale, notamment pour les dépistages de masse de certains cancers(9).

La prise en charge doit comme nous l'avons vu être adaptée en fonction de l'origine géographique du patient. Il en est de même concernant le discours et l'attitude à adopter qui est fonction de la culture et des croyances du patient. La barrière de la langue peut également constituer un obstacle qu'il faut apprendre à dépasser. Une des difficultés de la consultation migrant est aussi de prendre en compte les spécificités de celui-ci, sans tomber dans le culturalisme.

C. Conditions d'accès aux soins

Un patient migrant primo arrivant, qu'il ait fait ou non une demande de régularisation, doit au minimum attester de 3 mois de présence sur le sol français pour pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat qui permet une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des soins médicaux sans avance des frais.(10)

Pendant ce délai de 3 mois, il existe un dispositif de soins urgents et vitaux qui permet de prendre en charge les patients lorsque leurs soins se révèlent indispensable à leur maintien en santé.

Une demande d'asile, lorsqu'elle est effective avec obtention du récépissé, souvent sésame pour les migrants, donne le droit à l'ouverture d'une couverture santé. Les demandeurs d'asile bénéficient donc de la Protection Universelle Maladie (PUMA), et de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui elle est sous condition de ressources, ce qui facilite leur prise en charge dans les différentes filières d'accès aux soins(11).

Lorsque la demande d'asile est refusée, on parle de demande déboutée, le migrant a une injonction de quitter le territoire, appelée OQTF, et perd alors sa couverture santé et l'accès aux filières de soins.

D. Filières d'accès aux soins disponibles

Parmi ces filières, les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont régulièrement sollicités par les migrants. Or, comme leurs noms l'indiquent, les SAU sont des lieux de consultation pour motifs médicaux urgents. La prise en charge ne peut alors être que partielle, focalisée sur le problème en cours, et la saturation actuelle des services d'urgences ne favorise pas non plus l'exhaustivité des bilans.

Au contraire, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), créées dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998, ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité.⁽¹²⁾ Les soins, la rétrocession pharmaceutique ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier y sont réalisés sans avance de frais même pour les personnes en situation irrégulière.

C'est un lieu privilégié pour la réalisation d'une prise en charge médicale voire d'un bilan de santé pour une personne migrante arrivant sur le territoire français.

Les PASS ont également pour rôle de tisser des liens et servir de relai avec les acteurs extérieurs aux établissements hospitaliers tels les effecteurs sociaux, les associations d'entraide, et surtout les médecins généralistes, qui demeurent les principaux intervenants en soins primaires et qui assurent le suivi des patients migrants lorsqu'un transfert vers la médecine de ville et vers le droit commun est réalisé.

Les praticiens de médecine générale doivent se former et s'adapter à une patientèle migrante notamment primo arrivante. La répartition inégale de ces personnes sur le territoire peut entraîner des prises en charge différentes en fréquence et en contenu selon le praticien ; il en est de même dans des aides à disposition pour ces médecins.

La Bretagne fait actuellement partie des régions françaises bénéficiant du plus d'ouverture de places d'hébergements pour les demandeurs d'asile⁽¹³⁾ dans les différentes structures existantes (HUDA, CADA, PRAHDA, SIAO). Ce flux migratoire a plusieurs origines : démantèlement des camps du territoire français, transferts en provenance de régions à forte densité de migration, relocalisation après passage dans les Hotspots, et flux locaux⁽¹⁴⁾.

Afin de coordonner la prise en charge médicosociale de ces patients, le réseau DATASAM a été créé en 2011. Ce dispositif déployé en Bretagne a un rôle d'appui aux professionnels du monde de la santé ou du social afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes. Elles se concrétisent par des outils d'aide à la prise en charge des migrants (documents traduits), des réunions d'informations et de sensibilisation, l'aide au recours de l'interprétariat professionnel. Ce réseau DATASAM est animé par des médecins référents dans chaque département breton, praticiens le

plus souvent en lien avec des consultations dédiées migrants dans des centres de santé ou dans des PASS hospitalières(15).

L'objectif principal de ce travail était de faire une exploration des pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge des migrants primo-arrivants. Les objectifs secondaires étaient de rechercher, par études de deux groupes de médecins d'origines géographiques distinctes, l'intérêt de la présence locale d'un centre référence de consultation pour migrants et de mettre en évidence les possibilités d'amélioration de ses prises en charge en fonction des difficultés rencontrées par ces médecins.

II. MATERIEL ET METHODE

La population d'étude était les médecins généralistes de cabinet de ville prenant en charge régulièrement des patients migrants, avec un travail sur deux groupes de population : d'un côté des médecins généralistes exerçant auprès d'un centre de consultations dédiées aux migrants, en l'occurrence le centre du Voyageur International de l'hôpital du Scorff à Lorient (Groupe Hospitalier de Bretagne Sud) dont le Dr Bernard Gallen est responsable. De l'autre des médecins généralistes travaillant à distance d'un centre de référence migrant, ici recrutés dans la région de Lannion, où se situent plusieurs centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et de primo-arrivants.

Le choix d'un recrutement ciblé de médecins prenant régulièrement en charge des patients migrants a été fait afin de maximiser les chances d'obtenir des pratiques a minima « prédéfinies » dans l'esprit de l'interrogé. L'obtention d'une liste de tels médecins dans chaque secteur a été possible en confrontant les informations transmises par les associations locales aidant la population migrante aux données du Dr Gallen pour Lorient, et à celles de la responsable DATASAM des Côtes d'Armor, Sylviane L'Echelard pour Lannion. Le recours à plusieurs sources d'information avait pour but de rendre mon échantillon plus représentatif.

Un premier contact a été établi grâce à l'envoi d'un courrier postal présentant le sujet et les objectifs d'études (en Annexe 1). Une relance téléphonique a été effectuée dans un second temps, avec si accord, rencontre du praticien sur le lieu de son choix. Le taux de réponse positive a été de 31% à Lannion et de 54% à Lorient. Ces taux élevés de réponses positives sont le résultat d'un recrutement ciblé et surtout montrent l'intérêt des médecins généralistes concernant cette problématique.

Le recueil de données s'est effectué grâce à 11 entretiens qualitatifs semis dirigés individuels, d'une moyenne de 22 minutes chacun, effectués entre mai et octobre 2020. La grande majorité des entretiens ont eu lieu en face à face. Une interview a été réalisée par visioconférence dans le cadre de la limitation de déplacement liée à l'épidémie de COVID 19.

Les entrevues ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien dont la trame initiale a été construite grâce aux données de la littérature et qui a été secondairement modifiée en fonction des premiers témoignages apportés (en Annexe 2).

La saturation des données a été obtenue au bout de 10 entretiens.

Avec l'accord des participants, un enregistrement audio des interrogatoires a été effectué avec par la suite retranscription en verbatims à partir des enregistrements. Un codage ouvert manuel sans utilisation de logiciel de codage a permis d'enrichir au fur et à mesure la grille d'analyse. Un double codage d'environ 30 % des entretiens a permis une plus grande validité de celui-ci. La technique de théorisation ancrée a été

adoptée : la grille de codage a été réalisée de manière inductive, et la catégorisation des verbatims a permis l'émergence de concepts non prévus initialement.

III. RESULTATS

L'échantillon de 11 médecins généralistes ayant participé à l'étude comprenait 5 femmes et 6 hommes, avec un âge moyen de 49 ans et un nombre d'années d'exercice moyen de 19 ans. La majorité des interrogés exerçait en milieu urbain. Le nombre de primo arrivants pris en charge durant l'année précédente était très variable allant de 3 à 80, avec une différence entre les deux régions d'études, la médiane à Lannion étant de 12,3 contre 40 à Lorient.

L'ensemble des caractéristiques quantitatives des participants de l'étude recueillies sont détaillées en Annexe 3.

L'analyse longitudinale a permis d'identifier 6 thématiques principales :

- Les thèmes associés aux consultations des populations migrantes ;
- L'adaptation de la consultation ;
- Les limites rencontrées ;
- La récupération d'information et les réseaux d'aides ;
- L'apport d'un centre local de référence ;
- Les propositions d'amélioration.

Les témoignages ont été annotés par le sigle MG avec un nombre correspondant à leur ordre d'enregistrement. Afin de pouvoir mettre en évidence les différences rencontrées selon les territoires d'exercice, il s'y ajoute les lettres A et B selon le secteur d'interview des médecins : secteur de Lannion (A) et secteur de Lorient (B).

A. Les thèmes associés aux consultations des populations migrantes

1. Le bilan somatique

a) Des connaissances sur le bilan de base

L'interrogatoire, pierre angulaire du diagnostic en médecine générale, peut être limité dans une consultation avec un patient migrant par plusieurs facteurs qui seront décrits dans les sous thèmes suivants, comme la barrière de la langue, le manque de connaissance du patient concernant ses antécédents personnels et familiaux, l'incompréhension de patients des précédents examens réalisés ne lui permettant pas de décrire ceux-ci.

Concernant le bilan médical systématique lors de l'arrivée au cabinet d'un patient migrant primo-arrivant on peut noter :

- une attention particulière portée au dépistage des hépatopathies chroniques et des Infections sexuellement transmissibles (cités chez l'ensemble des interrogés) ;
- l'absence de réalisation systématique d'une radio pulmonaire bien que la tuberculose soit évoquée ;

-l'évocation faible de la réalisation d'examen parasitologique des selles.

MG 7 (B) : « *Et bien en rentrant, on leur fait systématiquement, (...) un bilan avec des sérologies, hépatite B hépatite C VIH. (...), on se demande tout de suite pour les vaccinations si ça a été fait.* »

MG 5 (B) : « *La tuberculose, bon je ne fais pas de dépistage systématique* »

MG 8 (B) : « *Les sérologies, maintenant Bernard fait déjà un peu les choses mais sinon nous ils partent avec leur numération, leurs sérologies B et C, l'HIV forcément, le palu pour ceux qui venaient d'endroits paludéens, l'électrophorèse [de l'hémoglobine] quand ils viennent de Mayotte ou de contrées du pourtour méditerranéen, pas forcément d'emblée mais rapidement. Et aussi l'examen parasitologique des selles, et la radio de poumons, ça c'était le BAba.* »

A noter que plusieurs médecins Lorientais s'aident des bilans réalisés en centre de consultation voyageurs comme repère pour leurs propres bilans.

MG 8 (B) : « *En fait franchement n'ayant pas on va dire de formation particulière dans la matière, je me suis assez calqué sur ce que fait le Dr Gallen, en particulier en matière de pathologie infectieuse, de couverture vaccinale et tout ça* »

b) Une attention particulière à la Vaccination

Concernant les vaccinations, une vérification du carnet de vaccination est faite, et en cas de doute, soit un dosage des sérologies vaccinales est réalisé, soit le patient est directement vacciné. A noter qu'une partie des médecins ne vérifie pas le statut vaccinal car considèrent que cela a été fait en amont.

MG 3 (A) : « *Mais j'ai naïvement l'idée que tous les migrants ont été bilanté à l'arrivée sur le territoire, ce qui en fait n'est pas toujours vrai j'ai l'impression.* »

MG 6 (B) : « *Je revaccine. Enfin ça dépend s'ils ont des droits ouverts ou pas. Par exemple s'ils n'ont pas de droits ouverts à la CMU je ne vais pas m'embêter à refaire des sérologies, je refais le vaccin et puis voilà. Ça dépend quelles sérologies.* »

c) Une volonté d'éviter le doublon d'examen et la multiplication des examens complémentaires

La non-réalisation de certains examens de « débrouillage » est en partie expliquée par peur du doublon et de la multiplication des examens complémentaires liés aux déplacements administratifs des patients migrants.

MG 4 (A) : « *Parce que des fois ils restent trois mois dans un endroit, il y a des gestes qui sont refaits, et ça c'est un gros soucis.* »

MG 8 (B) : « *Des fois ils ont perdu leur dossier alors on sait pas trop ce qu'ils ont fait on est obligé de refaire les vaccins alors c'est bis repetita.*»

d) Une limitation des actes de prévention

Les actes de préventions sont globalement limités car se heurtent également à la barrière de la langue, mais aussi en raison d'une prise en charge médicale souvent écourtée. De plus, la précarité financière et des conditions de vie de ses patients peut rendre secondaire voir inatteignable ces objectifs de santé publique.

MG 3 (A) : « *J'ai pas tant que ça de suivi avec les migrants. Les migrants que je vais voir c'est très ponctuel* »

MG 6 (B) : « *Tout ce qui est prévention c'est plus compliqué. Tout ce qu'on peut apporter en plus est bloqué par la langue. (...) C'est beaucoup plus difficile. C'est plus par petites touches et si la consultation ... Enfin on va moins aller vers les gens pour ça* »

MG 10 (B) : « *C'est vrai que parler diététique c'est pas évident avec des gens qui vont à la banque alimentaire, hein.* »

e) Une population en bonne santé : peu de problèmes somatiques majeurs

Enfin, les médecins ont rarement eu affaire à des problèmes somatiques majeurs ayant dépassé leur compétence, la patientèle migrant étant décrite comme jeune et en bonne santé.

MG 11 (B) : « *Comme c'est une population jeune et en bonne santé... C'est pas des diabétiques, insuffisant rénaux, coronariens, etc.* »

2. Les troubles de la santé mentale

a) Une conscience de la fréquence augmentée des psychotraumatismes

Concernant la prise en charge psychologique, la plupart des médecins interrogés ont évoqué avoir conscience de la fréquence augmentée des psychotraumatismes dans la population migrante.

MG 6 (B) : « *La notion de psycho traumatisme, je l'ai bien en tête. On ne traverse pas des déserts juste parce qu'on a envie. Il y a forcément un psycho traumatisme, et même si les gens sont dits migrants économiques. Un traumatisme familial, une pression familiale. C'est sous-jacent, je sais que ça existe après je sais pas forcément l'importance, quel est l'enjeu de ça pour chaque patient mais je sais que potentiellement pour un patient, il y en a un.* »

b) Des difficultés à aborder le sujet

Cependant, plusieurs facteurs gênent les praticiens interrogés dans l'abord des psychotraumatismes avec leur patient. Un manque de formation et de connaissances sur les psychotraumatismes est plusieurs fois évoqué, s'associant à une crainte d'être

submergé par les affects à l'écoute des histoires éprouvantes subies par les patients. Encore une fois, la barrière de la langue vient également freiner la discussion.

MG 5 (B) : « *Parce que c'est un truc que je sais pas gérer. Un état de stress post traumatique je sais pas. Je sais qu'il faut pas mettre de benzo, je sais que les grands spécialistes mettent des béta bloquant, je sais pas du tout gérer un truc comme ça.* »

MG 5 (B) : « *Je l'aborde très peu [le versant psychologique] parce que en fait c'est très compliqué. C'est toujours ce problème de la barrière de la langue qui voilà.* »

MG 7 (B) : « *C'est très dur de les écouter. C'est vraiment un passé très douloureux et ils ont besoin de s'exprimer.* »

MG 10 (B) : « *Je me fais la réflexion que je leur propose très vite un anti dépresseur. Parce que je pense que cette situation ne serait absolument pas vivable. Et je sais pas si j'ai raison ou tort, je pense qu'il y a des fois un peu les affects qui prennent le dessus dans ce genre de situation.* »

c) Un repérage d'une symptomatologie psychosomatique

Concernant les motifs de consultations, dans les récits, les plaintes du patient peuvent souvent être reliées par les praticiens à une somatisation, une manifestation de l'angoisse du vécu du patient.

MG 1 (A) : « *En fait je pense qu'il y a beaucoup d'angoisse dans sa diarrhée. C'est-à-dire que lors d'une consultation précédente elle m'a expliqué que, après le confinement, sa famille et elle, parce que c'est une femme avec son mari et son fils, ne devraient plus pouvoir rester en France.* »

MG 2 (A) : « *Je le vois très souvent pour le même type de problématique, qui est, je pense, probablement liée à l'angoisse et liée à son moral.* »

Une part des interrogés utilise justement des symptômes « somatiques » tel que la fatigue ou l'appétit pour ensuite évoquer des sujets plus complexes tels que l'humeur et l'état psychologique. Une mise en confiance progressive du patient est alors nécessaire.

MG 10 (B) : « *C'est toujours une question assez simple, comment se passe le sommeil. A travers le poids, tous ces symptômes-là qui peuvent être des petits signes d'anxiété.* »

d) Des récits d'antécédents de violences

Les antécédents de violences rapportées, qu'elles soient physiques, psychiques ou sexuelles semblent omniprésentes lors des entretiens.

MG 2 (A) : « *Ce sont des jeunes qui ont un vécu très très compliqué, d'une part dans leur pays, en tout cas c'est ce qu'ils nous racontent, dans leur pays la plupart ont fui des persécutions, ont fui des violences, et c'est un parcours, le passage de la*

Méditerranée, mis dans des centres où ils ont été baladés ils n'ont pas compris ce qu'on faisait d'eux »

MG 10 (B) : « *Parce que ça c'est un petit monsieur qui a été suspecté d'intelligence avec l'ennemi donc on imagine tout ce qu'il a pu subir effectivement, et de comprendre un petit peu où ils en sont quoi »*

MG 11 (B) : « *C'est des gens qui ont une histoire, faut pas rêver. Dépaysement, torture, voyage, abandon de famille, pas de moyen de communication, une culture différente, on peut comprendre que... Enfin je pense qu'ils ont beaucoup une histoire difficile physiquement, psychologiquement, et qu'ils arrivent avec leur problématique qu'ils avaient déjà, au Mali, ou dans ces pays-là. »*

e) La présence de non-dits

Les praticiens interrogés évoquent aussi la présence de non-dits relatifs au passé des patients, identifiés grâce aux émotions mais aussi par leur silence.

MG 1 (A) : « *Le père disait des choses et je vois bien que la femme ne traduisait pas les choses. Je pense qu'il n'arrivait pas à dire ce qu'il voulait dire. C'est devenu très lourd, il y avait des larmes aux yeux de la femme, et là je me suis dit c'est bon j'arrête. C'était trop douloureux. »*

MG 2 (A) : « *Ce sont des personnes qui vont très peu parler de leur ressenti psychologique, et, pour lesquels beaucoup vont donner le change, on va avoir du mal à voir leur santé psychologique »*

f) L'utilisation de questionnaires spécifiques

Afin de faciliter ces prises en charge, les médecins ont parfois recours à des questionnaires spécialisés, et se réfèrent au bilan initial réalisé afin de mieux appréhender les antécédents du patient.

MG 1 (A) : « *Je me souviens que justement sur le questionnaire papier il y avait ces questions-là, donc ça y répondait en partie. »*

B. L'adaptation de la consultation

1. Une prise en compte des différences culturelles

Les patients migrants étant originaires de pays divers, des différences culturelles ont été soulignées par les interrogés. Sont évoquées des variations au niveau du schéma corporel, et de la symptomatologie, ou encore en ce qui concerne les représentations face à la maladie. Sur un versant plus technique, les principes de la consultation médicale et plus largement du système de soin en France sont parfois ignorés.

MG 3 (A) : « *Ce qu'ils projettent sur la plainte c'est pas forcément le même schéma corporel ou psychologique que j'ai l'habitude de soigner. »*

MG 4 (A) : « *Par exemple une des problématiques c'est qu'ils ont du mal à comprendre que par exemple pour les kinés, ils vont une fois au rendez-vous et après ils ne reviennent pas.* »

MG 6(B) : « *J'essaye d'adapter mon discours en fonction de ce que je sais de la culture. (...) j'aurais pas forcément le même discours. Je sais qu'ils ne connaissent pas forcément le système de santé français* »

MG 7 (B) : « *Le français nous dirait « j'ai mal au dos, j'ai mal à la tête », eux c'est la peau, ça brule, ça pique, ça ressemble à rien. « J'ai le feu là ». C'est des trucs, c'est pas dans les bouquins de sémiologie. C'est très étonnant.* »

2. Une prudence et appréhension de l'examen clinique

Pour y remédier les médecins décrivent une plus grande écoute et une adaptabilité que ce soit dans la parole ou dans les gestes, notamment lors de l'examen clinique, afin d'instaurer un climat de confiance.

MG 1 (A) : « *J'essayais de faire très attention, de leur demander si je pouvais examiner leur ventre.* »

A noter que plusieurs médecins ont veillé à souligner l'importance de considérer les migrants primo arrivants comme n'importe quel autre patient, et surtout en tant que patient avec les mêmes attentes vis-à-vis du soin et de la relation au médecin.

MG 3 (A) : « *Je pense que la vision du médecin est à peu près la même.* »

MG 11 (B) : « *J'ai pas l'impression d'avoir eu de situation complexe, je réfléchis, non c'est des patients normaux.* »

3. Un écart culturel entraînant une incompréhension chez le médecin

Parfois, un trop grand écart culturel entraîne une incompréhension du médecin vis-à-vis de l'histoire de son patient.

MG 6 (B) : « *J'en ai vu une je me souviens elle a été excisée trois fois. La première fois parce que c'est la tradition, la deuxième fois parce que « Oh ça devait pas être bien fait », la troisième fois, pour la punir parce qu'elle avait refusé le mariage avec le cousin ou je sais pas quoi. Enfin bref c'était...(silence) Voilà* »

4. Le migrant perçu en « consommateur » de soins

Enfin, le patient migrant est parfois repéré comme « consommateur » de soins.

MG 10 (B) : « *C'est des gens qui viennent beaucoup nous voir. Qui arrivent avec leur petit porte-document et qui arrivent en salle d'attente. Il y en a qui sont très très consommateurs hein.* »

MG 11 (B): « *Eux ils sont assez demandeurs, « j'ai le nez qui coulent il faut me faire un arrêt de travail ». Ils ont pas tout saisi la complexité du système, alors je suis obligé de le leur rappeler. »*

5. Des aspects positifs des ressentis personnels des médecins

Malgré cela, la patientèle migrant est bien souvent considérée par les médecins interrogés, de manière globale, comme agréable, plus à l'écoute et plus reconnaissant que la population générale.

MG 6 (B) : « *Ils le savent qu'ils ont de la chance, et en général ils sont très respectueux. Ils savent quelle chance ils ont, ils ont vécu dans des situations où le soin n'est pas gratuit. Ils sont respectueux de notre parole, de nos personnes et il faut pas hésiter à les prendre en charge »*

MG 11 (B) : « *Et puis je pense que c'est presque une population plus simple à traiter, parce qu'ils sont pas critiques. Ils acceptent, ils ont confiance ils y croient en le soin. Chez eux le soin a peut-être un effet placebo plus élevé que dans la population générale. Au contraire ça nous simplifie les choses, ça nous laisse libre court pour faire ce qu'on doit faire. »*

Ainsi, ces histoires et conditions de vie particulières exercent sur les médecins interrogés une véritable piqûre de rappel d'humanité.

MG 6 (B) : « *C'est pas à nous de juger mais c'est notre propre de médecin, peu importe s'il y a des papiers ou pas de papiers on soigne quoi. On a pas fait de médecine pour faire du prix. »*

MG 8 (B) : « *Et j'entends encore, certaines familles qui sont logées dans des hôtels et il faut dégager dans la journée, avec les bébés, et ne le reprendre que le soir. Sans pouvoir faire de repas, sans pouvoir laver son linge. Je trouve que la France merdouille. »*

A noter qu'il semble exister, à la lecture des témoignages, un risque que, dans l'attitude du médecin, la sympathie ne prenne le dessus sur l'empathie.

MG 10 (B) : « *J'ai eu des situations, où il y a des projections. J'ai eu des mamans qui m'ont dit qu'elles avaient un peu abandonné leurs jeunes enfants, et elles pleurent en me racontant ça. »*

C. Les limites rencontrées

1. La barrière de la langue

La barrière de la langue est considérée par la plupart des médecins interrogés comme un obstacle majeur lors de la consultation. Plusieurs procédés sont utilisés pour pallier ce problème.

MG 4 (A) : « *C'est vraiment la traduction qui est parfois un peu complexe* »

MG 5 (B) : « *L'interrogatoire en médecine gé c'est quand même 80% de notre diagnostique, et que quand on a la barrière de la langue et ben... (silence) c'est compliqué.* »

MG 6 (B) : « *La consultation change beaucoup en fonction de la langue parlée. Si ce sont des francophones c'est assez facile parce que j'adapte mon discours* »

D'abord, une partie des migrants non francophones et la plupart des médecins peuvent échanger en anglais, l'obstacle est alors amoindri. Dans les autres cas, les médecins peuvent s'aider d'une tierce personne, comme l'accompagnateur parlant la langue ou via un ami appelé sur le téléphone portable du patient (fait souvent spontanément par le patient). Quand le patient n'a pas de connaissance permettant d'effectuer la traduction, plusieurs des interrogés, dont on sait qu'ils ont tendance à avoir une patientèle cosmopolite, vont justement s'aider d'un de leurs patients, soit par téléphone soit directement en salle d'attente, afin de faire la traduction.

MG 3 (A) : « *Après il y a les copains qui accompagnent, surtout pour la compréhension en fait.* »

MG 9 (B) : « *Avant il venait avec quelqu'un, et là parfois il a quelqu'un au bout du fil qui traduit mais vraiment c'est pas du tout de bonne qualité* »

MG 7 (B) : « *Après on a de la chance ici c'est qu'on a quand même beaucoup d'étrangers, donc il y en a souvent dans la salle d'attente donc on se retrouve des fois à plusieurs du même pays donc on arrive à échanger avec.* »

MG 11 (B) : « *Autrement ils parlent anglais, autrement ils appellent leurs copains avec leur téléphone portable. Donc en conversation à 3 on arrive à traduire. C'est comme ça que ça se passe hein.* »

Aussi, les outils informatiques et les lexiques papiers permettent d'augmenter la compréhension. On note une forte tendance à l'utilisation d'un logiciel de traduction non spécifique associé au moteur de recherche des médecins (cité par les MG 1,2,3,5,7,8,10) avec obtention d'un résultat plus ou moins satisfaisant selon les interrogés. Plusieurs médecins citent également l'utilisation de lexiques spécialisés donnés lors de réunions d'informations, en l'occurrence du réseau Louis Guilloux, ou d'applications spécialisées dans la traduction médicale.

MG 1 (A) : « *Et puis on a essayé un peu par les modules de traduction, genre Google traduction, mais franchement c'était laborieux, c'était pas génial, on voyait bien qu'on ne se comprenait pas, il y avait quelque chose qui ne passait pas* »

MG 7 (B) : « *Il y a des petits livrets qu'on m'avait donnés, je ne les utilise pas très souvent. Et puis il y a des lexiques.* »

MG 9 (B) : « *alors j'ai un truc alors franchement que j'utilisais avant mais plus trop maintenant, c'est Traducmed alors c'est vachement bien, c'est pas mal quoi, après ça demande du temps quand même* »

MG 10 (B) : « *D'ailleurs pour la gynécologique on a tout un imagier. Ça c'est un truc que j'ai ramené de je sais plus où. Et puis on a un bouquin du COMEDE, qui est là. Il sert pas très souvent (rires).* »

En outre, le langage corporel et celui des signes accompagnent ces ressources.

MG 7 (B) : « *On parle beaucoup avec des gestes, et puis de temps en temps on va sur Google Translate.* »

MG 9 (B) : « *sinon en fait on se débrouille, c'est langage des signes* »

Enfin, la question de l'interprétariat téléphonique est bien évidemment évoquée. Plusieurs médecins interrogés y ont eu accès, notamment dans le cadre de travail avec des associations. Aucun n'a mentionné l'utilisation par ses propres moyens de l'interprétariat, en revanche le coût de cet interprétariat est très souvent mentionné comme frein. S'y ajoute la nécessité de devoir prévoir le rendez-vous avec l'interprète, ce qui s'accorde mal avec la pratique du médecin généraliste. Les avis concernant l'interprétariat téléphonique sont mitigés. Beaucoup sont satisfaits des essais qu'ils en ont fait et souhaiteraient une plus grande accessibilité. Plusieurs interrogés ont cependant mentionné quelques difficultés d'ordre relationnel avec l'interprète professionnel.

MG 3 (A) : « *L'AMISEP a déjà fait appel à l'intervention de quelqu'un, mais c'est assez onéreux.* »

MG 4 (A) : « *Du coup on fait appel à un traducteur en ligne, au téléphone, c'est une société je ne connais plus le nom enfin on a un code et on appelle. Je pense que ce sont des personnes qui sont soumises au secret professionnel, moi je trouve que ça fonctionne plutôt bien.* »

MG 10 (B) : « *J'ai trouvé qu'il y avait des traducteurs qui étaient pas très patients (rires), qui s'énervaient, qui ne comprenaient pas, des fois c'était pas exactement le bon dialecte, tout ça, donc du coup ça devenait, enfin on disait au revoir au traducteur et on finissait tranquillement.* »

Ces différents freins décrits entraînent une tendance à la simplification lors des informations données par le médecin, avec à la clef une perte d'information et donc de chance pour le patient.

MG 1 (A) : « *Déjà c'est difficile d'expliquer à quelqu'un qui ne parle pas la langue, qu'on va chercher l'hépatite B et C, et cetera. Donc j'ai plutôt fait dans la simplification. Ce qui est pas bien* »

MG 8 (B) : « *[En parlant du consentement du patient] Après clairement, je passe un peu outre si la compréhension est difficile.* »

2. Les conditions financières et sociales du patient

a) Une prise en compte de la précarité financière du patient

La précarité financière de la patientèle des migrants primo arrivants est presque toujours évoquée, donnant lieu à une réflexion sur la prescription du médecin, avec par exemple tendance à orienter plus facilement vers l'hôpital ou vers un centre médico psychologique (CMP) pour éviter l'avance de frais, mais aussi à la dispensation de soins et de médicaments gratuits. La réalisation d'examens complémentaires est également réfléchi en fonction de l'ouverture des droits à l'Assurance maladie.

MG 1 (A) : « *On a jamais eu de paiement mais voilà, c'était pas notre démarche* »

MG 6 (B) : « *Sur le plan psychologique c'est le CMP, là la prise en charge n'est pas possible ailleurs. La prise en charge financière sinon n'est pas possible.* »

MG 6 (B) : « *Enfin ça dépend s'ils ont des droits ouverts ou pas. Par exemple s'ils n'ont pas de droits ouverts à la CMU je ne vais pas m'embêter à refaire des sérologies, je refais le vaccin et puis voilà.* »

b) Une absence d'observance des soins prescrits

L'observance des soins prescrits, parce qu'elle est liée au niveau de compréhension des consignes est décrit comme moindre dans cette population.

MG 4 (A) : « *par exemple une des problématiques c'est qu'ils ont du mal à comprendre que par exemple pour les kinés, ils vont une fois au rendez-vous et après ils ne reviennent pas.* »

c) L'intrication de l'histoire sociale et médicale

Il ressort de la majorité des entretiens, plus ou moins clairement exprimée par les interrogés, une résonance entre l'histoire de vie et l'histoire corporelle. Les symptômes sont souvent reliés à leur état d'anxiété, ou directement à leur précarité sociale ou juridique.

MG 2 (A) : « *Il voudrait aussi appuyer sa demande sociale avec une maladie* »

MG 7 (B) : « *ils ont pleins de douleurs, des troubles psychosomatiques, de la détresse et puis ils sont surtout en attente de la reconnaissance de leur statut de migrant, ça n'avance pas, l'inertie administrative...* »

d) La précarité de la situation limitant la relation médecin-malade

Aussi, la précarité administrative, entraînant l'instabilité du logement, est évoqué comme frein à la relation médecin malade, la limitant dans le temps. En effet, on

observe une perte de la couverture sociale et de l'accompagnement en cas de demande déboutée.

MG 2 (B): « *Donc le temps que s'installe une réelle relation de confiance, et bien ces personnes-là sont envoyées ailleurs* »

MG 9 (B): « *Si ce sont des patients de passage j'aime encore moins faire des examens à tout va* »

3. Les conditions de travail en médecine générale

a) Un rapport Temps/Complexité de la consultation inadapté

Un manque de temps sur la consultation de médecine générale par rapport à la charge de travail que représentent ces situations complexes, est très souvent évoqué. Par déduction, la rémunération de la consultation est également non adaptée à cette charge de travail. Par ailleurs les médecins Lorientais se disent grandement aidés en termes de gain de temps grâce aux bilans initiaux réalisés dans le centre.

MG 5 (B) : « *On fait que ça de faire des consultations qui prennent plus de temps et c'est des consultations où on n'est pas rémunéré, donc on est gentil mais il y a un moment où on en a marre d'être payé 25 euros les 40 minutes* »

MG 9 (B) : « *Mais enfin voilà s'il fallait améliorer les choses ça serait un savant mélange entre suffisamment de temps et des solutions pour faciliter la compréhension.* »

b) Une limitation des connaissances du réseau associatif et local

Les connaissances des médecins concernant le réseau d'aides, que ce soit sur les plans sociaux avec les différents centres d'accueil des migrants, ou médicaux avec les médecins référents et les réseaux de coordination, sont très variables. Plusieurs médecins avouent un manque de connaissance des structures sociales existantes, que ce soit dans la région de Lannion ou celle de Lorient.

MG 3 (A) : « *Mais je ne sais pas toujours qui c'est, l'AMISEP et le CADA c'est deux choses complètement différentes non ?* »

MG 5 (B) : « *Moi j'avoue je suis perdue entre tous les trucs, la Sauvegarde, le CADA, les trucs sur l'hôpital, quand ils passent sur l'hôpital, je sais qu'ils sont vus, mais nous on les a pas les bilans.* »

c) Un manque de communication et de coordination

Les médecins des deux régions sont en attente d'une communication accrue, notamment des différents réseaux d'aide en place, mais aussi d'une plus grande visibilité sur les droits en termes de soins des patients, afin de mieux les orienter.

MG 1 (A) : « *c'est [la consultation migrant] souvent une grosse pagaille* »

MG 2 (A) : « *Donc savoir que l'on peut se fier à ses documents de CMU ça apporterait une aide. Savoir qu'un examen sera fait par ce qu'il sera remboursé.* »

MG 10 (B) : « *Mais comme je te dis c'est possible que j'ai loupé plusieurs rencontres, mais c'est vrai que ça serait intéressant de pouvoir échanger de temps en temps. Des questions réponses avec des gens qui ne travaillent que avec des primo arrivants ça pourrait être intéressant.* »

d) L'absence d'offre de soins psychologiques adaptés

En cas de nécessité de prise en charge psycho thérapeutique, les médecins adressent principalement les migrants, par souci de gratuité des soins, au Centre Médico-Psychologique du secteur. Le délai d'attente souvent long avant prise en charge peut constituer une rupture dans la continuité des soins, mais surtout ces structures disposent de peu d'aides pour le soin des patients allophones.

MG 7 (B) : « *C'est dur. Quand ils parlent français nous on peut faire un suivi. Parce que les psychologues sont pas pris en charge. On peut les envoyer au CMP mais les RDV sont un peu long.* »

D. La récupération d'information et les réseaux d'aides

1. L'interrogatoire du patient : des pertes d'informations visibles

Du fait de cette barrière de la langue, mais aussi parce que le système de soin français est souvent différent du système de soin du pays d'origine, l'interrogatoire est souvent décrit comme laborieux. Aussi, les patients priorisant la plupart du temps la compréhension et la gestion des événements juridiques et administratifs, la santé est relayé au second plan. La perte d'information peut être grande.

MG 5 (B) : « *Moi je peux pas lui en vouloir parce que même si il parle un peu français il connaît rien à sa pathologie, il sait pas quel bilan il a eu, donc c'est pas simple.* »

MG 8 (B) : « *Donc les antécédents c'est compliqué, on essaie de pister un peu mais on a pas grand-chose. Et puis dans ces pays le système de soin n'est pas performant.* »

2. La récupération de dossiers antérieurs

Pour récupérer les informations nécessaires à la prise en charge des patients, les médecins interrogés décrivent soit l'aide des dossiers papiers parfois reçu des précédents référents des centres d'accueil où le migrant a déjà séjourné, soit une prise de contact direct avec ces référents.

MG 2 (A) : « *La plupart des informations nous sont transmises par les précédents lieux dans lesquels ils ont été, et entre nous, le réseau habituel fonctionne* »

MG 3 (A) : « *Plusieurs fois la personne m'a donné un papier avec des choses sur ce qui est fait en fait, sur le parcours du migrant, par rapport aux centres, par rapport aux contrôles vaccinaux, aux prises de sang, à l'hépatite B.* »

3. Le réseau DATASAM

Le réseau DATASAM, Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accueil des Migrants, bien que non identifié sous ce nom, est souvent utilisé par plusieurs médecins interrogés, notamment via la participation à des réunions d'informations, l'utilisation des lexiques de santé créés par le réseau Louis Guilloux, par l'appel au besoin, du référent médical du département. Au contraire, certains médecins se sentaient isolés dans leur prise en charge des patients migrants, et manquent d'appui.

MG 4 (A) : « *Non enfin les situations complexes c'est un peu de ça dont je te parlais tout à l'heure, c'est un petit peu compliqué donc j'ai appelé le spécialiste le pneumologue. Après je pense que si j'avais une situation vraiment complexe j'appellerais Louis Guilloux, si j'avais besoin.* »

MG 7 (B) : « *Oui bien sûr, c'est eux [le réseau DATASAM] qui m'ont donné ça. D'ailleurs je me demande s'il n'y a pas bientôt une nouvelle réunion sur Lorient. On reçoit de temps en temps des courriers. On les a vu deux ou trois fois déjà* »

MG 10 (B) : « *Par contre pour moi il n'y a pas vraiment de réseau, ou alors il est très informel, après peut être que j'ai loupé des réunions, bon voilà nous on est trois on a moyen de dialoguer entre nous trois, donc c'est pas mal mais c'est vrai qu'il n'y a pas de réflexion territoire quoi, en tout cas je la sens pas.* »

4. Les contacts intra médicaux

Les médecins interrogés disent s'adresser à leurs réseaux habituels concernant les questions de spécialités organiques. L'hôpital est cependant préférentiellement choisi par certains, également pour des questions de facilité d'orientation géographique pour le patient migrant. Lors d'une pathologie spécifique du patient migrant, plusieurs médecins Lorientais évoquent le recours au médecin référent du centre du voyageur, alors que du côté de Lannion, plusieurs médecins disent n'avoir pas de référent, un évoque le réseau Louis Guilloux.

MG 6 (B) : « *Ce sont les mêmes référents qu'habituellement. Peut-être un peu plus vers l'hôpital, pour des questions de facilité d'accès, ils savent où est l'hôpital. Facilité géographique.* »

MG 7 (B) : « *Si on a des problèmes médicaux particuliers on fonctionne avec les spécialistes habituels. Si j'ai des problèmes en parasitologie je les emmène voir le Dr Gallen.* »

5. Le réseau associatif

Les réseaux associatifs, en plus du cadre de travail des travailleurs sociaux, est évoqué par les médecins comme ressource pour aider le patient à s'intégrer : recherche de logement, lieux à connaître dans la ville, etc.

MG 10 (B) : « *De temps en temps ça m'arrive d'appeler la Cimade, quand on a des gens qui sont sans situation* »

6. Des liens étroits avec les travailleurs sociaux

Les médecins interrogés évoquent une relation étroite avec les travailleurs sociaux. D'abord, les travailleurs sociaux sont source information sur les besoins et problèmes médicaux en cours du patient, sur sa situation sociale, parfois sur ses antécédents. Les médecins intègrent les travailleurs sur le plan organisationnel de la prise en charge : gestion des rendez-vous, accompagnement. Le travailleur social sert également de lien initial entre le médecin et le patient, le temps qu'une relation de confiance s'installe. Certains expliquent également impliquer de façon plus importante le travailleur social dans la prise en charge médicale : explication sur la prise des traitements et sur les pathologies découvertes, parfois au détriment du secret médical. Ce rôle attribué aux travailleurs sociaux est discuté, notamment sur la tenue du secret professionnel.

MG 3 (A) : « *En fait lâchement je me repose sur l'AMISEP et le CADA, Mais c'est vrai que des fois ils me disent « mais nous on est que travailleurs sociaux, on a pas de côté médical dans la boîte* ».

MG 5 (B) : « *Après des fois on a les travailleurs sociaux, après c'est pareil ils ne parlent pas la langue, mais ils sont là pour les aider, pour les emmener dans les différentes consultations et cetera. (...) je les investis dans le contexte : depuis quand il est là, d'où il vient, est ce qu'on sait les raisons médicales pour lesquelles il est là, les raisons de sa venue, est ce qu'il a fui, est ce qu'il a de la famille avec lui.* »

MG 11 (B) : « *On parle un peu avant, ils le disent s'ils ont quelque chose d'intéressant à dire. Non ça se passe très bien très régulièrement. Pour l'organisation des soins, quelques fois c'est eux qui prennent en charge les examens complémentaires* »

7. Un tissu de solidarité dont le médecin fait parti

Plusieurs médecins évoquent la présence d'un tissu de solidarité, que ce soit pour l'aide à l'insertion en faisant le lien entre nouveaux arrivants et patients bien installés, ou pour l'aide à l'obtention de médicaments, en faisant cette fois jouer le réseau professionnel.

MG 1 (A) : « *on a demandé à tout le monde, nos internes, nos remplaçants si ils avaient des médicaments (...) tout ça s'est fait un peu comme ça, en filière courte et non officielle* »

MG 8 (B) : « *Mais je trouve ça plus sympa plutôt qu'il y ait un inconnu à venir ici, je trouve ça plus agréable, et puis aussi je me dis aussi qu'ils sont pas trop perdus, ils se disent : « tiens cette dame-là, peut-être qu'elle pourrait me rendre un petit service* ».

E. L'apport d'un centre local

1. La réalisation de bilans exhaustifs remis aux patients

La présence locale d'un centre de dépistage spécialisé dans la prise en charge des migrants présente plusieurs avantages mis en évidence lors des entretiens. Tout d'abord la réalisation de bilans exhaustifs de dépistage dans les centres permet aux médecins d'avoir une base solide et fiable pour leur prise en charge, sur le plan médical et des antécédents bien sûr, mais également sur le plan psychologique grâce au récit de vie de patient qu'il contient.

MG 6 (B) : « *Ca nous aide beaucoup le compte rendu, où les situations ont déjà été décortiquées, pour connaître l'histoire. Et puis ça aide à la discussion. On connaît un peu les priorités aussi, et puis on sait qu'ils ont pu se faire entendre à un moment donné.* »

MG 9 (B) : « *Parce qu'en pratique la première fois que j'ai eu un compte rendu comme ça c'était une mine d'informations, surtout quand il y a la barrière de la langue qui fait qu'en fait on comprend rien. Quand je sais qu'ils sont passés par la consultation pour les migrants, et bien derrière je demande hein, ça fait gagner du temps.* »

2. La proximité du centre de référence : un côté pratique

Le caractère local d'un centre de référence migrant a également des avantages, évoqués comme facilitant le quotidien des médecins de la région de Lorient, et comme souhait par les médecins de Lannion : facilité d'accès pour orienter les patients mais aussi pour assister aux potentielles formations, connaissance personnelle par les médecins et les patients des référents facilitant les échanges.

MG 1 (A) : « *Un centre de référence migrants sur Lannion pourrait nous aider, bien sûr. Mais ça n'est pas que pour nous c'est pour les migrants. Parce que de les envoyer à Saint Brieuc c'est impossible* »

MG 6 (B) : « *Ben je demande s'ils ont vu Dr Gallen. (rires) Ils connaissent tous son nom donc ça c'est bien.* »

MG 8 (B) : « *Mais bon c'est Rennes donc pour aller à des réunions c'est pas toujours aux bonnes heures.* »

3. Un avis spécialisé

Cette facilité d'accès permet également une simplification dans la prise d'avis spécialisé par exemple concernant les pathologies d'importation. Aussi la prise en charge spécialisée sur le plan de la santé mentale est possible au sein de la PASS grâce à la présence d'un infirmier formé en psychotraumatismes.

MG 10 (B) : « *Alors la psy, ça arrive assez régulièrement, je viens de connaître l'infirmier de psycho trauma, mais je suis contente de connaître son existence* »

4. Un lieu de coordination

Enfin, les médecins Lannionais évoquent l'apport sur le plan de la coordination dans les prises en charge que pourrait apporter un centre de référence migrant.

MG 2 (A) : « *(Un centre référent) apporterait une expertise en plus que nous essayons d'avoir mais que nous n'avons pas forcément, apporterait des ressources en plus que nous n'avons pas. Apporterait également une coordination avec d'autres centres* »

MG 3 (A) : « *Je devrais plutôt, voir ce qui se passe en amont et en aval. Que je sois pas tout seul en fait à faire mon boulot de médecin traitant.* »

F. Les propositions d'améliorations

1. La tenue d'un dossier médical commun papier

Plusieurs médecins Lannionais évoquent la possibilité de la création d'un dossier médical commun en version papier afin de centraliser les données. A Lorient, les médecins bénéficient de ce dossier papier via le centre de consultation voyageurs, mais certains souhaiteraient sa transmission plus systématique au médecin traitant lorsque celui-ci est connu.

MG 1(A) : « *qu'il faudrait qu'ils aient une espèce de chose très simple, je ne sais pas moi une espèce de pochette dans laquelle on mettrait tous les trucs médicaux* »

MG 4 (A) : « *un carnet de santé avec des documents qui les suivent, parce que des fois ils restent trois mois dans un endroit, il y a des gestes qui sont refaits, et ça c'est un gros souci.* »

MG 5 (B) : « *quand ils sont vus dans le centre ils n'ont pas encore été vus en ville mais, du coup quand ils sont revus, que la doc puisse être envoyée au médecin traitant.* »

2. L'accès à l'interprétariat professionnel

Comme vu précédemment, les avis sur l'interprétariat professionnel divergent. Être plus abordable financièrement et plus flexible sur l'utilisation sont des critères évoqués comme pouvant aider les médecins à intégrer l'usage de l'interprétariat dans leur pratique de cabinet .

MG 2 (A) : « *Est-ce que ça servirait à quelque chose d'avoir un traducteur professionnel à côté de moi, oui, ça serait confortable pour moi, mais c'est pas sûr que ça soit réellement nécessaire* »

MG 5 (B) : « *Déjà il faudrait que je me trouve un meilleur outil je pense que Google trad, euh (silence) encore une fois c'est la barrière de la langue le problème. Après se faire aider par un interprétariat téléphonique ce serait super, après ça veut dire que ça serait*

une consultation qu'il faut prévoir, et nous souvent en médecine gé on soigne les problèmes aigus »

MG 9 (B) : *« Un accompagnant qui traduit, franchement c'est que ça. Moi je trouve que les principaux problèmes c'est la compréhension quoi, la communication. »*

3. Une demande de formation

Les médecins généralistes interrogés sont aussi demandeurs d'une formation spécialisée dans la prise en charge migrant, tant sur le plan somatique, avec mise à jour des connaissances sur le bilan de dépistage, que sur le plan psychologique avec le travail sur les psycho traumatismes.

MG 4 (A) : *« Par contre voilà, moi je pense qu'il faudrait que je sois encore mieux formé. Tiens je sais pas trop, enfin à mon avis ce qu'il faudrait c'est que quelqu'un soit désigné à Louis Guilloux pour faire des formations spécifiques pour les médecins comme moi, pour mieux nous former sur ce type de choses. »*

MG 5 (B) : *« Ce serait bien qu'on puisse avoir une formation par exemple sur quel est le bilan de base qui doit être fait. Est-ce qu'il y a des spécificités auxquelles on ne pense pas, est-ce qu'il y a des choses à surveiller ? »*

4. Une offre de prise en charge psychologique à étoffer

Enfin, cette prise en charge psychologique restant un des points compliqués, beaucoup évoquent la nécessité d'un aide plus grande pour celle-ci.

MG 7 (B) : *« Et puis, moi je trouve que c'est psychologiquement qu'ils auraient besoin d'être suivis, qu'ils puissent vraiment être suivis par quelqu'un. C'est des gens qui ont été traumatisés, qui ont besoin d'être suivis »*

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Faiblesses

Des limites d'ordres méthodologiques sont dans un premier temps à discuter.

Pour commencer, le choix du territoire d'exercice comme critère de panel discriminant a été fait afin de permettre de mettre en exergue si existaient des avantages à la présence locale d'un centre de référence migrant.

Le choix de l'échantillonnage raisonné pour recruter les médecins interrogés entraîne systématiquement un biais de sélection. Cependant, celle-ci était justement souhaitée afin d'obtenir des résultats présentant une expertise de la situation plus grande. Afin de diminuer ce biais de sélection, un croisement des données entre les informations données par le réseau DATASAM et les associations locales a été réalisé.

Cette pré-sélection a également eu un deuxième impact non négligeable. Bien que le taux de réponses positives soit élevé, le nombre d'entretiens en ressort limité. Il faut bien entendu prendre également en considération le fait que les entretiens aient été réalisés en pleine période historique de pandémie à la COVID 19, laquelle a pu entraîner des réticences pour les interviews. Une adaptation possible des conditions d'entretien a bien sûr été proposée, avec notamment réalisation d'une visioconférence.

Ensuite, toujours en ce qui concerne l'échantillon, on note un déséquilibre au niveau de la répartition régionale des interrogés, les Lannionais représentant 1/3 des médecins contre 2/3 pour les Lorientais.

Cet écart peut s'expliquer de deux manières. Dans un premier temps, les premiers entretiens ont été réalisés en région Lannionnaise, entre le mois de mai et le mois de juillet 2020, donc au cours du premier confinement et déconfinement, cet argument ayant été utilisé par plusieurs médecins lors des relances comme motif de refus. Secondairement, ce déséquilibre est probablement lié au sujet de notre étude. Les médecins de Lorient bénéficiant de la présence locale du centre de référence migrants, on peut penser que ceux-ci se sont sentis plus concernés par le sujet de cette thèse. Enfin, le bassin de population migrante étant plus importante à Lorient qu'à Lannion, les opportunités de prise en charge sont donc plus nombreuses à Lorient.

Aussi, on peut regretter l'absence d'entretiens préliminaires. Il a été décidé de ne pas en réaliser afin de tenter de conserver le maximum de volontaires pour la réalisation des « vrais » entretiens. Pour combler ce manque, la recherche bibliographique a été rigoureuse, et le guide d'entretien a évolué aux cours de ceux-ci afin d'être enrichi.

Un autre biais, également de sélection est à prendre en compte. La prise en charge accrue des patients migrants relevant en partie des motivations des médecins, 3 des médecins interrogés travaillaient dans le même cabinet, augmentant nécessairement le nombre de réponses similaires. Néanmoins, une forte place étant laissée à

l'expérience personnelle, les 3 témoignages se sont avérés variés et apportaient des points de vue différents.

Enfin le biais d'interprétation est à discuter. L'analyse qualitative des données a été réalisée manuellement, sans utilisation de logiciel d'analyse de données. Cette analyse s'est voulue rigoureuse, avec une première lecture verticale des verbatims afin de s'imprégner de l'entretien puis d'une analyse horizontale pour en faire ressortir le sens. De plus, un double codage d'environ 30% des entretiens a été réalisé par un autre chercheur afin d'augmenter l'objectivité des nœuds de sens.

2. Forces

Le sujet de l'immigration clandestine faisant régulièrement la Une de l'actualité, que ce soit avec une note tragique du côté de la méditerranée ou au contraire avec des accents de portraits à charge utilisés à des fins politiques, ce travail permet de remettre le migrant à sa place d'être humain ayant des droits fondamentaux, comme l'accès à la santé.

Réaliser une exploration globale des pratiques des médecins généralistes, en région Bretagne peut permettre de créer une base de notions à approfondir afin d'aider ceux-ci dans leur pratique quotidienne. En effet cette exploration n'avait jamais été faite à l'échelle locale.

De plus, la diversité des sujets traités a permis des entretiens particulièrement riches avec de nombreuses idées intéressantes mises en exergue. Plusieurs de ses idées sont bien sûr déjà évoquées dans d'autres travaux, retrouvés grâce à l'exercice de triangulation des données.

Concernant la méthodologie, le choix d'une analyse en théorisation ancrée a aidé à la richesse des notions retenues. Ceci vient s'ajouter à la rigueur méthodologique décrite précédemment. Bien que bénéficiant d'un nombre restreint mais respectable de participants à l'étude et ayant un large panel de discussion, la saturation des données a pu être obtenue, avec un entretien supplémentaire de contrôle.

Aussi, ce travail, passant par l'exploration de pratiques purement médicales au traitement de données sociologiques et de santé publique, possède une transversalité parfaitement adaptée à la recherche en médecine générale.

B. Idées fortes

L'objectif principal de cette étude était une exploration des pratiques des médecins généralistes concernant leur prise en charge des migrants. Les objectifs secondaires étaient d'abord d'explorer des possibles différences dans ces pratiques en fonction du territoire d'exercice et de la présence d'un centre local de référence migrant. Puis, une mise en évidence des difficultés des médecins généralistes dans leurs prise en charge

de cette patientèle devait permettre d'objectiver des possibilités d'amélioration. Les objectifs de cette étude ont été remplis et vont maintenant être discutés.

Les médecins interrogés dans cette étude ont répondu plutôt uniformément en ce qui concerne le bilan somatique spécifique des patients migrants primo arrivants et notamment le bilan paraclinique et la vigilance vaccinale, l'interrogatoire étant souvent limité par des barrières linguistiques. On note en revanche l'absence de réalisation systématique d'une radiologie pulmonaire ainsi que d'un examen parasitologique des selles, ainsi que l'absence d'adaptation du dépistage parasitologique en fonction de la contrée d'origine.

Une analyse quantitative des pratiques réalisée en 2018 constatait également des pratiques homogènes en ce qui concernait les dépistages du VIH et des hépatites mais avec ensuite des disparités dans le bilan en fonction des spécialisations des médecins.

L'absence de l'évocation systématique lors des entretiens de l'examen clinique, de l'hémogramme, et des dépistages des maladies chroniques peut paraître alarmant mais ceci est très probablement dû à la technique d'interrogation qui demandait les examens spécifiquement demandés pour la patientèle primo arrivant.(16)

Plusieurs médecins évoquaient également la volonté d'éviter la multiplication des examens complémentaires, d'où la nécessité d'une recherche attentive des antécédents et une bonne communication de l'information entre les lieux successifs de prise en charge des migrants.

Les résultats de cette étude montrent plusieurs voies de circulation de l'information, avec pour la région ne bénéficiant pas d'une consultation dédiée « migrants », un ressenti de moindre organisation et de moindre systématisation dans l'obtention de l'information.

De plus, ce travail relève la difficulté des médecins à discuter de prévention avec cette patientèle précaire. Cette notion est également retrouvée dans une étude de 2015 sur la prise en charge des patients précaires en médecine générale, qui retrouvait, à parts égales, comme principales difficultés lors de ces consultations l'éducation hygiéno-diététique et l'avance des frais pour les examens complémentaires.(17)

Une autre étude, dont l'objectif était de décrire les attentes des migrants consultant un médecin généraliste, montre que l'élargissement de la consultation à des sujets tels que le dépistage pouvait paraître intrusif pour le patient mais pouvait également être ressenti positivement.(18)

Une adaptation de l'approche physique et du langage des médecins est mise en évidence dans cette étude. Le questionnement, l'interrogatoire va tenter de s'adapter aux différences culturelles, le recueil et l'interprétation des symptômes pouvant varier car la notion du schéma corporel peut être différente.

Ces images corporelles sont évoquées dans un article de sociologie, où il est question de schémas corporels différents en fonction des cultures. Cet article développe aussi

l'idée qu'il existe, même au sein d'un même groupe culturel, des visions différentes du corps, appuyant son argumentation sur la présence de médecines alternatives dont les principes sont bien lointains du traditionnel individu anatomo-physiologique.(19)

En outre, comme le montre une étude sur les attentes des migrants concernant la consultation de médecine générale, celles-ci sont les mêmes que les patients classiques, et il faut donc éviter de tomber dans le culturalisme, comme l'a souligné plusieurs médecins interrogés.(18)

La détection et la prise en charge de troubles de la santé mentale chez les patients migrants primo arrivants semblaient poser des difficultés aux médecins interrogés. Un sentiment de manque de formation sur le sujet émane des témoignages et est parfois même directement évoqué, ainsi qu'une peur de trop pleurer d'affects, surtout en ce qui concernait les psychotraumatismes. Or, les troubles psychiques constituent la première cause de morbidité chez les patients exilés.

Une étude bretonne réalisée avec l'encadrement du centre Louis Guilloux, sur la souffrance psychique des migrants primo arrivants, met en évidence plusieurs aspects retrouvés dans ce travail.(20) D'abord la fréquence augmentée des troubles d'origine psychique à type d'état de stress post traumatique et de syndrome anxio dépressif. Ensuite la part non négligeable de l'aspect psycho sociale dans l'origine des troubles. Enfin la notion de somatisation avec fréquence augmentée de symptômes physiques chez les patients présentant des troubles psychiques est également décrite.

Fréquence augmentée des pathologies mentales, intrication de l'histoire médicale et sociale et prise en compte de la précarité financière et sociale, repérage fréquent de somatisation sont en effet des points importants mis en évidence dans notre étude.

L'étude « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés » montre un lien significatif entre les antécédents de violence et la vulnérabilité sociale du migrant d'une part et la prévalence des troubles psychiques chez ces patients d'autre part. (21) Ainsi, le bilan médical initial du médecin généraliste doit intégrer les facteurs de vulnérabilité sociale tel que la précarité du logement, les difficultés d'accès à la nourriture, ou encore l'obstacle linguistique, dans l'évaluation du risque de pathologie mentale.

Enfin, le COMEDE recommande pour les psycho traumatismes non sévères, en première intention, avant le traitement médicamenteux, un travail psychothérapeutique et souligne l'importance de ne pas rompre le lien dans la prise en charge(22).

Cette continuité des soins semble d'après les témoignages de notre étude mise à mal en raison des temps d'attente de prise en charge et du manque de communication inter professionnelle dans les structures telles que les Centres Médico Psychologiques (CMP). L'amélioration de ce maillage ville-CMP est actuellement un objectif national de santé publique concernant l'accueil des patients migrants. (23)

L'obstacle dans la prise en charge des patients migrants qui ressort de façon la plus évidente dans cette étude est sans aucun doute les difficultés de communication, autrement dit la barrière de la langue. On peut s'étonner de l'utilisation quasi systématique d'une application pourtant peu spécifique pour la réalisation de traduction lors des consultations, ceci s'ajoute au sentiment de manque de formation évoqué par les médecins.

Concernant l'interprétariat professionnel, les avis sont mitigés. La majorité des professionnels interrogés se dit favorable à son utilisation mais souhaiterait une accessibilité financière et une flexibilité d'usage.

Une autre étude qualitative a proposé l'utilisation par des médecins généralistes d'un interprète professionnel lors de leurs consultations avec des patients allophones. La crainte de perte de temps et le coût étaient également évoqués par les médecins généralistes avant l'expérience, ceux-ci en sont finalement sortis globalement satisfaits, bien que la notion de temps reste en effet un facteur à prendre en compte. (24)

Aussi, une expérimentation est en cours dans la région Rennaise, sous l'égide du réseau Louis Guilloux, proposant une plus grande facilité d'accès à l'interprétariat aux médecins généralistes volontaires, ainsi qu'une adaptation de la rémunération de la consultation en fonction de la complexité de celle-ci, après accord avec la CPAM. Ce dispositif, qui tente donc de répondre à plusieurs des limites rencontrées dans notre étude, doit durer 5 ans. Ses résultats sont donc très attendus. (25)

En l'absence d'interprétariat, la communication se fait beaucoup par l'intermédiaire d'un tiers, souvent un proche du patient, ce qui peut entraîner des pertes d'informations, malentendus, la personne qui traduit n'étant pas directement concernée par les enjeux de la consultation.

Cette idée est défendue par un article de la revue *Ethique et Santé*, qui pose également la question du consentement, évoquant le fait que « L'acquiescement est de règle pour les patients qui savent qu'ils ne sont acceptés que sous condition ». (26) Cet article prône la nécessité d'instaurer un climat de confiance avec le patient avant de pouvoir réellement traiter de ses problèmes. On retrouve cette recherche de confiance et ce temps pris pour l'acclimatation dans plusieurs récits de notre étude.

Dans notre étude une partie des interrogés déclarent connaître insuffisamment les réseaux locaux d'aides aux migrants et de manière plus générale le parcours classique d'un demandeur d'asile sur le plan administratif. Le centre local de référence migrant possède de telles informations, qui ont vocation à la diffusion (Annexe 2).

Concernant les liens avec les travailleurs sociaux, des médecins s'interrogeaient sur la place qu'ils faisaient occuper à ceux-ci lors des consultations médicales, notamment sur le plan des informations confidentielles.

Un échange avec un travailleur social de la région de Lannion m'a permis de confirmer ce sentiment de devoir répondre à des attentes qui dépassent leur mission. Une autre

problématique avait été soulevée lors de cet échange, celle de la difficulté de trouver un médecin qui puisse prendre en charge dans le temps les migrants, hors des urgences. Ce point de vue extérieur m'a semblé intéressant à souligner, je ne l'ai pas retrouvé lors de mes échanges avec les travailleurs sociaux de Lorient, pouvant laisser penser que le lien association/réseau médical est plus fort.

L'aide apportée par le réseau DATASAM se voit en toile de fond dans les réponses apportées par les interrogés : utilisation de lexiques spécialisés (exemple en Annexe 5), formations lors de réunions, prise d'exemple sur les pratiques des médecins référents. L'aide paraît utile aux médecins généralistes bien que ceux-ci n'en identifient pas de façon formelle la provenance.

La présence d'un centre local de référence migrants apporte aux médecins généralistes alentours un appui pour leur prise en charge, que ce soit par la facilitation de la prise d'avis, l'adressage direct de patients au centre, l'accès aux bilans de dépistages et au récit de vie des patients. A noter que les ressources de la PASS, comme par exemple son recours pour reprendre le suivi des patients déboutés, restent sous-utilisées. Les médecins des régions sans centre local semblent manquer de ce réseau de coordination. Il permet également, via justement la diffusion régulière des bilans de dépistage, à ces médecins de mettre à jour leurs pratiques médicales concernant cette patientèle migrant.

Du reste, les médecins interrogés sont demandeurs, même en région proche d'un centre spécialisé, d'une plus grande coordination dans l'information sur les prises en charge, mais aussi de plus d'accessibilité à des formations spécifiques sur la patientèle migrant. Dans le même ordre d'idée, l'étude précédemment citée visant la prise en charge des patients précaires montrait elle aussi une volonté grande de formation de la part des médecins généralistes interrogés.

Ce travail met en avant plusieurs axes dont l'étude approfondie pourrait être bénéfique. Par exemple, une étude sur les psychotraumatismes confrontant les attentes des patients et les habitudes praticiens pourrait permettre de lever des barrières de communication et de compréhension.

On voit dans cette étude qu'une bonne partie des problèmes mis en évidence dans la prise en charge des patients migrants viennent d'un problème d'information/de formation, que ce soit sur le plan de la formation médicale spécialisé, dans la connaissance du réseau d'aides, du parcours migratoire. Le devoir d'information fait partir du réseau DATASAM. Des formations régulières sont proposées au siège de l'association, au centre Louis Guilloux à Rennes. A quand des formations régulières spécifiques pour les médecins « de province » ?

V. CONCLUSION

Dans un contexte où la médecine peut avoir tendance à se faire technique voire mue par des aspects financiers, avoir pour sujet d'étude une population précaire me paraissait essentiel. Pouvoir mettre en évidence à la fois ce qui est déjà réalisé et ce qui reste à faire va, je l'espère, aider à promouvoir l'aide au soin des migrants. Des travaux supplémentaires sont à envisager pour compléter cette étude : d'une part il me semble important de pouvoir approfondir les recherches sur l'approche des psycho traumatismes en médecine générale, et d'autre part, la facilitation de l'accès à l'interprétariat est également à défendre.

Cette étude a été personnellement très enrichissante et formatrice, tant sur le plan médical que sur le plan social et humain, les rencontres avec les médecins interrogés formant presque à chaque fois de vraies piqures de rappel d'humanité. La définition de la WONCA du médecin généraliste comme acteur répondant « aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » prend ici toute sa place. (27)

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. International Migration | Population Division [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/development/desa/pd/themes/international-migration>
2. France Stratégie. L'impact de l'immigration sur le marché du travail, les finances publiques et la croissance. 2019 juill p. 224.
3. Les premières données de l'asile 2019 à l'Ofpra | OFPRA [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-premieres-donnees-de-l-asile>
4. OFPRA. Rapport d'activité 2018. In 2018. p. 25-46.
5. Le statut de réfugié | OFPRA [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
6. International Organization for Migration. International Migration Law_Glossary on migration. 2019;(34):144-9.
7. COMEDE. Exil et Santé. In: Soins et Accompagnement- Migrants/étrangers en situation précaire-Guide pratique pour tous les professionnels. 2015^e éd. p. 9-10.
8. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. mai 2015;6-8.
9. Comité pour la santé des exilés. Prévention et promotion de la santé. In: Soins et Accompagnement- Migrants/étrangers en situation précaire-Guide pratique pour tous les professionnels. 2015. p. 325-67.
10. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
11. demandeur d'asile [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>
12. Comité pour la santé des exilés. Migrants/étrangers en situation précaire_Soins et Accompagnements_Guide pratique pour les professionnels. 2015^e éd.
13. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux 2020 - La Cimade [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
14. Schéma régional de l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/bretagne/content/download/51697/342348/file/Sch%C3%A9ma%20r%C3%A9gional%20de%20l'accueil%20des%20demandeurs%20d'asile%20et%20des%20r%C3%A9fugiés.pdf>
15. Réseau Louis Guilloux. Présentation DATASAM COREVIH. déc 2015;

16. Vignet I, Dreneau, Rauzet, Bottero, Leroy, Deniaud, et al. Quel bilan de santé les médecins proposent-t-ils aux personnes migrantes arrivant sur le territoire français? Résultats d'une enquête de pratique.
17. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Sante Publique (Bucur)*. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
18. Delaplanque D, Mathieu A. *Prise en charge des patients migrants en médecine générale*. Faculté de médecine de Lille; 2011.
19. Breton DL. Images culturelles du corps - Entre organisme et chair - Représentation en sciences du vivant (6). *médecine/sciences*. 1 mars 2011;27(3):311-4.
20. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr*. 15 avr 2015;Volume 91(3):243-54.
21. Veïsse A, Zlatanova Z. // VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES. :10.
22. Comité pour la santé des exilés. *Syndromes psychotraumatiques et dépression*. In: *Soins et Accompagnement- Migrants/étrangers en situation précaire-Guide pratique pour tous les professionnels*. 2015. p. 397-407.
23. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43755>
24. Richard C. *Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel*. :42.
25. Leroy H, Chapplain J, Michel D, Preter P, Fouquet L. *Lettre d'intention du réseau Louis Guilloux.Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville*. 2019.
26. Marin I. *Le soin aux étrangers: bonnes pratiques, mauvaise médecine. Éthique Santé*. juin 2018;15(2):85-91.
27. Allen DJ, Heyrman PJ. *et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille*. :52.

VII. GLOSSAIRE

A. Sigles

AME : Aide Médicale d'Etat

CNDA : Cours Nationale des Droits d'Asile

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilés

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CMP : Centre Médico-Psychologique

DATASAM : : Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants

HUDA : Hébergement d'Urgence pour les Demandeurs d'asile

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

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

PUMA : Protection Universelle MALadie

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

WONCA : Word Organisation of National Colleges Academies et Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Traduit en français par Organisation mondiale des médecins généralistes.

B. Termes spéciaux

Demande déboutée : décision de justice qui détermine comme irrecevable tout ou partie de la demande présentée par l'une des parties à l'instance parce qu'elle est jugée injustifiée, c'est-à-dire mal fondée.

Hotspot : point d'enregistrement des migrants primo arrivants créés par l'Europe dès 2013 et majoritairement situés en Grèce et en Italie. Les migrants y sont accueillis et si besoin, leurs droits y sont expliqués, notamment les démarches concernant la demande d'asile, et leurs empreintes digitales y sont prises.

Psychotraumatismes : selon la définition du COMEDE : « les syndromes psycho-traumatiques sont caractérisés par le lien entre un évènement de vie qui a produit un sentiment d'effroi et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité si les personnes qui en souffrent ne trouvent pas de soutien et de soins adaptés ». Ils peuvent être aigus dans les minutes ou heures suivant

l'évènement et sont alors nommés « réaction aiguë à un facteur de stress », ou se déclarer plusieurs jours voire semaines après l'évènement. Les symptômes sont nombreux, on peut citer le syndrome de répétition, l'hypervigilance, la venue de phobies, les troubles de la concentration, etc.

Précarité : 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. Elle est reliée, lorsqu'elle est persistante, aux notions d'insécurité et de pauvreté.

Récépissé : formulaire administratif accusant la réception, en l'occurrence, de la demande d'asile. Ce terme juridique est communément employé dans le secteur de la migration, les migrants savent que le mot « récépissé » correspond au document écrit légalisant leur présence sur le territoire français et permettant leur ouverture de droits à l'Assurance Maladie.

Réseau Louis Guilloux : association créée en 2005, initialement réseau VIH ville-hôpital, s'étant progressivement élargi ayant actuellement pour but la coordination de la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille et Vilaine. Son centre propose aux migrants une consultation de soins primaires, avec des pôles spécifiques pour la prise en charge de la tuberculose et de la santé sexuelle, mais également une consultation sociale, une évaluation de santé mentale ainsi que des actions de promotions de la santé. Un pôle interprétariat permet des consultations sur place avec des interprètes professionnels mais en propose également de façon sporadique pour les médecins généralistes à leur cabinet. Ce réseau est à l'origine, avec l'ARS, du DATASAM.

VIII. ANNEXES**A. Annexe 1**

A Lorient, le 24/06/2020

Chère consœur,

Actuellement interne de médecine générale en fin de formation, je réalise une thèse d'exercice sur la prise en charge des migrants en médecine générale en Bretagne, sous la direction du Docteur Bernard Gallen, médecin coordinateur du réseau DATASAM pour la région Morbihan.

C'est un travail qui se veut qualitatif, dont le but est de faire un état des lieux des pratiques mais également des besoins persistants des médecins généralistes en fonction de leur territoire d'exercice. Je souhaite faire une étude en deux sites, Lorient et Lannion. J'envisage de mener des entretiens individuels d'environ quinze à vingt minutes, avec respect de l'anonymat, qui seront enregistrés afin de travailler les données.

Dans le but de sélectionner les praticiens prenant régulièrement en charge des migrants, je me suis renseignée localement via le Docteur Gallen et l'association Sauvegarde 56 et la société ADOMA pour la région de Lorient ; et via la coordinatrice du réseau DATASAM Côtes d'Armor, Sylviane L'Echelard, et les associations du Collectif de Soutien aux Sans-Papiers du Trégor et de l'AMISEP pour la région de Lannion. C'est pourquoi je me permets de vous contacter.

Je souhaiterais établir dans un premier temps un contact téléphonique afin de convenir, si vous acceptez de participer à l'enquête, d'un rendez-vous.

En vous souhaitant bonne réception et je l'espère, à bientôt, cordialement, Anne-Lise KERDRAON.

Lettre d'accroche envoyée aux médecins généralistes pré-sélectionnés

B. Annexe 2

Guide d'entretien

Présentation de l'étude

- Recueil d'entretiens sur deux sites : Lannion qui a des places d'hébergement pour les demandeurs d'asile mais pas de PASS, Lorient qui a une PASS avec une consultation dédiée aux migrants
- Questionnement sur la prise en charge globale du patient sur les plans médical, psychologique et social ; sur les difficultés rencontrées dans ces approches ; sur les aides reçues et celles manquantes
- Anonymisation des propos recueillis / destruction des enregistrements après transformations en verbatim
- Consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio ou vidéo des données.
- Importance des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement.

Questionnaire qualitatif d'échantillon

Age/années d'exercice

Exercice en rural/urbain/semi rural

Cabinet de groupe ou seul

Nombre de patients migrants primo arrivant vus sur l'année 2019

Nombre de patients PEC n'ayant aucune couverture santé

Liens avec les accompagnateurs du CADA

Guide d'entretien

-Comment s'est passée votre dernière consultation avec un migrant ? (Quel était le motif de consultation/ la consultation s'est-elle déroulée facilement ?)

1. Bilan médical et psychologique

-Comment adaptez-vous votre bilan médical à la patientèle migrants ? (Interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires)

-Faites-vous systématiquement un bilan de sérologies (VIH, hépatite B...) Quels sont vos freins à la réalisation de certaines sérologies ? La nécessité de consentement du patient en fait-elle partie ?

-Comment prenez-vous en charge la vaccination (avez-vous de quoi en faire directement sur place/ reconvoction rapide pour les effectuer) ?

-Comment abordez-vous le versant psychologique de ces patients ? Où les orientez-vous si besoin est ?

-Il y a-t-il des versants de consultation qui sont moins abordés à cause des conditions de migrants (nutrition, sexualité, éducation thérapeutique) ? Quels sont les limites à vos prises en charge ?

-Avez-vous eu des expériences difficiles ayant modifié votre prise en charge ?

2. Barrière linguistique, culturelle, sociale

-Quels sont vos outils pour pallier la barrière linguistique ?

-Comment abordez-vous les différences culturelles dans votre prise en charge ?

3. Ressources

- Comment obtenez-vous les informations nécessaires à votre prise en charge ? (Antécédents, aides ouvertes, bilans déjà réalisés) ?

-Quels sont les intervenants extérieurs auxquels vous faites appel ?

-A qui vous adressez vous lors des situations complexes ? Connaissez-vous le système d'aide médico-social présent en pays de Lannion? Qu'en pensez-vous ?

-Quelles sont vos interactions avec les travailleurs sociaux ? Les milieux associatifs ? Avez-vous d'autres médiateurs (famille, amis, voisins, médiateurs professionnels ?)

-Comment vos conditions de consultation pourraient-elles être améliorées ?

4. Réseau DATASAM

-Connaissez-vous ce réseau ? Comment l'avez-vous connu ? L'utilisez-vous fréquemment ?

-Quelle utilisation en faites-vous ?

-La présence d'un centre de référence consultation migrant vous paraît-elle utile dans la prise en charge des migrants en cabinet de ville ?

- Quelle aide supplémentaire souhaiteriez-vous pour pouvoir accueillir plus facilement des patients migrants ?

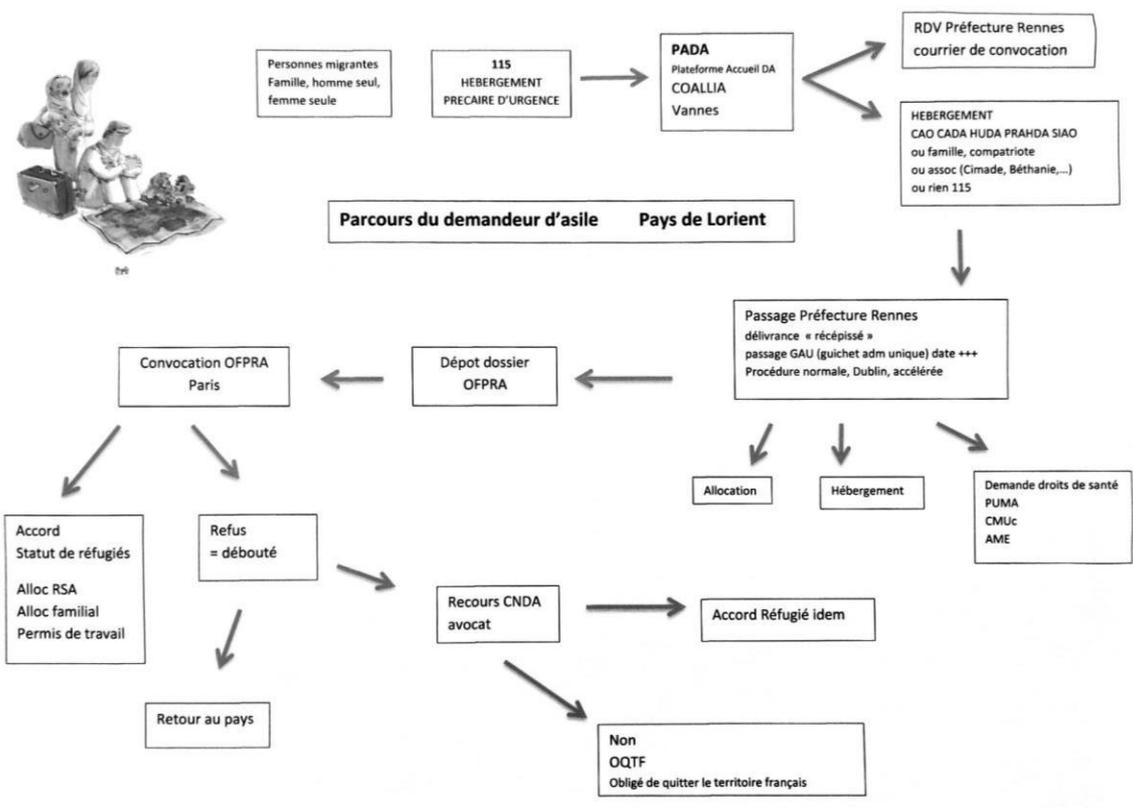
Guide d'entretien après les modifications apportées au fil des interviews

C. Annexe 3

Numéro d'entretien	Age	Sexe	Années d'exercice	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Primo arrivants reçus en 2019	Sans couverture santé
1	54	F	25	Semi rural	Groupe	3	0
2	32	H	5	Urbain	Groupe	10	0
3	55	H	20	Urbain	Seul	15	2
4	49	H	19	Semi rural	Groupe	80	15
5	39	F	10	Urbain	Groupe	40	1
6	42	F	14	Urbain	Groupe	20	1
7	59	F	20	Urbain	Groupe	60	15
8	62	H	32	Urbain	Groupe	12	4
9	37	H	8	Urbain	Groupe	30	1
10	46	F	15	Urbain	Groupe	40	1
11	71	H	42	Urbain	Groupe	40	5
Moyenne	49,64		19,09			31,82	4,09

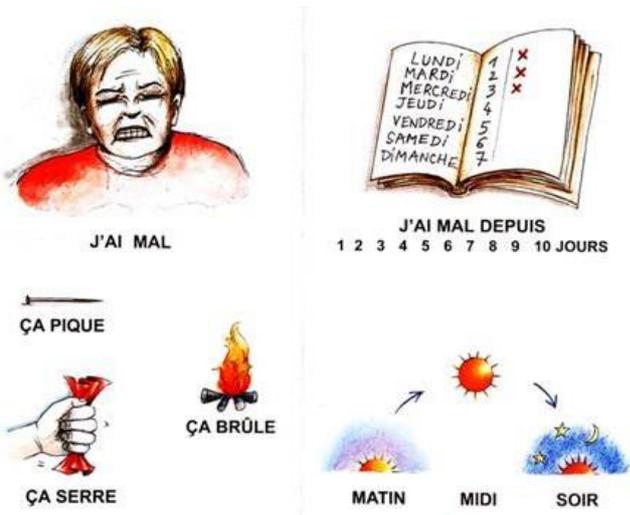
Tableau des caractéristiques quantitatives des médecins interrogés

D. Annexe 4



Parcours migratoire, exemple d'un demandeur d'asile en pays de Lorient

E. Annexe 5



Exemple d'imagier distribué par le réseau DATASAM

KERDRAON, Anne-Lise – La prise en charge des migrants primo-arrivants en Bretagne : exploration des pratiques selon le territoire d'exercice

47 feuilles, 4 illustrations, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé

L'immigration, phénomène ancien, est en augmentation notable en France depuis 2015. Les médecins généralistes, premiers acteurs en soins primaires, doivent tenir compte des particularités bio-psycho-sociales en lien avec la précarité de ces patients.

Les chercheurs visaient d'abord à faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des patients migrants, puis de montrer les potentielles différences en fonction du territoire d'exercice et notamment de la présence locale d'un centre de référence migrant; enfin d'entrevoir des pistes d'amélioration.

Le travail a été mené sous forme d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels de médecins généralistes choisis en échantillonnage raisonné avec retranscription en verbatim et analyse manuelle par double codage en théorisation ancrée.

Il existe des acquis divers mais hétérogènes concernant le bilan somatique. Il y a aussi des réticences à l'abord des pathologies psychiques en particulier les psychotraumatismes, par manque de connaissance diagnostic mais aussi par crainte de trop plein d'affect. La barrière de la langue, omniprésente, entraînant défauts de communication, pertes d'informations, simplifications et redites, est surmontée grâce à des outils techniques et humains, l'interprétariat professionnel n'étant pas démocratisé. Un centre local de prise en charge migrant apporte structure, avis spécialisé et facilité de coordination. Les médecins restent en attente de possibilités de formation spécialisées et d'une plus grande visibilité des structures d'aides existantes.

Le développement de l'interprétariat professionnel et l'harmonisation des connaissances et des pratiques sont nécessaires à l'amélioration de la prise en charge migrant. Les centres références doivent également gagner en visibilité.

Rubrique de classement : EVALUATION ET AMELIORATION DES PRATIQUES

Mots-clés : Migration entrante/Indigence médicale/Personne sans assurance maladie/Traumatisme psychologique/Obstacles à la communication/Soins gratuits/Promotion de la santé/Soins primaires/Soins de premier recours/Médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : Immigration/Medical Indigency/Psychological trauma/Post traumatic disorders/Medically noninsured/Communication barriers/Language barriers/Uncompensated care/Health Promotion/Primary Care

JURY : Président : Monsieur Dominique GUYADER

Assesseurs : M Bernard GALLEN [directeur de thèse]
M Emmanuel ALLORY
M Ronan GARLANTEZEC