



HAL
open science

Expériences de soins de patients migrants : vécu de leur première consultation chez un médecin généraliste en France

Oriane Dupuich

► **To cite this version:**

Oriane Dupuich. Expériences de soins de patients migrants : vécu de leur première consultation chez un médecin généraliste en France. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03719238

HAL Id: dumas-03719238

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03719238v1>

Submitted on 11 Jul 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Oriane DUPUICH

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2022

EXPERIENCES DE SOINS DE PATIENTS MIGRANTS :

VECU DE LEUR PREMIERE CONSULTATION

CHEZ UN MEDECIN GENERALISTE EN FRANCE

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian AGARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER

Madame Sylvie MOREL

Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU

Directrice de thèse : Madame le Docteur Brigitte TREGOUET

**EXPERIENCES DE SOINS DE PATIENTS MIGRANTS :
VECU DE LEUR PREMIERE CONSULTATION
CHEZ UN MEDECIN GENERALISTE EN FRANCE**

Remerciements

A Mesdames et Messieurs les membres du jury,

Monsieur le Professeur Christian Agard, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jacques Barrier, Madame Sylvie Morel, Madame le Docteur Rosalie Rousseau, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous remercie pour votre intérêt et votre disponibilité.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Brigitte Tregouet pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail qui me tenait à cœur et pour avoir su me guider lorsque je m'égarais dans des considérations trop scolaires. Merci pour tes encouragements, tes conseils bienveillants et le partage de ton ouverture d'esprit.

Aux patient·e·s que j'ai croisé·e·s et qui ont fait émerger l'idée de ce travail, à vous qui avez accepté de participer à l'étude et m'avez accordé votre confiance en me livrant une partie de votre parcours. Merci. Thank you. Спасибо. Obrigada. Danke. شكرا

A l'URML-Pays de la Loire pour m'avoir donné l'accès au dispositif d'interprétariat téléphonique et pour votre soutien.

Aux interprètes de l'ASAMLA et d'ISM-interprétariat pour avoir accepté de vous livrer à cet exercice particulier.

A toutes les personnes que j'ai pu solliciter à Nantes ou à la Roche-sur-Yon, aux équipes associatives, aux travailleur·euse·s sociaux·ales qui se sont mobilisé·e·s pour m'aider dans mon travail notamment à l'ASAMLA, au CADA Les Alizés de l'Association Saint Benoit Labre, à la Frat', au Gasprom, au sein de Passerelles, à l'association Les Forges médiation, aux équipes du Clos-Toreau et du Sillon de Bretagne de l'ANEF-Ferrer, au CAES de Nantes, à l'association JRS Welcome, au Logis Saint Jean, au CADA France Terre d'Asile de Nantes. Vous m'avez permis de rencontrer les personnes qui ont témoigné dans cette étude et avez pu partager certaines de vos difficultés dans l'accompagnement vers les soins des personnes migrantes. Je garde en tête tous nos échanges et tâcherai de ne pas les oublier dans ma pratique de médecin généraliste. A bientôt pour continuer de travailler ensemble.

Aux soignants et maîtres de stage croisés à Paris-Ouest, puis à Nantes. Merci à vous qui m'avez fait découvrir et choisir la médecine générale, et à vous qui m'avez permis d'apprécier mes semestres au CHU, à Ancenis et à Daumezon.

A l'équipe nantaise de Médecins du monde. En partageant un peu de mon temps avec vous, j'ai l'impression d'avoir beaucoup plus appris que donné. J'espère continuer à contribuer à l'énergie collective.

Aux ami·e·s sans qui ma vie d'étudiante, puis de jeune médecin / remplaçante / thésarde aurait été nettement moins agréable. Il va maintenant falloir organiser un Tour de France (à vélo ?) de la Loire-Atlantique à Toulouse, en passant par l'Ille-et-Vilaine, puis la Mayenne, la Manche, la région parisienne et l'Isère pour vous revoir, mais je suis sûre qu'on va y arriver.

A toute ma famille, à mes « frères frères », à Tata et Papa (merci spécial pour les relectures). Au souvenir d'une partie de notre histoire, qui n'est pas sans lien avec le travail que j'ai choisi. Cette thèse représente un cap dans ma vie, je suis heureuse de le franchir en vous sachant à mes côtés malgré les kilomètres qui nous séparent.

A toi Guillaume. J'ai dit « on verra ça après la thèse » pour à peu près tous nos projets, merci pour ta patience et ton soutien. Ce n'est pas l'endroit pour un roman et je ne suis pas douée avec les mots, mais je n'en pense pas moins.

Sommaire

Abréviations utilisées.....	7
1. INTRODUCTION.....	8
1.1. Expérience des soins par les patients migrants.....	8
1.2. Le fonctionnement du système de santé français et l'accès au médecin généraliste..	9
1.3. Rôle du médecin généraliste.....	11
1.3.1. L'approche interculturelle.....	11
1.3.2. Médecins généralistes et patients migrants.....	12
1.4. L'élaboration de la question de recherche.....	13
2. MATERIEL ET METHODE.....	15
2.1. Population étudiée.....	15
2.1.1. Critères d'inclusion.....	15
2.1.2. Echantillonnage.....	15
2.2. Objectif et choix de la méthode.....	16
2.3. Recueil des données.....	17
2.3.1. Consentement des participants.....	17
2.3.2. Conduite des entretiens.....	17
2.3.3. Journal de bord.....	18
2.4. Analyse des données.....	18
2.4.1. Retranscription.....	18
2.4.2. Déroulement de l'analyse.....	18
2.5. Recherche bibliographique.....	19
3. RESULTATS.....	20
3.1. Description de l'échantillon.....	20
3.2. Caractéristiques des entretiens.....	22
3.3. Analyse du verbatim.....	23
3.3.1. La perte des repères.....	24
3.3.1.1. Faire face à l'inconnu.....	24
3.3.1.2. Des habitudes de soins différentes.....	24
3.3.1.3. Un système de santé compliqué à appréhender.....	26
3.3.1.4. La barrière de la langue, un problème majeur.....	29
3.3.2. Prendre ses marques.....	31
3.3.2.1. Le rôle central des intervenants sociaux.....	31
3.3.2.2. Une première consultation pas si surprenante.....	33
3.3.2.3. Devenir des usagers du système de santé comme les autres.....	35
3.3.2.4. Construire une relation de soin.....	36
3.3.3. L'impact du parcours de vie sur la santé.....	37
3.3.3.1. Un parcours traumatique.....	37
3.3.3.2. L'impact du logement.....	38
3.3.3.3. Des priorités différentes de celles du médecin.....	39
3.3.4. Un besoin d'être entendu.....	40
3.3.4.1. Un espace d'expression.....	40
3.3.4.2. La reconnaissance de ses blessures.....	41
3.3.4.3. Un besoin de réassurance.....	41
3.3.4.4. Des patients satisfaits.....	42

4. DISCUSSION.....	43
4.1. Résultats principaux.....	43
4.2. Validité interne de l'étude.....	44
4.2.1. A propos de l'échantillonnage.....	44
4.2.2. A propos du recueil de données.....	45
4.2.3. A propos de l'analyse.....	46
4.3. Comparaison avec la littérature.....	47
4.3.1. Explorer l'expérience des patients migrants.....	47
4.3.2. Recours à l'interprétariat professionnel.....	48
4.3.3. Le problème de l'accès aux soins.....	49
4.3.4. La coopération interprofessionnelle autour des patients migrants.....	50
4.3.5. Du côté du médecin généraliste.....	50
4.4. Perspectives : repenser nos pratiques.....	51
5. CONCLUSION.....	54
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
7. ANNEXES.....	61
Annexe 1. Guide d'entretien semi-dirigé.....	61
Annexe 2. Dispositif d'interprétariat pour les médecins libéraux en Pays de la Loire...	63
Annexe 3. La « marguerite des compétences » du médecin généraliste.....	64
Annexe 4. Serment médical.....	65

Abréviations utilisées

ACS	Aide pour une complémentaire santé
AME	Aide médicale d'Etat
ANR	Agence Nationale de Recherche
ASAMLA	Association Santé Migrants Loire-Atlantique
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAES	Centre d'accueil et d'examen des situations
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CSS	Complémentaire Santé solidaire
DSUV	Dispositif des soins urgents et vitaux
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
ONG	Organisation non gouvernementale
PADA	Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PUMa	Protection Universelle Maladie
SPADA	Structure du Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
URML	Union régionale des médecins libéraux
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

1. INTRODUCTION

1.1. Expérience des soins par les patients migrants

Le mot « migrant » tel que défini par les Nations Unies [1] désigne toute personne qui vit temporairement ou de manière permanente dans un pays où il n'est pas né et qui y a développé des liens sociaux conséquents. Ce terme regroupe des travailleurs immigrés, des exilés demandeurs d'asile, ayant obtenu le statut de réfugiés ou déboutés, des sans-papiers, clandestins [2]. Les migrants constituent donc un groupe qui « ne demeure pas uni par l'interaction de ses membres mais par l'attitude collective que la société, en tant que tout, adopte à leur égard » [3]. Pour cette étude, il s'agira de s'intéresser aux migrants arrivés en France en situation de précarité, population plus vulnérable et dont la prise en charge médicale est ainsi rendue plus complexe. Joseph WRESINSKI dans son rapport au Conseil économique et social [4] définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. » Ce terme est souvent associé à la notion d'instabilité du lieu de vie, des ressources matérielles, des rapports humains. L'ensemble de ces facteurs influence l'état de santé de cette population, dont l'accès au droit commun et notamment l'obtention d'une couverture maladie, est souvent plus difficile.

La santé des migrants a émergé comme domaine de recherche en épidémiologie et en santé publique à partir des années 1990 [5]. On trouve en revanche peu de données sur leurs modes de recours aux soins de santé et leurs expériences de premier contact avec le système de soins à leur arrivée en France [6].

On constate que les migrants ont un meilleur état de santé que la population de leur pays d'origine car les personnes en meilleure santé sont plus aptes à migrer, phénomène désigné par l'expression « *healthy migrant effect* » [7]. Cependant, cet effet est compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Certains sont peu habitués à voir des médecins, ne consultent que très peu, s'adressent directement en pharmacie ou ont recours à la médecine traditionnelle [8]. L'organisation du système de soins français et la prise en charge par le médecin généraliste est en effet parfois très différente du fonctionnement des soins dans le pays

d'origine des patients migrants, ce qui peut être source d'incompréhension et de malentendus [9] : les divergences de représentations, de croyances ou de valeurs entre le patient et le médecin peuvent avoir des conséquences néfastes et irréversibles sur la relation de soins que nous commençons à peine à construire [10].

1.2. Le fonctionnement du système de santé français et l'accès au médecin généraliste

En France, les soins proposés dans le système de santé de droit commun sont payants. L'accès aux soins des personnes démunies dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et paramédicaux, ou les pharmacies nécessite donc une dispense d'avance de frais.

Depuis 1998, l'Assemblée nationale française a adopté la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui vise à fournir un accès identique aux soins de santé à tous. La CMU de base est un droit immédiat et permanent à l'assurance maladie et maternité, attribué à tout résident en situation régulière, dès lors que le revenu annuel n'excède pas un certain montant défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence (plafond différent entre la métropole et les départements d'outre-mer) [6]. En effet, la régularité de séjour en France une condition nécessaire à l'affiliation à l'assurance maladie depuis la loi 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers.

Depuis la Loi de Financement de la Sécurité sociale de 2016, les assurés en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers, qui travaillent ou résident en France depuis plus de trois mois de manière stable et ininterrompue, peuvent prétendre à la Protection Universelle Maladie (PUMa), qui remplace la CMU de base, et attribue des droits sociaux de manière continue tout au long de la vie à ses bénéficiaires, évitant ainsi les périodes de ruptures de droits [11]. La Complémentaire santé solidaire (CSS) sans ou avec participation forfaitaire remplace les dispositifs de CMU-C et d'ACS : attribuée sur conditions de revenus et accordée pour un an, elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé.

Pour les migrants en situation irrégulière, l'accès aux consultations, ordonnances et traitements gratuits a été maintenu par l'intermédiaire de l'Aide Médicale de l'État (AME), dont le bénéfice n'est pas automatique : les intéressés doivent déposer une demande auprès de l'assurance maladie, d'un CCAS ou d'une association agréée, en justifiant de leur identité (passeport indiquant la date d'entrée en France ; carte nationale d'identité ; extrait d'acte de

naissance ou livret de famille ; copie d'un ancien titre de séjour ; tout autre document qui atteste de l'identité du demandeur ou de celle des personnes à sa charge : par exemple, permis de conduire, carte professionnelle du pays d'origine, carte d'étudiant, document nominatif du ministère des Affaires étrangères) ainsi que d'une résidence stable de trois mois consécutifs en France. De plus, leurs ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond, identique à celui défini pour l'obtention de la CSS. L'AME est accordée pour une durée d'un an à partir de la date de dépôt de la demande [12]. En attendant l'acceptation de la demande d'AME, la délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est possible dans certains dispositifs spécialisés [2]. Dans les centres de certaines associations, les PASS de l'Hôpital public, en médecine de ville (actes gratuits), ou en cas de consultation aux urgences, on peut bénéficier sans avancer les frais d'une consultation médicale, assortie d'une prescription de traitements ou d'explorations complémentaires. Le dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV), créé en 2003, a également instauré un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital, ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne, ou d'un enfant à naître, dépourvu de toute couverture maladie.

Les résultats de l'ANR Premiers Pas [13], recherche universitaire portant sur l'accès à l'AME et les recours au système de santé des personnes étrangères en situation irrégulière dans Bordeaux-métropole et Paris intra-muros, mettent en évidence la diversité des situations et le fait que la plupart des migrants ont peu de connaissance de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir de ce dispositif complexe : seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME. Les principaux déterminants de son accès sont la durée de séjour et la maîtrise du français. En effet, plusieurs facteurs entrent en jeu dans le recours précoce au système de santé de droit commun chez les patients migrants précaires : les difficultés d'accès aux soins peuvent être renforcées chez les personnes immigrées par leur isolement et la perte de leur réseau social en France [14]. Dans l'étude de Stephan TOUATI et Sébastien VERGAN intitulée « Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire » (PASSAGE) [15], les liens communautaires, les ONG et les travailleurs sociaux formaient un tissu social déterminant dans la rencontre des bénéficiaires de l'AME avec la médecine générale ambulatoire.

L'accès aux soins médicaux nécessite que les patients migrants aient des connaissances, et donc une information préalable, sur le fonctionnement de ce système de santé et de la Sécurité sociale, alors que la complexité de ces démarches est ressentie par

l'ensemble des usagers et des professionnels. Dans une étude de 2008 [16], Paul DOURGNON et al. mettaient en évidence que « les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations ».

1.3. Rôle du médecin généraliste

L'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) définit le médecin généraliste comme « étant chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Il soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Il accepte d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers la communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec les patients, il intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Son activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Il a la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses compétences professionnelles, de son équilibre personnel et de ses valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » [17].

Le médecin généraliste a besoin d'une plus grande compréhension des différences culturelles, ethniques et religieuses, de leurs impacts sur les maladies et la santé ainsi que de leurs implications au niveau du traitement. L'approche interculturelle est donc un prérequis indispensable à la prise en charge des patients migrants.

1.3.1. L'approche interculturelle

La compétence culturelle permet de surmonter les obstacles à la compréhension. Elle est définie par Larry PURNELL et Betty PAULANKA [18] comme l'action par laquelle un professionnel de santé développe une conscience de son existence, ses sensations, pensées et de son environnement sans laisser ces facteurs affecter de façon inappropriée la relation à la

personne soignée. De plus, cette compétence culturelle se traduit par la façon dont les soins sont adaptés d'une façon congruente à la culture de l'utilisateur. C'est donc un processus conscient, basé sur une approche systémique, mettant en lien les différents déterminants d'une situation de soins centrée sur le patient [19].

Margalit COHEN-EMERIQUE, pionnière dans les recherches sur l'approche interculturelle, a développé la méthode du choc culturel (ou méthode des incidents critiques) [20,21] à partir de l'interaction entre migrants et travailleurs sociaux. Cette approche s'opère en se heurtant avec le différent. Elle permet de se décentrer, en réfléchissant sur soi, et ainsi de faire émerger à la conscience son propre cadre de référence. Il s'agit de se méfier de ses premières impressions en étant attentif aux valeurs de l'autre pour découvrir le cadre de référence du migrant et faire un travail sur ses propres présupposés. Ces travaux mettent en lumière la nécessaire modification de posture du professionnel, l'acquisition de la compétence culturelle nécessitant de se décaler de l'ethnocentrisme vers l'altérité.

L'ethnocentrisme, tel que défini par William Graham SUMNER en 1906, fait référence à ce phénomène universel de voir les choses « en faisant de notre propre groupe le centre de toute chose et en évaluant tous les autres par rapport à lui » [22]. Cette définition est critiquée dans les études de sciences sociales [23] car SUMNER associe ethnocentrisme et discrimination à l'encontre des autres groupes, il décrit une rigidité de l'individu concernant l'acceptation de ce qui est semblable, la croyance en la supériorité du groupe auquel on s'identifie et le refus du différent. La relation de soins implique cependant une acceptation de la différence.

1.3.2. Médecins généralistes et patients migrants

En tant que médecin, nous identifions les « patients migrants » comme un groupe à part de « patients difficiles » à soigner, au même titre que l'on pourrait désigner les patients porteurs de maladies chroniques, mais quelles sont les spécificités de leur prise en charge ? En quoi notre première rencontre est-elle différente des autres consultations au cabinet ?

Parmi les difficultés exprimées par médecins généralistes lors de la prise en charge de patients migrants en situation précaire [24,25], on peut citer :

- Les problèmes liés à l'avance des frais nécessaires lors de soins spécialisés et examens complémentaires,

- Les différences de priorités entre le médecin et le patient rendant les questions d'éducation thérapeutique plus compliquées à aborder,
- Les problèmes de communication liées à la barrière linguistique ou aux différences culturelles,
- Le suivi, notamment dans le cas des pathologies chroniques par difficulté à s'inscrire dans une relation longue, ou par difficulté à comprendre la démarche de soin.

L'ensemble de ces éléments rendent les soins des patients migrants précaires plus chronophages et peuvent être source d'épuisement pour les médecins. Il semble difficile d'accueillir sereinement ces nouveaux patients en les abordant sous l'angle des difficultés de prise en charge.

Des outils existent pour aider les professionnels de santé dans la prise en charge des patients migrants. On peut citer notamment le guide du COMEDE [2] qui couvre les problématiques les plus fréquentes en lien avec la condition des personnes exilées en France. Il existe des initiatives locales comme la mise en place d'un dispositif d'interprétariat professionnel par Migrations Santé Alsace depuis 2010, ainsi que dans les Pays de la Loire depuis 2017 [28], donnant aux les médecins libéraux un accès gratuit à des interprètes professionnels physiques et téléphoniques. Quelques formations sont également accessibles pour les médecins généralistes libéraux, telles que l'atelier médecine générale des « Journées médicales brestoises » de 2015 [29] ou le Diplôme Universitaire « Médecines et soins transculturels » à Bordeaux [30].

1.4. L'élaboration de la question de recherche

Voici quelques vignettes qui illustrent des rencontres avec des patients migrants consultant pour la première fois en France - que ce soit lors de mes stages d'internat à l'hôpital, via Médecins du monde et surtout en cabinet de médecine générale - qui ont fait émerger de nombreux questionnements quant à ma posture de médecin généraliste :

Un soir aux Urgences pédiatriques, une mère venue pour sa fille de 3 ans qui présente une gêne respiratoire légère, me demande alors que je suis jeune interne de rédiger un certificat médical reconnaissant la maladie de sa fille, pour les aider à obtenir un logement plus rapidement car elles sont sans abri depuis leur arrivée en France.

Il est 11h45, c'est l'heure du rendez-vous de Monsieur V., ou plutôt de toute une partie de la famille V. puisqu'ils entrent à plusieurs dans le cabinet... c'est-à-dire : Monsieur

V. et son épouse qui ont 67 et 65 ans, une de leur belle-fille, Madame D., qui fait la traduction car ils parlent roumain et pas français, et deux des petits-enfants de 9 et 5 ans.

Un jeune malien se présente pour la première fois au cabinet médical sans avoir pris de rendez-vous et demande que je le reçoive en consultation alors que mon planning de ce lundi matin est déjà bien chargé. Il s'étonne qu'il faille prendre rendez-vous pour voir un médecin, mais reviendra plus tard au créneau convenu ensemble.

Comment puis-je soigner correctement ces patients, dont la langue et la culture me sont étrangères ? Qu'attendent-ils de moi ? Comment interprètent-ils ce que je leur propose ? Autant de questions partagées avec mes co-internes, mes maîtres de stage et en groupe d'échange de pratiques qui ont abouti à la réalisation de cette étude. Je souhaitais donner la parole aux migrants afin qu'ils puissent raconter leur vécu, leur ressenti, lors de leurs premières consultations chez un médecin généraliste en France.

2. MATERIEL ET METHODE

Les caractéristiques de ce travail ont été détaillées selon les critères *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) [31].

2.1. Population étudiée

2.1.1. Critères d'inclusion

La population étudiée était celle de patients migrants adultes arrivés en France en situation de précarité sociale, sans critère concernant leur pays d'origine, en ciblant des personnes ayant consulté pour la première fois un médecin généraliste de ville en 2019 ou après. Dans un premier temps, ont été incluses des personnes francophones ou parlant couramment une langue parmi celles parlées par les interprètes professionnels de l'ASAMLA : Albanais, Anglais, Arabe, Arménien, Croate, Djakanké, Djoula, Français, Georgien, Malinké, Peulh, Roumain, Russe, Serbe, Somalien, Soussou, Tigrigna, Turque. Il a ensuite été décidé d'inclure également des personnes parlant d'autres langues, pour lesquelles ils n'étaient pas possible d'avoir recours à l'interprétariat professionnel physique mais pour lesquelles le recours à l'interprétariat professionnel téléphonique était possible.

2.1.2. Echantillonnage

Après contact avec plusieurs médecins généralistes ayant l'habitude de prendre en charge des patients migrants que ce soit en ville ou à la PASS, il a été choisi de rechercher des participants via des structures associatives connues pour travailler auprès de migrants dont le profil correspond à la population étudiée à Nantes et à La Roche-sur-Yon, deux grandes villes des Pays de la Loire dont la part d'immigrés dans la population augmente [32].

La rencontre avec les équipes associatives puis avec les migrants accompagnés par les différentes structures a permis de me présenter et d'expliquer la démarche de cette recherche réalisée dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine, pour laquelle il s'agit de recueillir le témoignage de personnes migrantes sur leurs expériences de première consultation chez un médecin généraliste dans un cabinet en France, au cours d'entretiens individuels d'une durée d'une heure environ. Les critères d'inclusion étaient présentés et si les personnes y correspondaient et acceptaient de participer à l'étude, nous convenions ensemble

d'une date et d'un lieu de rendez-vous en prévoyant la présence d'un interprète professionnel si besoin.

La constitution de l'échantillon des participants s'est faite selon la méthode d'échantillonnage théorique [33] : la recherche ne se découpe pas en phases distinctes, les participants sont recrutés au fil de la collecte. Le recueil des données prend fin lorsqu'aucune information nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse, lorsque que la « suffisance » des données est atteinte. Il n'y a pas de nombre de sujets nécessaire calculé a priori compte tenu de l'approche méthodologique utilisée.

2.2. Objectif et choix de la méthode

L'objectif de cette étude est de recueillir le vécu par les patients migrants de leur première consultation chez un médecin généraliste en France et de mieux comprendre leur expérience du soin.

La méthode de recherche la plus adaptée pour répondre à cette question sur le ressenti des patients est la méthode qualitative, qui s'est développée parallèlement à la maturation des sciences humaines et consiste à explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles [34]. Il existe plusieurs méthodes de recherche qualitative [35] : c'est l'approche par analyse interprétative phénoménologique qui a été choisie, méthode la plus adaptée pour comprendre la façon dont les individus donnent du sens au phénomène vécu [36].

L'analyse des données dans cette méthode repose sur trois concepts [35] :

- 1) Un échantillonnage homogène : les participants ont tous vécu une expérience en commun, même s'ils sont différents entre eux ;
- 2) Une approche idiographique : on s'intéresse à l'individu singulier et non au groupe social ;
- 3) Une double herméneutique : il s'agit de tenter de donner du sens au sens que les participants donnent à leur expérience vécue.

Des entretiens semi-dirigés [37] ont été réalisés, le recueil du témoignage des participants par entretiens individuels en face à face étant plus propice au récit d'expériences personnelles.

2.3. Recueil des données

Ce travail de recherche entre dans le champ des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé, il s'inscrit hors du cadre de la loi Jardé relative à la recherche impliquant la personne humaine et ne nécessite pas d'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Conformément à la loi « informatique et libertés » [38], le recueil de données personnelles liées à ce travail a été effectué dans une démarche de protection des données selon la méthode de référence MR-004 qui encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Un formulaire de déclaration de conformité a été enregistré auprès de la CNIL le 15 décembre 2020 sous le numéro 2220431 (non reproduit ici compte tenu de la mention de coordonnées personnelles).

2.3.1. Consentement des participants

Après m'être présentée et avoir expliqué l'étude, le consentement oral des participants a été recueilli afin de réaliser l'entretien dans un second temps. Ils étaient informés de l'enregistrement au dictaphone de l'entretien et de l'anonymisation des données recueillies. L'acceptation de l'organisation d'un entretien à distance de notre première rencontre marquait leur consentement à la participation à cette étude. Le consentement à l'enregistrement de nos échanges était systématiquement revérifié le jour de l'entretien.

Il n'y avait pas de notice écrite ni de formulaire de consentement à signer, non obligatoires pour les études non interventionnelles et dont la compréhension peut être difficile.

2.3.2. Conduite des entretiens

Le guide d'entretien (cf. Annexe 1) a été conçu en décembre 2020 sur la base des recherches bibliographiques. Il reprend notamment des items du guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale [39], qui donne un descriptif détaillé de la structure d'une consultation médicale. La formulation des phrases utilisées dans le guide n'était pas figée, une adaptation au contexte et à la langue parlée par les personnes était nécessaire. Des questions ouvertes ont été ajoutées après la conduite du premier entretien afin de faciliter le dialogue.

J'ai proposé systématiquement aux participants qui n'étaient pas francophones de naissance d'avoir recours à un interprète professionnel pour l'entretien. L'ASAMLA a accepté

qu'un de leurs interprètes professionnels m'accompagne si besoin lorsque l'entretien avait lieu sur la métropole nantaise. L'URML-Pays de la Loire m'a permis d'utiliser le service d'interprétariat professionnel par téléphone, dispositif gratuit mis en place pour les médecins libéraux des Pays de la Loire.

Je me suis chargée de réaliser l'ensemble des entretiens. Novice en recherche qualitative, je me suis au préalable formée par diverses lectures à la conduite des entretiens semi-dirigés [35,37,40,41].

Les entretiens avaient lieu au domicile des personnes ou dans un local associatif, au choix des participants et à condition que nous puissions être au calme. L'enregistrement audio a été effectué à l'aide de mon dictaphone numérique Philips Voice Tracer.

2.3.3. Journal de bord

Afin de garder une trace des éléments de réflexion et des rencontres liées à ce travail, des notes de travail ont été consignées par ordre chronologique dans un fichier LibreOffice Writer.

2.4. Analyse des données

2.4.1. Retranscription

J'ai retranscrit les entretiens manuellement avec le logiciel de traitement de texte LibreOffice Writer dans les jours suivant leur réalisation afin de limiter la perte d'informations, notamment non verbales. Il fallait environ une heure pour retranscrire quinze minutes d'entretien mot à mot. Les fichiers audio des entretiens ont été supprimés après leur retranscription.

2.4.2. Déroulement de l'analyse

J'ai réalisé l'analyse des données dans les jours suivant la transcription de chaque entretien. Pour la première étape, j'ai utilisé un fichier texte LibreOffice Writer dans lequel j'ai surligné et numéroté les unités de sens de chaque entretien puis ajouté des annotations dans la marge du verbatim.

Le tableur en ligne Google Sheets a été utilisé pour organiser les 346 annotations différentes issues de l'étape précédente et faire émerger les différents thèmes.

2.5. Recherche bibliographique

Les mots-clés MeSH (*Medical Subject Headings*) principalement utilisés ont été en français « émigrants et immigrants », « médecins généralistes », « soins primaires », « accès aux soins », et en anglais « emigrants and immigrants », « general practitioners », « primary care », « access to health care ».

Les sources documentaires suivantes ont été consultées :

- les bases de données bibliographiques PASCAL et FRANCIS,
- le site Cairn.info,
- le CiSMeF (Catalogue et index des Sites Médicaux de langue Française),
- le moteur de recherche Google Scholar,
- PubMed,
- SUDOC (Système universitaire de documentation).

La recherche a également fait appel à différents ouvrages, notamment au guide du COMEDE.

S'agissant d'un premier travail de recherche qualitative, j'ai eu besoin de ressources autour de la méthodologie et l'éthique de la recherche. J'ai pu participer à la Journée scientifique de la Santé Humanitaire et Solidaire organisée par la Fondation Médecins du Monde le 08 décembre 2021 à Paris, dont le thème était « Ethique et recherches en terrains humanitaires ».

Le logiciel Zotero a été utilisé pour organiser les éléments pertinents en lien avec ce travail.

3. RESULTATS

3.1. Description de l'échantillon

Le recueil de données s'est effectué entre février 2021 et janvier 2022. Le tableau 1 décrit les principales caractéristiques des 13 personnes migrantes qui ont accepté de participer à l'étude et qui ont été interrogées.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Patient	Genre	Tranche d'âge	Langue maternelle	Niveau de français *	Arrivée en France	Première consultation chez un médecin généraliste
I.	Homme	[30 ; 40[	Arabe	Expérimenté	Fin 2017	Fin 2020
II.	Homme	[20 ; 30[	Tigrigna	Indépendant	Début 2019	Décembre 2019
III.	Homme	[30 ; 40[	Russe	Elémentaire	Printemps 2019	Été 2019
IV.	Femme	[30 ; 40[	Portugais	Elémentaire	Avril 2019	Été 2020
V.	Femme	[20 ; 30[	Munukutuba	Expérimenté	Fin 2020	Mars 2021
VI.	Homme	[20 ; 30[	Somali	Elémentaire	Octobre 2019	Début 2020
VII.	Homme	[30 ; 40[	Peulh	Expérimenté	Novembre 2018	Avril 2019
VIII.	Homme	[20 ; 30[	Soussou	Indépendant	Début 2019	Juin 2019
IX.	Femme	[20 ; 30[	Russe	Elémentaire	Décembre 2019	Fin 2020
X.	Femme	[20 ; 30[	Tigrigna	Ne le parle pas du tout	Non communiquée	Début 2020
XI.	Femme	[20 ; 30[	Malinké	Expérimenté	Début 2020	Début 2021
XII.	Homme	[20 ; 30[	Peulh	Expérimenté	Mars 2021	Novembre 2021
XIII.	Homme	[30 ; 40[	Albanais	Elémentaire	Avril 2019	Fin 2020

* Le niveau de français a été noté selon les termes du cadre européen commun de référence pour les langues (CECRL), classement qui permet d'évaluer le niveau de maîtrise d'une langue étrangère.

Parmi les personnes correspondant au profil recherché avec qui j'ai pu établir un premier contact, soit directement, soit après qu'un intervenant social ou un bénévole associatif leur ait présenté les grandes lignes de l'étude, sept ont refusé de participer à l'étude. Les raisons de leur refus n'ont pas nécessairement été toutes exprimées : l'une a refusé parce qu'elle venait de trouver un travail qui ne lui laissait plus beaucoup de temps libre ; une autre parce qu'elle ne souhaitait pas être enregistrée ; la troisième parce qu'il lui semblait trop

compliqué d'organiser un rendez-vous étant donné qu'elle n'avait pas de téléphone ; un autre parce qu'il a eu un imprévu à l'heure où nous avions convenu de faire l'entretien et qu'il a dû partir, il n'a pas souhaité fixer une autre date ; deux parce qu'elles estimaient ne pas avoir rencontré de difficulté lors de leur première rencontre avec un médecin généraliste et que leur emploi du temps rendrait difficile l'organisation d'un rendez-vous ; le dernier paraissait ouvert à la discussion mais est devenu méfiant à partir du moment où je lui ai proposé qu'on échange nos coordonnées en vue de fixer une date de rendez-vous pour l'entretien.

Trois autres personnes ont accepté de participer à l'étude mais nous n'avons pas pu réaliser l'entretien. Pour une personne, nous n'avons pas pu convenir d'un rendez-vous car je n'ai pas réussi à joindre un interprète au moment où il était disponible pour que l'on puisse échanger et des échéances administratives le préoccupaient beaucoup. Une autre personne avait accepté de participer mais nous sommes entrés dans une relation d'aide et j'ai préféré ne pas réaliser l'entretien. Une dernière personne, francophone, a accepté de participer à l'étude lorsque je lui en ai parlé et nous nous sommes données rendez-vous cinq jours plus tard pour nous entretenir à l'endroit où elle était hébergée : elle m'a confirmé notre rendez-vous lorsque je l'ai rappelée la veille, mais n'est pas venue à ma rencontre à l'heure convenue. Elle m'a proposé une autre date, sur une fin d'après-midi afin que son conjoint puisse s'occuper de leur enfant pendant notre entretien. Elle n'est pas venue non plus à la deuxième date. Alors que je l'attendais, j'ai croisé un des assistants sociaux qui la connaissait et celui-ci m'a expliqué qu'il lui arrivait souvent de manquer ses rendez-vous. N'étant moi-même pas disponible les jours suivants, nous avons convenu de ne finalement pas prévoir de troisième date.

La suffisance des données est apparue au onzième entretien et a été confirmée par le douzième. L'entretien avec le patient XIII a tout de même été réalisé car il avait accepté de participer à l'étude avant que l'analyse des derniers entretiens ne soit terminée. Trois personnes supplémentaires avaient également donné leur accord pour participer à l'étude mais n'ont finalement pas été rencontrées compte tenu de l'atteinte de la suffisance des données.

3.2. Caractéristiques des entretiens

Tableau 2. Caractéristiques des entretiens

Patient	Temps entre la première consultation et l'entretien	Lieu	Interprète pour l'entretien	Présence d'une autre personne dans la pièce	Durée de l'enregistrement audio
I.	3 mois	Domicile	Non	Non	21 min 03 s
II.	16 mois	Domicile	Interprète professionnel présent	Non	63 min 20 s
III.	20 mois	Domicile	Interprète professionnel présent	Conjointe	53 min 46 s
IV.	10 mois	Domicile	Interprète professionnel par téléphone	Enfant	51 min 29 s
V.	2 mois	Domicile	Non	Non	32 min 31 s
VI.	16 mois	Local associatif	Interprète professionnel par téléphone	Non	57 min 25 s
VII.	30 mois	Domicile	Non	Colocataire	31 min 45 s
VIII.	30 mois	Domicile	Interprète professionnel par téléphone	Non	53 min 58 s
IX.	12 mois	Salle d'atelier	Interprète professionnel par téléphone	Non	62 min 22 s
X.	21 mois	Bureau	Interprète professionnel par téléphone	Non	24 min 47 s
XI.	10 mois	Salle d'atelier	Non	Enfant	19 min 21 s
XII.	13 mois	Bureau	Non	Non	25 min 55 s
XIII.	26 mois	Domicile	Interprète professionnel par téléphone	Conjointe	40 min 01 s

Cinq entretiens ont été réalisés en français, les huit autres ont nécessité le recours à un interprète professionnel : avec un interprète de l'ASAMLA présent physiquement pour les patients II et III, par téléphone via le dispositif d'interprétariat mis en place pour les médecins libéraux des Pays de la Loire (cf. Annexe 2) pour les patients IV, VI, VIII, IX, X et XIII. L'interprétariat téléphonique a été utilisé lorsque la langue du participant n'était pas parlée par un des interprètes de l'ASAMLA, que l'entretien avait lieu hors de la métropole nantaise, ou que le délai d'organisation de l'entretien était trop court pour permettre le recours à un

interprète physique. Il est arrivé que les échanges se poursuivent en mélangeant un peu de français et d'anglais après avoir raccroché avec l'interprète. Les enregistrements audio des entretiens duraient entre 19 minutes et 63 minutes, avec une moyenne de 41 minutes par entretien.

Huit entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interrogées. Un entretien a eu lieu dans un bureau disposant d'un coin salon, situé dans un bâtiment associatif connu par l'enquêté. Deux entretiens ont eu lieu dans une salle d'atelier de groupe pouvant accueillir une douzaine de personnes, dans la structure où les enquêtés étaient hébergés, nous nous sommes installés l'un à côté de l'autre autour de tables disposées en carré. Deux entretiens ont eu lieu dans les bureaux des structures dans lesquelles les enquêtés étaient hébergés ou avaient été hébergés, nous nous sommes alors installés du même côté du bureau. Lorsque j'entrais dans la pièce avant l'enquêté, je positionnais d'avance nos chaises à 45° l'une de l'autre. Je souhaitais faciliter au mieux l'expression des participants, en évitant un face à face qui peut être intimidant, autant qu'une position côte à côte qui m'aurait empêchée de saisir les expressions non verbales [42].

3.3. Analyse du verbatim

Tableau 3. Synthèse des différents thèmes du verbatim

LA PERTE DES REPERES	Faire face à l'inconnu
	Des habitudes de soins différentes
	Un système de santé compliqué à appréhender
	La barrière de la langue, un problème majeur
PRENDRE SES MARQUES	Le rôle central des intervenants sociaux
	Une première consultation pas si surprenante
	Devenir un usager du système de santé comme les autres
	Construire une relation de soin
L'IMPACT DU PARCOURS DE VIE SUR LA SANTE	Un parcours traumatique
	L'impact du logement sur la santé
	Des priorités différentes de celles du médecin
UN BESOIN D'ETRE ENTENDU	La reconnaissance de ses blessures
	Un besoin de réassurance
	Un espace d'expression
	Des patients satisfaits

Le tableau 3 résume les différents thèmes issus de l'analyse du verbatim détaillés ci-dessous. Il a été choisi de ne pas faire figurer tous les extraits d'entretiens qui correspondaient à chaque thème, seules les unités de sens perçues comme étant les plus marquantes ont été sélectionnées. Après chaque citation, le chiffre romain entre parenthèses correspond au patient interrogé et le nombre qui suit correspond à l'ordre d'apparition des unités de sens dans le texte.

3.3.1. La perte des repères

3.3.1.1. Faire face à l'inconnu

Les participants font part d'une période pendant laquelle ils se sont confrontés à de grandes difficultés juste après leur arrivée en France. Faire face à l'inconnu fait partie de leur quotidien, et c'est dans ce contexte que s'inscrit la première rencontre avec un médecin généraliste de ville.

« Quand tu viens d'un autre pays et que tu arrives ici, tu te sens comme dans ton pays, mais ce n'est pas pareil ! ». (VI.29)

« Oooh c'est très difficile, on ne connaît pas le système et on est totalement perdu. Là c'est compliqué, c'est très compliqué (*insiste sur le mot très*). » (VII.29)

3.3.1.2. Des habitudes de soins différentes

Dans leur pays d'origine, ou dans les pays traversés au cours de leur parcours migratoire, l'accès à des soins médicaux et notamment à la médecine dite « moderne » est parfois compliqué, voire impossible, compte tenu du coût financier des consultations et du manque d'accessibilité des structures de soins. Avant leur arrivée en France, certains ont aussi eu recours à la médecine traditionnelle en fonction de la nature du problème de santé. Ils expliquent qu'ils font ce qui leur semble le mieux pour eux-mêmes selon le moment et le problème de santé en question. Les participants ont évoqué des pratiques relevant de la phytothérapie ainsi que des massages spécifiques à certaines pathologies. Ils rapportent que ces pratiques non validées font partie de leur identité culturelle, le recours à la médecine traditionnelle est donc complémentaire à la médecine « moderne ». Pour eux, l'un n'empêche pas l'autre.

« il y en a certains qui ont accès aux soins et il y a certains qui n'ont même pas accès aux

soins » (I.1)

« il y a la médecine moderne, mais il existe aussi la médecine traditionnelle qui suscite de grandes polémiques : elle n'est pas très crédible. Ce sont souvent de vieilles femmes analphabètes, qui ne savent pas écrire, ne savent pas transmettre. Elles font leur propre sauce, c'est quelque chose de très empirique. Il n'y a pas de règles. Et en fait, l'État n'appuie absolument pas ce genre de pratiques (...) Je crois en nos traditions. Ces vieilles femmes ont l'expérience et transmettent cette expérience. Elles ont des années de pratique » (IV.3) ; « je consultais dans les hôpitaux et chez les médecins mais de temps en temps aussi les thérapeutes traditionnels » (IV.4).

« Là-bas tu payes la consultation à chaque fois pour qu'on t'examine. A chaque fois que tu pars à l'hôpital, tu payes la consultation et on t'examine... (...) mais si tu ne payes pas on ne va pas te soigner, tu es obligée de payer ! » (V.2)

Les propositions thérapeutiques en fonction de chaque pathologie peuvent être différentes selon le pays dans lequel on se trouve, ce qui suscite parfois des interrogations. Cependant, il est difficile d'exprimer son désaccord avec le médecin au premier rendez-vous.

« Tu sais très bien que c'est pas facile de dire à un médecin que ce que vous faites ça ne me plaît pas ! » (I.27)

« normalement dans les cas horribles en *pays*, les médecins prescrivent un médicament qui est bien efficace au moment de la maladie, mais ici étonnamment, le médecin lui a dit qu'on prescrivait uniquement du Doliprane » (III.28) ; « mais peut-être qu'il aurait fallu bien connaître le médecin et qu'avec le temps ça aurait pu se passer différemment, mais Madame a été un peu déçue de ne pas avoir ce médicament. » (III.29)

Plutôt habitués à avoir recours aux soins uniquement en cas de problème de santé, la démarche préventive est appréciée à condition qu'elle n'empêche pas l'expression du problème pour lequel les patients consultent.

« là-bas ce n'est pas comme ici : si on a mal quelque part on nous examine on nous prescrit des examens spécifiques au problème que l'on a. Je n'avais jamais fait d'examen général de santé comme on me l'a fait ici sans que je n'aie rien demandé » (IV.7)

« Elle m'a dit je vais vous faire des vaccins, après des vaccins... Et puis même vous

expliquer comment faire pour ne pas tomber enceinte, vous donner les méthodes, je vais vous expliquer... Si vous êtes intéressée ! Elle m'a dit "si vous êtes intéressée". » (V.16bis)

« il nous a parlé des vaccins qu'il faut faire. Et mon mari ne voulait pas parler de ça, il était là pour autre chose. » (X.8)

« pour moi vaut mieux prévenir que guérir. Si ça va, tu te plains un petit peu : qu'on vienne tout de suite trouver une solution au lieu d'attendre que ce soit trop compliqué pour le faire. Oui. » (XI.21bis)

Passer d'un système hospitalo-centré fonctionnant sans rendez-vous au système de santé français dans lequel il existe une notion de parcours de soins, avec une prise de rendez-vous nécessaire, demande de s'adapter et de se débrouiller pour en comprendre le fonctionnement.

« chez nous il n'y a pas de médecin traitant comme tel. Quand quelqu'un est malade, il peut aller dans un endroit comme un grand CHU, que tu y vas le jour même et tu peux consulter, c'est pas comme chez vous ici » (VIII.4)

« en *pays 1* il n'y a pas de rendez-vous : si ça ne va pas, tu vas directement à l'hôpital et on te consulte ». (XI.24bis)

3.3.1.3. Un système de santé compliqué à appréhender

Pour s'informer, les patients migrants mobilisent leur réseau social et cherchent sur internet lorsqu'ils en ont la possibilité. Il existe une méconnaissance du droit à la santé. Ils expriment des difficultés à obtenir des informations sur leurs moyens d'accès aux soins.

« J'ai entendu dire qu'il y a des médecins en ville, que tu peux aller voir un médecin dans le quartier, il y a des cabinets dans le quartier. Voilà quoi. C'est par ça que je passe : je regarde, je tape sur internet » (I.7)

« il y a un manque d'informations aussi. Ils ne savent pas qu'ils ont le droit à des soins » (II.36)

« quand tu arrives et que tu ne sais pas comment fonctionne le système... que tu ne sais pas comment y accéder ni même comment prendre un rendez-vous, tu es en grande difficulté. » (VI.29)

« moi je savais pas que je pouvais faire, sinon j'allais faire sur l'internet pour prendre rendez-vous mais je savais pas que je pouvais le faire, sinon j'allais le faire » (XI.14)

Avant d'obtenir une couverture maladie, certains ont pu consulter dans les PASS des hôpitaux. Ces soins ont parfois été prolongés même après l'obtention de la couverture maladie. Ils expriment la sensation d'y avoir une prise en charge plus personnalisée. Les professionnels qui y travaillent ont pu leur apporter plus d'informations sur le fonctionnement du système de soins. Le rôle de prévention des PASS est bien intégré par les patients.

« le médecin c'est juste quand j'ai une complication ou une maladie, je le visite, c'est tout. Mais les vaccins et autres, là c'est la PASS qui me fait ça » (VII.35)

« A la PASS, ils m'ont expliqué comment le système de santé fonctionne ici : “quand tu viens d'arriver et que tu es demandeur d'asile on t'envoie vers la PASS, en attendant de régulariser ta situation. Lorsque tu as de la chance pour avoir la CMU, tu cherteras un médecin traitant qui pourra s'occuper de toi.” » (VIII.11) ; « au niveau de la PASS, il y avait une attention particulière à mon égard : l'attention sociale était là, le comportement des médecins vis-à-vis de ma personne, vraiment ils étaient très accueillants, pratiquement je me sentais à l'aise » (VIII.24).

« ce sont des médecins qui sont habitués : si on voit que vous ne comprenez pas, ils font appel à l'interprète, ils n'ont pas de voilà. Je me sens bien, donc j'aime bien être suivie médicalement là-bas. Je préfère. » (X.13)

Les délais d'attente sont difficiles à gérer, notamment lorsqu'il s'agit d'un problème de santé pour lequel ils ressentent un besoin de soins urgents. Le délai de résidence de trois mois en France qui conditionne l'ouverture des droits n'est pas en phase avec les besoins de soins des primo-arrivants. Bien que l'obtention d'une couverture maladie soit une étape facilitante dans l'accès aux soins, il reste difficile de trouver un médecin généraliste. Une nouvelle fois, l'entourage des patients est déterminant dans l'accès aux soins.

« si tu es très malade, c'est difficile d'avoir un rendez-vous en urgence... Ça va être dans 10 jours – 15 jours... » (VI.27)

« Pendant quelques jours j'ai cherché parce que je n'avais pas de médecin traitant. Là c'était un casse-tête. J'ai cherché, fatigué, et au travers de mes relations, on m'a parlé de “Doctolib”

» (VII.2) ; « au début je suis tombé sur des personnes qui m’ont dit non (...) quand je les appelais, ils me disaient “non non, c’est rempli, il ne peut plus prendre personne” » (VII.3)

« J’ai eu cette dame là par un rendez-vous qu’un ami m’a aidé à avoir » (VIII.8).

« quand même il y a beaucoup de gens qui se retrouvent dans la même situation que moi, quand on était au foyer à *ville*, qui se plaignaient souvent que c’est difficilement qu’ils ont un médecin. » (XII.21) ; « si je tombe malade, j’ai pas où me soigner, on me dit que je peux pas me faire soigner parce que j’ai pas fait plus de 3 mois ici. C’est ça qu’on m’a dit à la SPADA [*structure de premier accueil des demandeurs d’asile*] de *ville 3* : que j’ai pas le droit à être pris en charge si j’ai pas plus de 3 mois ici » (XII.30)

La prise de rendez-vous est une contrainte supplémentaire, d’autant plus compliquée pour les non francophones lorsqu’il n’y a pas de secrétariat physique dans les cabinets de médecine générale. Cependant, le fait de fixer un rendez-vous permet de pouvoir s’organiser et de garantir l’obtention de soins avant de se déplacer. Quand ils n’ont pas réussi à avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste, certains ont renoncé aux soins, d’autres se sont orientés vers un service d’urgence.

« Pour moi prendre un rendez-vous avant d’y aller c’est normal. Pour moi c’est une idée formidable, c’est-à-dire que si tu prends pas rendez-vous et que tu y vas et qu’il te rejette, qu’est-ce que tu vas dire ? S’il y a du monde il ne va pas te rejeter, mais s’il y a du monde devant toi... il est obligé de te rejeter, il ne peut pas te prendre en soin » (I.9).

« Avant c’était très simple, j’allais au cabinet et je disais au secrétariat que je voulais un rendez-vous avec Dr X., et automatiquement on me donnait un rendez-vous. C’est comme ça que cela se passait, c’était fluide, simple. Maintenant c’est plus compliqué : si je vais là-bas et que je demande la même chose, on me dit “il faut que tu appelles là pour prendre rendez-vous”. Avec la barrière de la langue ça se complique » (VI.15)

« la prise de rendez-vous ça c’est un casse-tête, ça c’est difficile ! Là quand j’ai quelque chose, une maladie là, c’est ce qui me décourage... » (VII.22)

« si j’appelle pour prendre rendez-vous : si le rendez-vous est long et que ça prend trop de temps et que j’ai des douleurs, je pars en Urgences directement » (XI.21).

Les personnes migrantes interrogées ici vivaient toutes en milieu urbain au moment de notre rencontre, mais certains avaient connu des périodes de vie en milieu plus rural et ils n'avaient alors pas pu rencontrer de médecin généraliste de ville par manque de cabinets médicaux dans ces territoires. C'est alors l'hôpital ou le réseau associatif local qui compense cette absence. Les patients sont donc bien conscients des inégalités territoriales d'accès à la médecine générale.

« il y a des gens qui cherchent un médecin traitant pour eux-mêmes depuis des années et ils n'arrivent pas à trouver » (I.11)

« Il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas de médecin traitant qui vont au niveau de *l'Association* » (VI.22)

« Quand j'étais à *ville 1*, j'avais pas de médecin en fait, il n'y avait pas de médecin traitant. Donc ce ne sont que les médecins de l'hôpital là-bas qui m'ont soigné » (XIII.8).

3.3.1.4. La barrière de la langue, un problème majeur

Pour les non francophones, il faut surmonter la barrière de la langue, qui représente un obstacle majeur dans l'accès aux soins. L'absence de maîtrise du français ajoute une difficulté pour la prise de rendez-vous et l'incompréhension entre patients et soignants induit une perte de chances. Cela ajoute une angoisse supplémentaire face à la maladie.

« pour quelqu'un qui ne parle pas français, qui ne peut pas expliquer, il y a un danger » (II.40bis).

« imaginez, vous arrivez dans un pays où vous ne parlez pas la langue et vous avez la varicelle. Que faire ? ». (III.5)

« la langue n'a pas joué en notre faveur... Quand on n'arrive pas à leur expliquer ce qu'on ressent, eux aussi sont frustrés. Donc le médecin était frustré et il n'arrivait pas à comprendre donc ça n'a pas aidé, le fait qu'on ne parle pas français » (X.4).

En consultation avec le médecin généraliste, différentes stratégies d'adaptation sont mises en place pour se comprendre : recourir à un interprète professionnel ou informel, parler lentement, utiliser un langage non verbal, ou réduire la communication à l'essentiel. Chacun

s'adapte comme il le peut. Les patients expriment leur reconnaissance envers le médecin lorsqu'il s'adapte à leur niveau de compréhension.

« Comme je ne sais pas m'exprimer, j'ai beaucoup d'interrogations, mais je préfère me limiter. J'avais bien compris plus ou moins les objectifs de l'examen et le contenu de cette consultation et comme je ne sais pas parler je me limite à l'essentiel. » (IV.21)

« L'assistante sociale est allée avec moi, sauf qu'elle non plus n'arrivait pas forcément à faire le lien entre moi et le médecin, du coup à force de persévérance, de langue des signes, avec un peu d'anglais, on a fini par y arriver ! » (VI.7)

« Quand le médecin voit votre niveau, il y a une façon de vous expliquer certaines choses bien que vous ne comprenez pas bien le français, donc finalement la compréhension s'installera. Je n'ai pas eu beaucoup de difficultés par rapport à ça. » (VIII.17ter)

Le recours à un interprète professionnel n'est pas systématique. Un interprète professionnel par téléphone était présent lors de la première consultation chez le médecin généraliste pour les patients III, X et XIII, à la demande des intervenants sociaux qui avaient pris rendez-vous pour eux. Les patients II, VI, IX avaient pu bénéficier de l'appui d'un interprète professionnel dans le cadre d'autres consultations médicales. Chacun perçoit l'intervention de l'interprète de manière différente, les patients en sont satisfaits lorsque l'interprétariat leur a permis d'exprimer ce qu'ils voulaient au médecin. La qualité des échanges influe sur la relation avec le médecin.

« Il y avait des interprètes aussi mais... *rire gêné et mimique semblant vouloir dire que c'était compliqué* » (II.4).

« il comprend très bien mais pour s'exprimer il ne pourrait pas tout dire donc c'est bien la présence d'interprète ça facilite un peu les choses. » (III.17) ; « Les conditions ont été tellement favorables qu'ils ont pu poser toutes les questions avec l'interprète. Petit à petit ils ont pu poser les questions et tout s'est déroulé très bien. » (III.22)

« si ce sont des choses qui sortent du cadre un peu facile où on a l'habitude d'échanger, je demanderai [*un interprète*] oui. » (VI.10)

« Même avec l'interprète, ils n'ont pas eu de "bonne communication" on pourrait dire... Par rapport à cette proposition de vaccin. Donc il y a eu un problème même avec l'interprète. » (X.10)

Les patients non francophones mentionnent aussi la place de l'anglais, qui permet de débloquent certaines situations. L'anglais étant considéré comme la langue universelle de la science, il leur paraît étonnant que les médecins ne le maîtrisent pas.

« En arrivant ici, ils pensaient que quasiment tout le monde parlerait anglais... C'est l'Europe... (*rire gêné*). Et ils se sont aperçus que ce n'était pas vraiment le cas. » (III.16) ; « Dans le domaine médical c'est extrêmement important » (III.16bis) ; « l'anglais c'est vraiment une baguette magique qui permet de te débrouiller comme tu veux, ça facilite énormément. » (III.36)

« dans certains cabinets où je suis allé ça s'est très bien passé, dans d'autres ça a été un peu plus compliqué parce qu'il y avait une barrière de la langue et que le médecin, ou la personne qui devait me recevoir ne parlait pas forcément anglais, donc il y avait un souci par rapport à la barrière de la langue » (VI .4)

Les patients migrants allophones sollicitent les travailleurs sociaux, leur conjoint ou leurs amis pour la prise de rendez-vous et pour les accompagner le jour de la consultation afin de mieux se faire comprendre, mais ne peuvent pas toujours compter sur leur réseau social.

« J'ai demandé à quelqu'un qui est ici comme moi en France et qui vient du *même pays*, qui a un docteur et qui m'a dit d'aller demander au généraliste qui s'appelle Dr X. » (II.6).

« même si tu demandes à tes amis ou autres, peut-être que mes amis – qui ne savent pas parler français très bien - diront qu'ils n'ont pas le temps... Et donc tu dois aller tout seul chez le médecin et expliquer le problème... » (VI.32)

« c'est mon mari qui a appelé. La secrétaire parlait français et un peu anglais et c'est comme ça qu'ils ont discuté et ça a permis de prendre le rendez-vous. » (IX.17)

« si j'ai besoin de quelque chose, c'est aussi mon fils qui a 10 ans maintenant et il parle bien la langue : il m'aide aussi » (XIII.24).

3.3.2. Prendre ses marques

3.3.2.1. Le rôle central des intervenants sociaux

Les intervenants sociaux, travailleurs sociaux et bénévoles associatifs, sont identifiés comme des interlocuteurs privilégiés en cas de problème de santé et facilitent leur accès aux soins. Leur rôle est essentiel en ce qui concerne l'orientation dans le système de soins et l'apprentissage de son fonctionnement.

« la première chose que j'ai connue à *ville* c'est *l'Association* ! C'est par là que je suis passé, tous mes courriers sont là-bas, c'est un endroit qui est convivial, je m'entends bien, hyper bien, avec eux, et mon assistante aussi est là-bas. C'est pourquoi quand il y a un petit truc je demande à l'infirmière de là-bas » (I.25)

« Moi je n'ai pas réussi à obtenir de rendez-vous, c'est mon assistante sociale qui a fait ça » (VI.5) ; « si jamais j'avais besoin de voir un autre médecin ou un spécialiste, je me dirigeais auprès de l'Association. » (VI.24bis)

« Si je n'y arrive pas je me ferai aider par l'assistante sociale, pour pouvoir trouver un médecin traitant » (X.14)

« je suis venu ici et c'est euh... Y. (*travailleur social*) qui avait pris le rendez-vous pour moi. Après on m'a expliqué si tu veux le faire sur internet avec l'application, le truc je sais pas... Doctolib ? Il m'ont pris rendez-vous et ils envoient sur mon mail pour me dire... Si je savais, pour moi j'allais le faire. » (XII.26)

Les travailleurs sociaux simplifient l'accès au médecin généraliste pour les personnes qu'ils accompagnent et ont un rôle de médiation en santé.

« l'assistant social a beaucoup le rôle d'intermédiaire. Il y a même un papier qu'il transmet du médecin à l'assistant social pour transmettre les informations » (II.22)

« vu que c'est X. (*son assistante sociale*) qui a cherché le médecin, elle a cherché le médecin, puis elle m'a présentée au médecin. Donc je peux dire que c'était simple d'avoir un médecin parce que je n'ai pas cherché. C'est elle-même qui a cherché le médecin et après elle m'a emmenée, on a fait connaissance, et après j'ai continué à voir ce médecin. Donc je me dis que c'était simple pour moi. » (V.26)

En accompagnant les patients à leur premier rendez-vous, ils peuvent faciliter leur expression et demander l'intervention d'un interprète si nécessaire. Leur connaissance des situations individuelles leur donne une vision plus globale de la santé de chaque personne. Cela permet de diminuer l'appréhension liée à ce premier rendez-vous.

« C'est elle qui m'a emmenée là-bas, elle m'a présentée au médecin, puis après elle est partie, elle nous a laissé. Maintenant là quand je consulte j'y vais toute seule » (V.11)

« comme le rendez-vous a été prévu en avance et que l'assistante sociale a demandé un interprète, il y a eu un interprète. L'interprète était déjà prévu pour ce rendez-vous. » (X.9)

Cependant, tous les primo-arrivants ne bénéficient pas d'un accompagnement social. Pour les personnes migrantes qui n'y ont pas eu droit, il est difficile de comprendre les raisons de cette absence d'accompagnement. Ils expriment un sentiment d'injustice et de résignation.

« Non non non, je n'ai pas eu d'assistante sociale, quand j'ai demandé on m'a dit mais je n'ai pas le droit à une assistante sociale. » (VII.30) ; « c'était comme ça (...) peut-être que c'est à cause de ça qu'on n'a pas eu d'assistante sociale parce qu'on est dans la rue. Voilà (*soupire*), nous étions dans la rue... » (VII.31).

3.3.2.2. Une première consultation pas si surprenante

Bien que le rôle du médecin généraliste ne leur ait pas été formellement expliqué, les patients le définissent par eux-mêmes en fonction de leur propre expérience. La première consultation était motivée par des douleurs physiques, par un besoin de certificat médical, ou par nécessité de déclarer un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Identifié comme un médecin de proximité, accessible en premier recours et qui oriente vers les spécialistes si besoin, le médecin généraliste a un rôle de réassurance et de suivi dans le temps des patients et de leur famille. Les compétences du médecin généraliste sont globalement bien identifiées, seul l'aspect prévention est plus difficilement reconnu, notamment lorsque des consultations préalables à la PASS avaient été effectuées.

« Le médecin généraliste est un médecin qui peut avoir une intervention rapide : il va faire un diagnostic et s'il peut aider, il va prescrire et aider le patient, mais si la situation est plus complexe il va orienter vers un spécialiste pour pouvoir se faire aider. Donc le rôle du médecin généraliste est un peu le poste de premiers secours » (IV.15)

« le rôle du médecin généraliste c'est de prendre soin de nous, de nous aider à comprendre ce qu'on arrive pas à comprendre, les choses heu... *Silence*. Et de nous soigner aussi si nous sommes malades ! » (V.12)

« Son rôle c'est euh, veiller à la santé de ses patients, euh, je pense qu'il a beaucoup de patients et chaque patient a ses fiches et puis il connaît tout le monde, en tout cas quand je viens il connaît ce qui s'est passé, il connaît mes problèmes. A partir de là je pense que c'est facile à ce qu'il me suive bien. » (VII.14) ; « le médecin c'est juste quand j'ai une complication ou une maladie, je le visite, c'est tout. Mais les vaccins et autres, là c'est la PASS qui me fait ça » (VII.35)

La structure de la consultation médicale est connue. Les questions du médecin (l'interrogatoire) ne sont pas perçues comme intrusives, c'est l'occasion parfois de pouvoir raconter son parcours de vie. L'examen clinique fait partie du déroulement habituel d'un rendez-vous médical et il permet au médecin de mieux comprendre le problème du patient, même si celui-ci ne comprend pas toujours ce que le praticien fait lorsqu'il l'ausculte.

« après quelques minutes d'attente le médecin est venu me voir, il m'a emmené chez lui, enfin dans son cabinet, il m'a fait la consultation, m'a tout demandé gentiment, voilà, ça s'est bien passé » (I.12). ; « ce que je lui ai dit c'est par rapport à ça qu'il m'a demandé, je lui ai donné des détails par rapport à ma douleur, puis il m'a fait l'ordonnance voilà » (I.12bis).

« ils se comportait normalement, comme les autres, il n'y a pas de euh... moi je n'ai rien remarqué, ou je ne me souviens pas de quelque chose qui ne va pas. Tout, tout allait bien à ce moment » (VII.15) ; « bon il y a un appareil pour respirer, il y a la température qu'il a pris, il y a aussi euh... il m'a demandé de m'allonger sur le lit et il touchait, ou bien il me demandait de faire des gestes, parce que j'avais le problème au niveau du bras ici. Il me demandait de faire des gestes des mouvements et à travers de ça peut-être il m'a fait l'examen, je ne sais pas. Je comprends rien moi ! (*rires*) » (VII.17)

« Je me suis couchée sur le dos, et sur mon ventre et elle a touché, touché les parties qui me font mal. Et... ça m'a rien fait puisque c'était la santé ! » (XI.13) ; « Moi j'ai trouvé ça normal puisque c'est son travail » (XI.13bis).

Les attentes des patients migrants envers les médecins généralistes sont similaires à celles de n'importe quels autres patients, c'est le professionnalisme du praticien qui est attendu. Les patients interrogés ici ont pu dire qu'ils n'avaient pas de préférence concernant le fait que le médecin soit un homme ou une femme.

« l'essentiel c'est que la personne voie ce qu'on a en tête quoi, le docteur on n'a pas besoin de savoir son visage ou bien sa connaissance quoi. Dans un premier temps on a besoin de soins » (I.8).

« elle m'a demandé si je voulais que ce soit un homme ou une femme, moi j'ai dit peu importe : que ce soit un médecin ! Rires. » (V.27).

3.3.2.3. Devenir des usagers du système de santé comme les autres

Les patients interrogés expriment leur volonté de devenir autonomes dans leurs démarches une fois qu'ils en ont appris le fonctionnement.

« Moi, je veux y aller et expliquer moi-même malgré mes difficultés, je ne veux pas compter sur les autres, parce qu'on ne peut pas toujours être accompagné par quelqu'un, les gens sont occupés. Tu dois y aller toi-même. C'est important (*montre du doigt le dictaphone, pour insister*) » (VI.34)

« J'ai envie d'apprendre le français, ça me permettra d'être plus autonome pour voir un médecin que ce soit pour moi ou pour les enfants, et ne pas attendre de l'aide de la part d'un interprète ou de devoir chercher d'autres solutions. » (IX.34)

Ils ont énoncé leurs craintes de discrimination de la part du médecin généraliste, de ne pas être considérés comme des usagers du système de santé comme les autres.

« il y a certaines personnes qui vont te minimiser, par le fait de savoir que tu es une étrangère... Mais elle non. Elle ce n'était pas le cas » (V.22)

« La première fois ça s'est bien passé en tout cas (*sourit*), ça s'est bien passé, j'ai pas vu de différence... entre nous les sans-papiers et ceux qui ont des papiers (*rit*). En tout cas j'ai pas vu de différence, ça s'est bien passé. » (XI.3)

3.3.2.4. Construire une relation de soin

La relation avec le médecin généraliste lors de la première consultation joue un rôle important sur le déroulement de la suite des soins. En effet, les patients se soucient de la manière dont le médecin les accueille et les écoute. Ils notent le temps accordé en consultation, qui est souvent perçu comme plus long qu'à leurs rendez-vous suivants : ce temps permet de faire connaissance, de construire un lien thérapeutique et de s'inscrire dans un suivi.

« le médecin en plus a été très accueillant, positif, souriant donc ça joue aussi un rôle très important donc tout était bien. L'humeur du médecin joue aussi. » (III.20) ; « le premier accueil détermine comment par la suite les relations vont se dérouler. » (III.20bis)

« C'était vraiment très sympa, les questions qu'elle m'a posé le premier jour c'était pas difficile c'était juste des questions faciles, comme si seulement on parlait... C'était un moment pour parler. » (V.6)

« prendre du temps avec le médecin dépend peut-être de ton état de santé : parce que parmi les gens qui entraînent, il y a avait des gens qui duraient et d'autres non » (VIII.19bis)

La qualité de la communication est donc primordiale pour cette première rencontre, qui peut mal se passer lorsque le dialogue ne s'installe pas entre patient et médecin.

« ce n'était pas un bon rendez-vous. En fait, à notre arrivée, avec mon mari ils ont discuté, parce que mon mari lui a dit qu'il était déjà vacciné par rapport au covid, et le médecin disait qu'il y a d'autres vaccins qu'il faut faire. On s'est mal compris, dès le début ça n'allait pas avec le médecin. On est partis sans finir la consultation. Après on y est jamais retournés. On préfère aller à l'hôpital » (X.3)

« la première fois j'ai pensé que peut-être il comprend pas tout ce que je lui explique, peut-être ou je sais pas quoi parce que : je lui ai expliqué beaucoup de choses et il m'a dit "c'est pas grave", "c'est comme ça"... » (XII.16bis)

Bien qu'il soit difficile d'exprimer leur désaccord au premier rendez-vous, les patients soulignent l'importance de pouvoir exprimer leur incompréhension au médecin.

« c'était un peu ça au premier rendez-vous : et pour eux et pour le médecin c'était un peu...
S'interrompt. Tout est nouveau, dans un autre pays, ce cabinet... » (III.31)

« Peut-être qu'il y a d'autres personnes qui ont honte de dire qu'ils ne comprennent pas...
Moi quand je comprends pas, je dis je comprends pas ! » (V.28ter)

3.3.3. L'impact du parcours de vie sur la santé

3.3.3.1. Un parcours traumatique

Le guide d'entretien ne prévoyait pas de questions autour des raisons du départ du pays d'origine ni autour du parcours migratoire, mais les participants ont spontanément parlé de certains événements traumatiques qui se sont déroulés dans leur pays d'origine ou pendant leur trajet jusqu'en France.

« Depuis que je suis arrivé en France, j'ai trop de problèmes, des problèmes sérieux, du stress, tu n'arrives pas à dormir, tu t'endors à 6 heures du matin et tu te réveilles à 9 heures, il y a d'autres choses à faire... Pendant toute la nuit tu ne fais que fumer, tu vois, tu penses à ta famille, tout ça quoi, ça arrive » (I.24bis)

« moi j'ai un problème de... Psycholo... Psychologie ? Oui. Je n'arrive pas à rester avec quelqu'un qui parle beaucoup, j'ai un problème avec ça je ne reste jamais avec quelqu'un dans une chambre ou dans la même pièce à cause de ça, ça me rappelle une chose quand j'étais en *pays 1*... Il y a un problème à cause de ça, je m'en rappelle toujours. Donc je ne reste pas avec les hommes, avec les gens. Jamais. A cause de ça... » (II.14)

« je me plaignais souvent de maux de tête. Souvent ça m'arrivait parce que j'ai... j'ai beaucoup de soucis dans la tête » (XII.3) ; « C'est pas facile de venir, traverser la mer jusqu'en *pays 3*... C'est pas facile. Oui. C'est une longue route. Mmh. » (XII.32)

Evoquer leur parcours migratoire lorsque le médecin généraliste recueille leurs antécédents permet de faire le lien entre leurs symptômes et leurs conditions de vie. Les patients apprécient que l'impact de ce long parcours sur leur santé soit pris en compte. Le

patient II a notamment raconté de manière détaillée les sévices qu'il a subis, lorsque je lui ai demandé s'il avait des inquiétudes sur sa santé au moment de sa première consultation. Il avait besoin que l'on comprenne d'où venaient ses troubles.

« J'ai beaucoup de problèmes de santé, j'ai expliqué que c'est à cause de mon parcours de vie » (II.12) ; « il voulait rester ici à cause de ses problèmes. On lui a donc demandé un certificat médical que lui a donné le médecin, et c'est grâce à ça qu'il a pu rester » (II.19).

« Ça n'a pas été trop long mais surtout la première fois avec les questions qu'elle m'a posées et puis ce jour là-même je voulais parler aussi donc ça m'a fait du bien d'expliquer un peu mon histoire, pourquoi j'ai quitté le *pays 1*, venue en *pays 2*, du *pays 2* au *pays 3*... Hmm. Ça m'a fait un peu du bien... » (XI.14)

3.3.3.2. L'impact du logement

Nuits à la rue, squats insalubres surpeuplés ou hébergement collectif d'urgence par le SAMU social, les patients migrants racontent les conditions précaires dans lesquelles ils ont pu vivre à leur arrivée en France. Ces conditions rappellent des situations déjà vécues sur leur trajet migratoire, réactivant des traumatismes psychiques. Elles ont donc un impact direct sur leur santé.

« il y a eu presque 9-10 mois où c'était très difficile la vie en France. J'étais dans la rue. 10 mois. Avec beaucoup de monde, de personnes qui fument qui se droguent, boivent, dealent, des alcools. Des personnes qui tuaient les personnes aussi, il y avait des bagarres, beaucoup de bagarres, c'était difficile mais après ça j'ai eu... Montre les murs de l'appartement » (II.5) ; « c'est bien ici on se soigne, mais peut-être qu'il faut informer et le logement c'est compliqué ici, il faut rester ensemble. Il s'est retrouvé à peu près comme en *pays 1* quoi... Enfermé avec tout le monde quoi. Il a retrouvé la même chose, on répète » (II.37)

« A notre arrivée à *ville 2*, il n'y a pas eu de solution d'hébergement. Pendant une semaine, nous sommes restés avec le bébé dehors » (IX.13)

« J'ai beaucoup froid aux mains et aux pieds. Je sais pas pourquoi jusqu'à présent... Oui. Je lui ai dit, il m'a dit que peut-être la maison où j'habitais il fait froid. Effectivement oui. Là où j'étais à *ville*, la maison il fait TRÈS froid. Je sais pas, il me dit peut-être c'est à cause de ça, mais il me dit qu'il n'a pas de solution... Oui. » (XII.11)

La recherche d'une solution d'hébergement passe avant l'accès aux soins médicaux, même lorsque leur état de santé est mauvais.

« Il pense que le fait qu'il soit resté longtemps en *pays 1* puis sans toit... les maladies ça vient après en fait » (II.34)

Autre élément à prendre en compte, l'instabilité du lieu de résidence entrave le suivi médical. Parfois, les problèmes de santé évoluent depuis plusieurs mois, voire années, avant que l'on puisse s'en occuper.

« J'ai été reçue, on m'a fait faire tous les examens nécessaires et ensuite le suivi de grossesse a été mis en place. Mais cela n'a pas duré longtemps parce qu'au bout d'un mois nous avons dû déménager. » (IX.10)

« j'ai pas vu un médecin là parce qu'il m'ont demandé si tout allait bien : j'ai dit oui ça va, parce que même si j'avais un peu de problèmes, des fois j'ai mal à la tête, mais je voudrais pas qu'on me retarde là-bas parce que j'étais pas venu pour rester en *pays 3* » (XII.2)

3.3.3.3. Des priorités différentes de celles du médecin

Entre les démarches administratives auprès d'instances différentes (préfecture, CPAM, etc.) et la question du logement, il faut aussi pouvoir subvenir à ses besoins fondamentaux. L'organisation du quotidien se fait au jour le jour. Dans cet agenda chargé et parfois difficile à tenir, la ponctualité du médecin est appréciée.

« Ici nous les étrangers on a d'autres choses quoi : tu vois aujourd'hui j'ai 2 rendez-vous, je ne savais pas, j'ai un autre rendez-vous à 10 heures ! Tout à l'heure j'y suis allé en vitesse. On a des trucs comme ça quoi. Toi tu me dis 10 heures, à 11 heures j'aurais un autre truc : soit dans l'administration, soit au boulot, soit une autre occupation. » (I.19)

« Ce que j'apprécie ici c'est la ponctualité. C'est-à-dire quand on dit 10h00, c'est vraiment à 10h00 » (IV.24)

Lorsqu'ils ont des enfants, les parents mettent leurs propres besoins entre parenthèses et priorisent ceux des enfants. Les problèmes de santé des parents sont alors mis au second plan.

« ils n'avaient pas d'inquiétude par rapport à une maladie. Ce sont les enfants : vu qu'ils devaient aller à l'école, il fallait un certificat médical par rapport aux vaccinations. » (III.2)

« je traitais cette douleur avec des anti-douleurs, parce que je ne savais pas s'il fallait prendre autre chose. Je n'ai pas insisté pour demander un autre rendez-vous parce que je n'avais pas beaucoup de temps à cause du bébé » (IX.9)

De ce fait, quand d'autres priorités les préoccupent, les propositions de dépistages ou de vaccinations du médecin généraliste peuvent être mal accueillies.

« on est entrés, il nous a reçus, mais il n'y a pas eu de présentation. Tout de suite, comme je vous disais, il y avait un interprète, il nous a parlé des vaccins qu'il faut faire. Et mon mari ne voulait pas parler de ça, il était là pour autre chose. » (X.8)

3.3.4. Un besoin d'être entendu

3.3.4.1. Un espace d'expression

La première consultation chez le médecin généraliste est l'occasion de se poser un moment, comme une parenthèse pour prendre soin de soi. Comme le souligne le patient III, « chaque situation est individuelle » : les patients apprécient ce moment où l'on s'intéresse à leur propre histoire.

« chaque situation est individuelle et peut-être qu'il y a des cas, peut-être différents d'eux, car pour eux ça s'est passé facilement. Pour d'autres qui peuvent avoir eu un parcours extrêmement compliqué, il y aura plus besoin d'un soutien psychologique, donc le médecin doit avoir cet accueil individuel pour chacun » (III.38)

« C'était vraiment très sympa, les questions qu'elle m'a posé le premier jour c'était pas difficile c'était juste des questions faciles, comme si seulement on parlait... C'était un moment pour parler. » (V.6)

« quand je suis allé chez la généraliste c'était la même chose, il y avait toute une attention particulière par rapport à ma personne. Donc c'est déjà réconfortant » (VIII.24).

« Ça m'a fait du bien de parler. Parler avec elle ça m'a fait du bien et mmh... Les questions aussi qu'elle m'a posées aussi ça m'a fait du bien... Je me suis dit qu'elle ne s'est pas

inquiétée seulement que de ma santé. » (XI.16)

3.3.4.2. La reconnaissance de ses blessures

Comme dans toute relation entre patient et soignant, les patients migrants expriment un besoin de reconnaissance de leurs blessures et de leurs symptômes par le médecin généraliste. Cela passe parfois par la rédaction d'un certificat médical descriptif dont l'objectif sera d'appuyer la demande d'asile. L'écoute du médecin vient légitimer leur plainte et permet de mieux accepter la maladie.

« Eux ici ils considèrent que tu es malade, on sait que tu es malade » (I.15)

« il voulait rester ici à cause de ses problèmes. On lui a donc demandé un certificat médical que lui a donné le médecin, et c'est grâce à ça qu'il a pu rester » (II.19).

« Mais ça s'est bien passé pour moi, ça s'est bien passé. Parce que il a pris note de tout ce que je lui ai expliqué. C'est ça, c'est... Oui. » (XII.18)

3.3.4.3. Un besoin de réassurance

Bien que les intervenants sociaux essaient déjà de rassurer les patients sur leurs symptômes lorsqu'ils les aident à prendre rendez-vous, prendre l'avis du médecin ajoute un niveau de réassurance supplémentaire. Ce besoin d'être rassuré paraît normal compte tenu de l'insécurité qui les entoure.

« le premier entretien avec cette médecin, quand je suis arrivée à son bureau, donc elle a regardé au niveau de ma cheville s'il n'y avait pas de fracture, et puis une consultation au niveau de mes poumons, voilà ça m'est sorti : il n'y a aucun problème à signaler au niveau de mes poumons, et puis bon, même au niveau de mon pied il n'y avait pas de problème » (VIII.12) ; « j'ai eu assez de réassurance par rapport à ce souci » (VIII.21bis)

« J'avais besoin d'être rassurée, j'avais besoin de voir plus souvent le médecin pour être rassurée, pour être conseillée » (IX.18)

« je me plaignais beaucoup de mon coeur, ça... Ça battait beaucoup, je sais pas c'était quoi parce qu'ils ont fait la radio et on m'a dit que c'est négatif. Mais je comprends pas jusqu'à présent c'est... Des fois je suis couché comme ça, ça bat beaucoup à l'intérieur, je me demande pourquoi... Et souvent j'ai des maux de tête, ça c'est régulier aussi » (XII.9)

3.3.4.4. Des patients satisfaits

La reconnaissance envers le médecin généraliste a été abordée spontanément par les patients interrogés. Ils expriment un sentiment de satisfaction globale lorsqu'ils ont obtenu l'écoute qu'ils attendaient de lui. Ils estiment lui faire confiance et apprécient le professionnalisme avec lequel ils ont été reçus.

« Le médecin a pris le temps de vraiment bien voir les problèmes, traiter toutes les questions. Ils ont pu répondre à tout. Il a fait comprendre que pour n'importe quel problème, il pourra les aider, il est à l'écoute. » (III.32)

« Franchement, je me réjouis, j'ai été bien accueilli chez la dame : un bon travail a été fait donc je n'ai pas de plainte ou de force majeure à signaler. Pour le moment ! » (VIII.15)

« Elle prend son temps, elle écoute attentivement, elle regarde, elle examine, elle donne des traitements, elle explique comment il faut les prendre. On ne se sent pas mal à l'aise : on est bien accueilli, on sait qu'on peut parler, on peut expliquer des choses. On sait que le médecin trouvera une solution, proposera quelque chose. Je me sens bien » (IX.26).

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux

Cette étude qui donne la parole aux patients migrants peut permettre de lever certaines appréhensions liées à leur accueil au cabinet de médecine générale. Leur première consultation chez un médecin généraliste s'inscrit dans un contexte de perte de leurs repères à l'arrivée en France, mais ils font preuve d'adaptation et de résilience alors que le système de santé français est compliqué à appréhender.

L'ajustement au niveau de compréhension de chacun est apprécié, car la barrière de la langue est un problème majeur dans l'accès aux soins des patients allophones où maîtrisant mal le français.

Les intervenants sociaux ont un rôle primordial et sont identifiés comme des interlocuteurs privilégiés pour entrer en contact avec un médecin généraliste. Ils contribuent à ce que cette première consultation ne soit finalement pas si surprenante et à ce que les personnes migrantes qu'ils accompagnent puissent prendre leurs marques pour devenir des usagers du système de santé comme les autres.

Cependant, les conditions de logement instables et/ou insalubres à leur arrivée en France font de l'hébergement une priorité qui passe souvent avant l'accès aux soins, prenant part à l'aggravation de leur état de santé, alors que celui-ci s'est déjà dégradé au fil de leur parcours migratoire.

Le récit des patients migrants met en évidence qu'ils ne s'attendent pas à des compétences extraordinaires de la part du médecin généraliste quand il les reçoit en consultation pour la première fois. Sa reconnaissance de leur plainte participe à mieux accepter les blessures du passé et à prendre un moment pour soi. Sa capacité d'écoute et son professionnalisme sont appréciés. Il ressort un sentiment de satisfaction globale à son égard.

Appréhendée ou perçue comme un rendez-vous médical ordinaire, cette première consultation chez le médecin généraliste des patients migrants est un moment à part. Elle joue un rôle déterminant sur la construction du lien thérapeutique et son déroulement a des répercussions sur la suite de leur parcours de soins. Comme lors de la construction de toute relation entre soignant et soigné, la qualité de l'écoute du praticien est déterminante.

4.2. Validité interne de l'étude

4.2.1. A propos de l'échantillonnage

Il a été choisi de passer par des travailleurs sociaux et des associations pour prendre contact avec des personnes migrantes afin qu'il n'y ait pas de lien préalable entre les participants et l'investigatrice, et que le recrutement ne soit pas fait par un médecin qui les aurait vus en consultation. Dans les faits, il m'a été difficile d'entrer directement en contact avec des personnes migrantes dont le profil correspondait aux critères d'inclusion. J'ai pu me rendre plusieurs fois dans des lieux d'accueil de jour, ou à des distributions alimentaires, mais les personnes migrantes présentes avaient d'autres priorités à ces moments-là. Nous avons pu engager une conversation sans souci, mais le moment était peu propice pour accepter de participer à une étude. La plupart des personnes migrantes à qui j'ai pu présenter l'étude étaient au départ assez méfiantes. Cela a nécessité un changement de posture de ma part : ma manière de présenter le projet pouvait être un peu trop scolaire au début.

Je n'ai pas pu identifier les personnes qui auraient pu refuser de participer à l'étude lorsque les intervenants sociaux leur en ont parlé, ni les raisons de leur refus. La situation précaire du public visé par ce travail rendait difficile leur adhésion à participer à une étude. Ce travail visait la recherche de la représentativité des points de vue et non la comparaison des expériences de chaque patient migrant, il n'était donc pas nécessaire de rechercher les « cas extrêmes » [35], mais aucun des participants n'était à la rue, ni complètement isolé socialement. De même, ceux pour qui l'organisation d'un rendez-vous était trop compliquée n'ont pas pu être interrogés. Ce biais de recrutement reflète les difficultés rencontrées par les patients migrants dans leur accès aux soins.

Les intervenants sociaux sollicités pour l'étude ont souvent évoqué les réticences de prise en charge des patients migrants par certains médecins généralistes, élément qui n'est pas apparu dans les témoignages recueillis étant donné que la plupart des participants ont été orientés vers un médecin connu pour être habitué aux patients migrants. Cela a pu participer au sentiment de satisfaction globale des personnes interrogées envers les médecins généralistes.

Par ailleurs, il a été choisi dans les critères d'inclusion que la première consultation chez un médecin généraliste ait eu lieu en 2019 ou après. Bien que j'aie essayé de m'assurer que les personnes se souviennent bien de leur premier rendez-vous avant de leur proposer de participer à l'étude, le temps entre la première consultation et l'entretien - entre 2 mois et 30

mois - a induit un biais de mémorisation : « elle s'est présentée, elle a dit : elle c'est *nom*, elle est généraliste et... quoi d'autre ? J'ai oublié. » (Patiente XI) ; « Je ne me rappelle pas exactement parce que ça fait un peu de temps, mais quand on a vu le médecin comme je viens de vous dire l'assistante sociale était présente » (Patient XIII).

Pouvoir avoir recours à des interprètes professionnels a permis d'inclure des patients migrants allophones dans l'étude. Même quand les personnes commencent à maîtriser la langue, l'interprétariat permet de pouvoir mieux explorer certains sujets, de mieux exprimer certaines choses. Par exemple, le patient II parlait dans sa langue natale pour les choses qu'il voulait approfondir, et en français sinon. Les interprètes, habitués à la traduction en milieu médico-social, ont veillé à me retranscrire le plus fidèlement possible les propos des participants afin d'éviter au mieux un biais d'interprétation, ils ont également pu effectuer des relances aux moments opportuns sans que je ne leur aie demandé. Par souci de bien faire, ils ont toutefois pu exprimer aussi leur propre avis en retranscrivant les réponses des participants.

4.2.2. A propos du recueil de données

Les entretiens semi-dirigés ont permis la libre expression des participants et le recueil de données inattendues. Tout au long des entretiens, une vigilance particulière a été portée sur les compétences communicationnelles : relances, silences, utiliser le plus de questions ouvertes possibles.

Il s'agissait cependant de ma première expérience en recherche qualitative, cela a eu un retentissement sur la conduite des entretiens : j'ai pu me rendre compte dès le premier que j'avais tendance à utiliser des questions fermées qui ont pu influencer certaines réponses. Pour cela, des questions ouvertes ont été ajoutées dans le guide d'entretien après la retranscription du premier entretien.

L'identité de l'enquêteur peut expliquer certains biais. Bien que je ne sois pas leur médecin et que je me sois présentée en tant qu'étudiante-chercheuse, certains participants m'ont rapidement assimilé à un médecin français, ce qui a pu induire un biais de désirabilité sociale dans leurs réponses. D'autres ont remarqué mes traits asiatiques et m'ont questionnée sur mes origines.

Par ailleurs, le recueil des données a été réalisé en période de covid-19, avec une période de confinement national du 3 avril au 3 mai 2021 pendant laquelle aucun entretien n'a eu lieu. Les participants ont pu exprimer des inquiétudes concernant cette pandémie : « ce qui m'inquiétait c'était surtout la peur d'une contamination par rapport à la pandémie de covid :

j'avais peur que les machines ne soient pas bien désinfectées, j'avais peur de la contagion » (Patiente IV). Certains ont différé leur première consultation chez le médecin généraliste afin d'éviter un risque de contamination : « C'était une période assez particulière avec les confinements successifs et le souhait de rester chez nous, de ne pas sortir parce que nous avions peur d'attraper la covid... peut-être que ça peut aussi expliquer que nous ne cherchions pas de médecin généraliste, parce qu'à ce moment-là ce n'était pas très important. » (Patiente IX). Lors des entretiens, le port du masque a pu me faire manquer certains éléments de langage non verbal.

4.2.3. A propos de l'analyse

L'utilisation d'une approche interprétative phénoménologique, sans hypothèses au préalable, permet de faire émerger de nouvelles connaissances à travers le retour d'expériences personnelles des patients migrants.

Aux premières lectures du verbatim, j'ai eu tendance à indexer plus qu'à formuler des étiquettes expérientielles [35] à partir des différentes unités de sens. L'échange avec ma directrice de thèse et la répétition des lectures des retranscriptions de chaque entretien a permis de donner plus de sens à l'analyse.

La construction des thèmes présentés dans le tableau 3 est apparue au fur et à mesure de l'analyse des premiers entretiens. Comme expliqué précédemment, la suffisance des données a pu être atteinte au onzième entretien, à partir duquel aucune nouvelle étiquette n'émergeait plus de l'analyse.

Le premier entretien devait au départ être un « entretien test » pour éprouver le guide d'entretien et vérifier la bonne compréhension des questions. Il a été choisi de l'inclure dans l'analyse compte tenu de la présence de tous les thèmes abordés dans les résultats.

Il n'y a pas eu de réelle triangulation de chercheurs pour l'analyse des entretiens : la collecte de données et l'analyse ont été réalisées uniquement par une personne. La subjectivité de l'analyse a donc pu induire une perte de sens pour certains éléments. Cependant, les entretiens ont été lus et commentés par la directrice de thèse et les observations consignées dans le journal de bord lors des différentes rencontres avec des travailleurs sociaux ou avec d'autres personnes migrantes ne mettaient pas en évidence d'autres thèmes.

4.3. Comparaison avec la littérature

4.3.1. Explorer l'expérience des patients migrants

D'autres travaux de recherche interrogent les patients migrants sur leurs expériences de soins à leur arrivée en France, mais la recherche bibliographique a retrouvé peu d'études qualitatives dans lesquelles le vécu de la première consultation chez un médecin généraliste de ville a été spécifiquement exploré. Celles-ci ont été réalisées dans le cadre de thèses de médecine générale.

PASSAGE (Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire) de Stephan TOUATI et Sébastien VERGAN [15] est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients bénéficiaires de l'AME francophones recrutés auprès de médecins généralistes libéraux et en structure de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Marseille. L'objectif principal a été « d'explorer les représentations des soins et le vécu de la prise en charge en médecine générale ambulatoire des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat ». On y retrouve la méconnaissance des droits par les patients migrants à leur arrivée en France, le rôle central des intervenants sociaux pour l'orientation vers les soins, la place prépondérante de l'écoute dans la relation entre patient et médecin, et la volonté des bénéficiaires de l'AME de devenir des usagers du système de santé « comme les autres ».

Concernant les attentes des patients migrants envers les médecins généralistes, les résultats de notre étude sont concordants avec ceux d'Alice MATHIEU [44], que Mathieu ABT [45] résume ainsi : « En 2011, Alice Mathieu publiait une thèse dont l'objet était de faire émerger les attentes des migrants dans le Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'offre de soins primaires, à travers une étude qualitative basée sur une série d'entretiens réalisés à la PASS de Calais, et à la consultation de médecine générale de Médecins Solidarité Lille, consultation gratuite ouverte aux personnes sans couverture sociale, et régulièrement fréquentée par des migrants. Les attentes les plus fréquemment exprimées par les migrants étaient la possibilité d'obtenir une écoute, une prise en charge générale de leur état de santé, une réassurance par rapport à des inquiétudes spécifiques, et enfin un besoin de pouvoir "se poser", de bénéficier d'une pause dans une vie d'errance et de stress permanent ».

L'impact des conditions de vie sur la santé était l'un des principaux thèmes de nos résultats. La précarité change-t-elle les attentes des patients envers leur médecin ? C'est une des questions que s'est posée Mathilde VILLEDARY [46] en interrogeant des patients

précaires - pour lesquels le résultat du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) était supérieur à 30 - recrutés en cabinets de médecine générale. Les attentes exprimées étaient similaires à celles retrouvées dans l'étude réalisée ici et ses recherches bibliographiques montraient des résultats similaires chez les patients non précaires. Les patients évoquent des attentes relatives aux compétences biomédicales du médecin généraliste, des attentes vis-à-vis de la relation patient-soignant, des attentes matérielles et économiques, ainsi que des attentes vis-à-vis de l'accessibilité aux soins.

Quant à l'impact de la barrière de la langue, la thèse d'Anne-Charlotte GALLON et Florence LE QUERE [47], réalisée en Pays de la Loire en 2017 - avant la mise en place du dispositif d'interprétariat professionnel destiné aux médecins libéraux - explorait le vécu par les patients allophones de leur premières consultations médicales, par des entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients parlant désormais français. Leur étude a permis d'identifier les conséquences de la barrière linguistique lors des consultations, parmi lesquelles certaines sont retrouvées ici : les patients évoquent les difficultés à décrire leurs symptômes, l'incompréhension comme source d'erreurs médicales, leur incompréhension des informations médico-légales, ou encore la multiplication des examens. On y retrouve la position ambivalente des patients migrants face à l'interprétariat professionnel, par méconnaissance de ce service.

4.3.2. Recours à l'interprétariat professionnel

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publiait un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques concernant l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [48] rappelant que « les volets précarité de chaque Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) incluent comme axe d'intervention le développement de l'interprétariat professionnel ».

Les travailleurs sociaux que j'ai pu rencontrer dans la région nantaise m'ont expliqué qu'ils devaient régulièrement informer eux-mêmes les médecins sur l'existence d'un service d'interprétariat téléphonique gratuit pour les médecins libéraux des Pays de la Loire et que certains avaient pu refuser de l'utiliser. Dans l'étude descriptive transversale réalisée par Raphaëlle BIGOT et Néhémie DALLET [49] explorant la satisfaction des médecins concernant l'utilisation de l'interprétariat professionnel en consultation de médecine libérale, aucun frein à l'utilisation du dispositif n'était mentionné pour 460 (67,1%) des consultations

étudiées. Les limites à l'utilisation du dispositif étaient « un délai trop important pour obtenir l'interprète en ligne (120 ; 18,5 %), un allongement du temps de consultation (68 ; 10,5 %), un déroulement de la consultation jugé trop complexe (temps de discussion, temps d'examen clinique puis retour à la discussion) (42 ; 6,4 %), l'obligation d'utiliser une langue tierce (23 ; 3,5 %), les problèmes de réseau téléphonique (21 ; 3,2 %) et l'absence d'interprète disponible (12 ; 1,9 %) ». Il m'est arrivé de rencontrer ces difficultés dans le cadre de cette étude, cependant celles-ci restaient minimes. Il aurait été impossible d'entrer en contact ni de réaliser d'entretien avec la plupart des patients interrogés ici sans interprétariat. Une fois que le fonctionnement de ce service leur avait été expliqué, les participants en étaient satisfaits, ils ont pu développer leur expérience de manière plus approfondie : « il n'y a pas eu de détails comme nous sommes en train de faire là, donc c'est pourquoi je peux dire que c'est la première fois que je peux avoir recours à un interprète pour pouvoir traduire l'échange » (VIII.26).

4.3.3. Le problème de l'accès aux soins

Comme mentionné en introduction, les patients migrants interrogés font part de difficultés à obtenir des informations sur le fonctionnement du système de santé français et confirment que l'obtention d'une couverture maladie a été une étape facilitante dans leur parcours de soins : « quand tu as l'assurance tu peux aller prendre rendez-vous toi-même et te faire soigner (...) mais si t'as pas l'assurance c'est... c'est difficile. Mmh » (XII.29).

Dans son étude qualitative réalisée en 2007, Sophie PAILHES a pu identifier les facteurs intervenant dans une utilisation prolongée de la PASS par les patients migrants après l'ouverture de leurs droits, parmi lesquels on peut citer les refus et les discriminations à l'encontre de cette population par les professionnels, la mauvaise coordination entre les différents acteurs et l'absence de réseau formalisé autour de la précarité, ou encore le manque évident d'actions d'éducation pour la santé à destination de ce public [6].

L'impossibilité d'obtenir un rendez-vous notamment en situation d'urgence ressentie peut conduire les patients migrants à s'orienter vers un service hospitalier d'urgences plutôt que vers un cabinet médical de ville. Ce constat a déjà pu être fait dans d'autres études comme celle de Laura FEDERICI [51], où les patients expriment que le problème des rendez-vous est la principale contrainte ressentie lors d'une consultation de médecine générale. Cette situation n'est ni spécifique aux patients migrants, ni à la France. En effet, une étude par questionnaire réalisée en Norvège [52] met en évidence que les principales raisons de recours

aux urgences des patients, qu'ils soient migrants ou non, sont l'absence de médecin généraliste référent et l'absence de possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide.

4.3.4. La coopération interprofessionnelle autour des patients migrants

Comme on a pu l'évoquer précédemment, les intervenants sociaux prennent une place essentielle dans l'entourage des patients migrants. Le travail de thèse de Nolwenn HERY [53], réalisé à Poitiers en 2017 auprès de 38 migrants majeurs francophones ayant droit à la CMU et dont l'objectif principal était d'évaluer par un questionnaire leur connaissance du système de soin français et de comprendre l'utilisation qu'ils en faisaient, a permis de « constater le rôle capital des travailleurs sociaux comme vecteur de l'information sur le système de santé ». En conclusion, elle évoquait la question d'un contact direct entre le soignant et le travailleur social lors de la première consultation avec un migrant.

Sandrine DEITSCH a mené une étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015 [54] pour explorer en *focus groups* les déterminants d'une collaboration réussie entre médecins généralistes et travailleurs sociaux et en déduire des pistes d'amélioration afin de simplifier le parcours des patients. La notion d'interdépendance entre le médical et le social fait partie de ses résultats. On note une asymétrie des attentes des interlocuteurs, mais quatre niveaux d'interaction différents y sont mis en évidence : le clivage médico-social, l'interaction collaborative, la relation de dépendance et la relation conflictuelle. Les difficultés rencontrées concernaient le secret professionnel, la méconnaissance du rôle des travailleurs sociaux par les médecins généralistes, les représentations de chacun autour de la précarité, ou encore le manque de temps.

Ces différents éléments suggèrent qu'une meilleure coopération entre les médecins généralistes et les travailleurs sociaux, qui passe par une reconnaissance mutuelle, permettrait une approche plus globale des soins apportés aux patients migrants.

4.3.5. Du côté du médecin généraliste

Faire connaissance, prévenir et dépister les maladies infectieuses, prendre en charge la douleur... L'agenda des premières consultations peut paraître chargé. Mais peut-être peut-on différer certains de ces éléments et commencer par prendre le temps d'écouter les patients migrants quand on les accueille au cabinet ? Dans le contexte démographique médical actuel, où près de 80 % des médecins généralistes déclarent des difficultés à répondre aux

sollicitations des patients [55], « prendre le temps » peut paraître utopique. Cependant, plusieurs travaux de recherche mettent en évidence que la qualité de la relation de soin et la satisfaction du patient dépendent en fait plus du savoir-faire du médecin et de ses compétences communicationnelles, que de l’allongement de la durée de la consultation [56,57]. La durée moyenne des consultations de médecine générale en France est d’un peu moins de 18 minutes [58]. Les patients interrogés ici étaient satisfaits du temps passé avec le médecin généraliste et avaient remarqué que celui-ci adaptait la durée du rendez-vous en fonction du motif de consultation : « parmi les gens qui entraient, il y avait des gens qui duraient et d’autres non. Donc si le médecin estime qu’il n’y a pas tellement de problèmes pendant la consultation, il se peut que tu ne prennes pas assez de temps avec elle aussi » (VIII.19). Plus que le nombre de minutes passées avec le patient, c’est donc l’attitude d’ouverture qui compte.

Quel est le point de vue des médecins généralistes sur la collaboration entre médecins et travailleurs sociaux ? Le travail mené par Lucie DOERFLINGER en 2015 [58], en parallèle de celui de Sandrine DEITSCH cité précédemment, met en évidence que « la collaboration avec les travailleurs sociaux est décrite comme rare, ponctuelle et brève. On ne peut d’ailleurs pas parler de collaboration mais plutôt d’épisodes de travail pluridisciplinaire autour d’un patient. Chaque partenaire contacte l’autre lorsqu’il atteint les limites de ses compétences et qu’il peut déléguer une partie de sa charge de travail. Il n’y a peu ou pas d’échanges entre les deux partenaires et surtout, il n’y a pas d’élaboration d’un projet commun autour du patient. »

4.4. Perspectives : repenser nos pratiques

La réalisation des entretiens dans le cadre de cette étude a permis de donner plus de sens à l’intégration de la démarche interculturelle dans ma pratique médicale. Lorsqu’on rencontre une personne pour la première fois, la compréhension du « cadre de référence » de chacun [19] - peu importe ses origines ou son parcours - permet de se décentrer de ses propres interrogations, afin de mieux l’écouter et de mieux l’accompagner tout en respectant son identité. L’approche était la même lors de ma rencontre avec les participants et cela a contribué à ce que je prête désormais plus d’attention à l’écoute active des patients en consultation.

Ce travail a permis de faire le constat que la première consultation des patients migrants est finalement comme celle de tous les autres patients et que leur pays d’origine ne doit pas influencer sur le savoir-être du médecin quand il les accueille pour la première fois.

Alors qu'il est déjà difficile de trouver un médecin généraliste qui accepte encore de recevoir de nouveaux patients, les raisons qui sont invoquées aux intervenants sociaux lorsqu'ils ne réussissent pas à obtenir de rendez-vous auprès des cabinets médicaux pour les migrants qu'ils accompagnent ne relèvent pas seulement de la démographie médicale actuelle. Ils ont pu me faire part de leur incompréhension, ou de leur colère parfois, quand la réponse des cabinets médicaux est un refus de travailler en ayant recours à un interprète, ou un refus de prendre en charge « ces patients-là ». Les intervenants sociaux m'expliquaient s'être constitués au fil du temps une liste de médecins généralistes avec lesquels les personnes migrantes avaient pu établir un bon lien et ils privilégiaient donc la prise de rendez-vous auprès de ceux-ci. On retrouve alors la notion de « médecins habitués » à soigner des patients migrants évoquée par la patiente X. Cependant, ces mêmes médecins ont pu faire part d'une certaine lassitude que ce soit toujours les mêmes qui soient sollicités, alors qu'ils estimaient ne pas avoir de compétences supplémentaires par rapport à leurs autres confrères.

Compte tenu des difficultés d'accès aux soins des patients migrants, leur besoin d'accompagnement est justifié, mais les participants ont formulé le souhait d'être autonomes dans leurs démarches. En permettant leur autonomie, ils reprennent confiance en eux, alors qu'ils exprimaient un sentiment d'incapacité ou d'impuissance lors de leur arrivée en France. Certains ont pu dire qu'ils ne se sentaient pas légitimes pour donner leur avis sur les améliorations qui pourraient être faites dans l'accueil des patients migrants au cabinet médical : « En tant qu'étrangère je ne me permettrais pas de me mêler de ce qui ne me regarde pas : j'y vais, on me reçoit, on m'accueille, tout va bien. » (IV.27). Cependant, les participants ont exprimé leur reconnaissance à la fin des entretiens : le fait de prendre ce temps ensemble pour explorer leur expérience a permis qu'ils se sentent considérés comme des acteurs du système de santé à part entière, dont l'opinion compte pour faire évoluer les pratiques. Afin de leur faciliter l'assimilation du fonctionnement du système de soins français, une des pistes évoquées lors de nos rencontres avec les travailleurs sociaux est de co-construire un atelier sur ce sujet, en se basant sur le modèle des programmes d'éducation thérapeutique. Les objectifs seraient d'améliorer la connaissance des droits à la santé, des soins ambulatoires et hospitaliers existants, ainsi que des modalités de recours à chacun.

Penser à l'accueil des patients migrants en médecine générale de ville passe par une réflexion sur l'accessibilité des cabinets médicaux, qui ne doit pas se limiter aux normes d'accessibilité pour les patients en situation de handicap physique. Le patient VI a souligné que la présence d'un secrétariat sur place facilite la prise de rendez-vous, notamment pour les

non francophones. Ces problèmes d'accès aux soins s'appliquent également quand il s'agit de consulter un médecin spécialiste ou un professionnel paramédical. Les participants m'expliquaient que la barrière de la langue était encore une fois un obstacle majeur, source de préjudice pour eux : « Il m'est arrivé une péripétie avec un dentiste qui devait me traiter pour une rage de dent, un souci au niveau d'une dent.... J'ai essayé d'expliquer les choses comme j'ai pu... Finalement, il ne s'est pas occupé de la dent où j'avais mal, mais d'une autre ! Lorsque je l'ai arrêté en disant que ce n'était pas celle-là, ça s'est un peu... pas forcément très bien passé, et on m'a mis dehors » (VI.21). Il est temps que l'utilisation de dispositifs d'interprétariat professionnel tels que ceux mis en place dans le Grand Est et en Pays de la Loire soient étendus à l'ensemble du territoire afin de se donner les moyens d'un accès égal aux soins.

Parmi les principaux thèmes issus de l'analyse du verbatim, la place cruciale que les patients migrants attribuent aux travailleurs sociaux dans leur accès aux soins était un résultat inattendu. Le médecin généraliste de ville est considéré comme la porte d'entrée dans le système de soins, mais on s'aperçoit que ce sont les travailleurs sociaux qui remplissent ce rôle pour les personnes interrogées ici. Alors que la culture de l'interprofessionnalité se développe au sein de la formation médicale [60,61], les travailleurs sociaux sont peu pris en compte en tant que professionnels faisant partie intégrante du réseau de soins primaires et leur rôle facilitateur de la mise en œuvre du soin semble peu connu des médecins. Il est possible que les travailleurs sociaux sollicités pour cette étude soient plus sensibilisés à la collaboration interprofessionnelle, mais ils ont pu exprimer leur enthousiasme concernant mon intérêt pour leurs pratiques et regrettaient le manque d'échanges avec certains praticiens. La collaboration entre travailleurs sociaux et médecins généralistes est primordiale compte tenu de la place de chacun des interlocuteurs dans l'accompagnement des patients migrants, même si elle soulève des questions de partage du secret professionnel et de modalités de la transmission d'informations [53,58]. Ces éléments sont à intégrer dans la réflexion sur notre manière de travailler ensemble, en portant une vigilance particulière à notre posture et en restant dans une démarche d'émancipation plutôt que d'assistance des personnes migrantes. Consulter chaque patient sur sa perception des échanges entre ses différents interlocuteurs est indispensable, afin d'agir dans son meilleur intérêt.

5. CONCLUSION

La perte des repères, puis la nécessité de se reconstruire et de prendre leurs marques après leur arrivée en France, sont des thèmes majeurs du récit des patients migrants, qui sont essentiels à prendre en compte lors de leur première consultation au cabinet de médecine générale.

Alors qu'ils peuvent être perçus comme des patients difficiles, leurs attentes sont similaires à celles de n'importe quel autre patient. Les compétences attendues de la part du médecin généraliste sont celles qui sont enseignées dès sa formation initiale [62], que le Collège National des Généralistes Enseignants a illustré par la « marguerite des compétences » reproduite en annexe de ce document. Les participants interrogés expriment des sentiments mêlés d'appréhension et de reconnaissance envers le praticien. Lorsqu'ils ont obtenu l'écoute dont ils avaient besoin, ils ressortent satisfaits de cette première consultation, qui est vue comme un espace d'expression.

Assurer une bonne compréhension mutuelle dès la première rencontre est primordial, en intégrant le fait que la barrière de la langue pose problème dans l'accès aux soins des personnes migrantes allophones ou maîtrisant mal le français. L'extension du recours à l'interprétariat professionnel par les praticiens de santé paraît indispensable pour y remédier.

Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins restent un problème majeur. Le développement de la collaboration entre médecins généralistes et intervenants sociaux, qui sont les interlocuteurs privilégiés des patients migrants et ont un rôle facilitateur dans la mise en œuvre du soin, est un élément de réponse à cette question complexe.

Cette étude permet de mieux comprendre l'impact du déroulement de ce premier rendez-vous avec le médecin généraliste sur l'alliance thérapeutique. Savoir prendre un peu de temps pour accueillir les patients migrants dans de bonnes conditions au cabinet médical est un investissement sur le long terme.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Migrant/migration [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://wayback.archive-it.org/10611/20171122225131/http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
2. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - Edition 2015 [Internet]. 2015 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/guide-comede/>
3. Simmel G. Les pauvres - 2ème édition française. Presses Universitaires de France. 2002. 102 p. (Quadrige).
4. Conseil économique et social. Rapport Wresinski [Internet]. Centre Joseph Wresinski. 1987 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
5. Safon M-O. La santé des migrants - Bibliographie thématique [Internet]. Centre de documentation de l'IRDES; 2018 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
6. Pailhès S. De la PASS au système de santé de droit commun [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2008. Disponible sur: https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2012/01/These_sophie_pailhes.pdf
7. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Etat de santé des populations immigrées en France [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf>
8. Tindo NL. Aide médicale de l'État : parcours des patients depuis le pays d'origine jusqu'au cabinet de médecine générale dans le département de Seine-Saint-Denis [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014 [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4770_TINDO_THESE.pdf
9. Médecins du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2019 [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/10/14/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2019>
10. Hudelson P, Vilpert S. Paroles de migrants. Des expériences de santé dans le système de soins genevois [Internet]. Service de la communication des Hôpitaux Universitaires de Genève; 2010 [cité 14 oct 2019]. 25 p. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/consultation_transculturelle_et_interpretariat/paroles-de-migrants9.pdf

11. Direction de l'information légale et administrative. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. Service-public.fr. 2020 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
12. Assurance maladie. En situation irrégulière - AME [Internet]. ameli.fr. 2020 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
13. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas [Internet]. IRDES; 2019 nov [cité 28 avr 2021] p. 8. Report No.: 245. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>
14. Rondeau-Lutz M, Wolff V, Jung C. La santé et les migrants en France - faits et questionnements [Internet]. Migrations Santé Alsace; 2012. Disponible sur: https://www.migrationsante.org/wp-content/uploads/2016/03/texte_rondeau_wolf.pdf
15. Touati S, Vergan S. PASSAGE : Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901229/document>
16. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France [Internet]. IRDES; 2009 sept [cité 8 sept 2019] p. 6. Report No.: 146. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>
17. WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille [Internet]. 2002 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
18. Purnell LD, Paulanka BJ. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. F.A. Davis; 2008. 452 p.
19. Tison B. Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle. Masson. 2007. 256 p.
20. Resicare Project. About the Critical Incident methodology [Internet]. 2020 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=LtQaPuOo1pE>
21. Cohen-Emerique M. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. Santé Ment Au Qué. 1993;XVIII(1):71-92.
22. Bizumic B. Who Coined the Concept of Ethnocentrism? A Brief Report. J Soc Polit Psychol. 31 janv 2014;2(1):3-10.
23. Bizumic B, Duckitt J, Popadic D, Dru V, Krauss S. A cross-cultural investigation into a reconceptualization of ethnocentrism. Eur J Soc Psychol. oct 2009;39(6):871-99.

24. Querrioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups [Internet] [Thèse : médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2011 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731735/document>
25. Matz Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
26. Léna C. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par entretiens individuels auprès des médecins généralistes des bénéficiaires adultes de l'AME de Bordeaux Métropole [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962968/document>
27. Gimenez Tessier M. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910361/document>
28. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire. *Santé Publique*. 2019;Vol. 31(5):663-82.
29. Journées médicales brestoises. Comment prendre en soin des patients migrants dans son cabinet médical ? [Internet]. 2015 nov 28 [cité 10 févr 2022]; Atelier médecine générale. Disponible sur: <http://jmgb.fr/web/upload/files/documents/1461518627571d01237b9a7.pdf>
30. Faculté d'Anthropologie sociale et d'Ethnologie de l'Université de Bordeaux. DU Médecines et soins transculturels [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <http://anthropologie-sociale.u-bordeaux.fr/Formations/DU-Medecines-et-soins-transculturels>
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
32. INSEE. Situation récente des immigrés dans la région [Internet]. 2015 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285429>
33. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer - 2e édition. De Boeck Supérieur. 2019. 160 p. (Méthodes en sciences humaines).
34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. juin 2008;19(84):142-5.
35. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GM Santé. 2021. 192 p.

36. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol.* 1 déc 2018;24(4):427-49.
37. Godfroid T. Préparer, conduire, analyser un entretien semi-directif [Internet]. Séminaire méthodes de sciences sociales et santé : les enquêtes qualitatives - principes et enjeux actuels; 2011 mai 10 [cité 14 janv 2020]; Institut Inter-Régional de Santé Publique du Grand-Est (IRESaP). Disponible sur: <http://cruhl.univ-lorraine.fr/sites/cruhl.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf>
38. CNIL. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? [Internet]. [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
39. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine - Second Edition.* Radcliffe Pub.; 2005. 367 p.
40. Ink M. Mener et retranscrire un entretien sociologique : trucs et astuces [Internet]. Le carnet des étudiant-e-s du Master Sociologie de l'EHESS. 2016 [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://mastersociologie.hypotheses.org/3342>
41. Lamort-Bouché M, Zorzi F. Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative [Internet]. Collège de médecine générale de Lyon; 2019 [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: http://clge.fr/wp-content/uploads/2019/11/KIT-AUTO-APPRENTISSAGE-CONDUITE-ENTRETIEN_PROTOTYPE3.pdf
42. Sauvayre R. Chapitre 2. La réalisation de l'entretien : le « terrain ». In: *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales* [Internet]. Dunod. 2013 [cité 8 févr 2022]. p. 49-101. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-de-l-entretien-en-sciences-sociales--9782100579709-page-49.htm>
43. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual.* 2007;(hors-série numéro 5):99-111.
44. Mathieu A. *Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants* [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lille II; 2011. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/30825588/thase-alice-mathieupdf-thase-img>
45. Abt M. *Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques* [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lille II; 2015 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ddbc0dd3-98bf-4764-ad34-0d7b56c323b0>
46. Villedary M, Mazalovic K. *Attentes des patients précaires vis-à-vis des professionnels de santé* [Internet]. Université de Bourgogne; 2017. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/141c0b24-f0c9-4a80-952b-5c1d5658913b>
47. Gallon A-C, Le Quéré F. *Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales: entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français* [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2017.

48. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. 2017 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
49. Bigot R, Dallet N. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire, dans les Pays de la Loire de juin 2017 à décembre 2018 [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2019.
50. Parizot I, Chauvin P. Quel accès aux soins pour les plus démunis ? In: La Santé, un enjeu de société [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2010 [cité 2 févr 2021]. p. 179-89. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-sante--9782912601933-page-179.htm>
51. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2013 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/federici-these.pdf>
52. Ruud SE, Per H, Bard N. Reasons for attending a general emergency outpatient clinic versus a regular general practitioner – a survey among immigrant and native walk-in patients in Oslo, Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(1):Pages 35-45.
53. Hery N. Les migrants connaissent-ils l'organisation du système de santé français et comment l'utilisent-ils ? : enquête auprès de 38 migrants ayant-droit à la CMU à Poitiers [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2018. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c61c90cd-001e-4b6e-9b8c-31008ee5d76a>
54. Deitsch S. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015 [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2015 [cité 4 oct 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734334>
55. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès I, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. DREES; 2020 janv [cité 10 févr 2022]. (Etudes & Résultats). Report No.: 1140. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
56. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience : a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract*. 1 déc 2016;66(653):896-903.
57. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient [Internet] [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université; 2020 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02923503>
58. Jakoubovitch S, Nurnot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. DREES; 2012 mars p. 8. (Etudes & Résultats). Report No.: 797. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>

58. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015 [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2015 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732260>
60. World Health Organization, Health Professions Networks, Nursing & Midwifery office, Human Resources for Health. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. WHO; 2010 [cité 4 mars 2022] p. 64. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
61. de Bremond d'Ars P. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris-Est-Créteil; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418212/document>
62. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. cnge.fr. 2012 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

7. ANNEXES

Annexe 1. Guide d'entretien semi-dirigé

Première version

Introduction : Préciser l'utilisation du vouvoiement / tutoiement.

« Je réalise une étude pour laquelle je recueille le témoignage de personnes migrantes sur leur vécu de la première consultation chez un médecin généraliste en France, pour essayer de mieux comprendre comment vous, en tant que patient, vivez cette consultation, et ce que vous attendez du médecin. Je cherche à comprendre et à améliorer les soins qu'on peut apporter aux patients migrants. Je suis là pour écouter et comprendre ce qui a pu être difficile pour vous. Le fait d'enregistrer ce que nous nous disons me permet de pouvoir réécouter ensuite nos échanges pour en analyser le contenu et pouvoir retranscrire les idées qui en ressortent de la manière la plus précise possible. Je ne diffuserai pas cet enregistrement et quand je rédigerai ma thèse, je ne citerai pas votre nom, tout restera anonyme. Avez-vous des questions avant que nous débutions ? »

Leur expérience : “Depuis que vous êtes en France, comment avez-vous fait pour vous soigner ?”

Avant la consultation	Expériences passées	Avez-vous déjà eu besoin de soins par le passé? Comment faisiez-vous pour vous soigner d'habitude?
	Motif	Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un médecin? Quelle(s) étai(en)t vos inquiétudes?
	Mode de recours	Comment avez-vous fait pour obtenir un rendez-vous?
	Attentes	Comment définiriez-vous le rôle du médecin? Qu'attendez-vous du médecin?
Déroulé de la consultation	« Racontez-moi comment s'est passée la première fois que vous avez consulté un médecin ici en France »	Accueil, présentation
		Recueil du motif de la consultation
		Examen clinique
		Explications et planification des soins
		Clôture de l'entretien
Après	Ressenti post-consultation	Quelles étaient vos impressions en sortant du cabinet? Qu'est-ce qui était inhabituel pour vous dans sa manière de soigner ? Quelles améliorations pourriez-vous suggérer?

Selon vous, que pourrait-on améliorer dans la manière dont les médecins accueillent les patients migrants en France ?

Fin d'entretien : « Merci d'avoir accepté de partager votre expérience. Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter ? »

Version finale

Préambule à l'entretien : « Je réalise une étude pour laquelle je recueille le témoignage de personnes migrantes sur leur vécu de la première consultation chez un médecin généraliste en France, pour essayer de mieux comprendre comment vous, en tant que patient, vivez cette consultation, et ce que vous attendez du médecin. J'ai besoin que vous nous aidiez à faire des progrès, je cherche à comprendre et à améliorer les soins qu'on peut apporter aux patients migrants. Je suis là pour écouter et comprendre ce qui a pu être difficile pour vous. Le fait d'enregistrer ce que nous nous disons me permet de pouvoir réécouter ensuite nos échanges pour en analyser le contenu et pouvoir retranscrire les idées qui en ressortent de la manière la plus précise possible. Je ne diffuserai pas cet enregistrement et quand je rédigerai ma thèse, je ne citerai pas votre nom, tout restera anonyme. Avez-vous des questions avant que nous débutions ? »

Déroulement de l'entretien :

- Comment faisiez-vous pour vous soigner d'habitude, avant d'arriver en France ?
- Comment s'est passée la première fois que vous avez vu un médecin généraliste dans un cabinet en France ?

	Thème	Questions
Avant la consultation	Inquiétude	Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un médecin ? Quelle(s) étai(en)t vos inquiétudes ?
	La prise de rendez-vous	Comment avez-vous fait pour obtenir un rendez-vous avec ce médecin ?
	Le cabinet, la salle d'attente	Comment avez-vous trouvé le cabinet ?
	Attentes vis-à-vis du médecin	Comment définiriez-vous le rôle du médecin ? Qu'attendez-vous d'un médecin ?
Structure de la consultation	Accueil par le médecin, présentation	Comment le médecin s'est-il présenté la première fois que vous vous êtes rencontrés?
	Recueil du motif de la consultation	Pouvez-vous me dire comment vous avez expliqué au médecin pourquoi vous êtes allé le voir?
	Examen clinique	Comment avez-vous perçu le fait que le médecin vous examine?
	Explications et planification des soins	Que pensez-vous des explications que le médecin vous a données? Qu'avez-vous retenu de cette consultation?
	Clôture de l'entretien	Comment s'est déroulée la fin du rendez-vous ? Que pensez-vous du temps que vous avez passé dans le bureau du médecin ?
Après	Ressenti post-consultation	Quelles étaient vos impressions en sortant du cabinet? Qu'est-ce qui était inhabituel pour vous dans sa manière de soigner ? Quelles améliorations pourriez-vous suggérer?

- Selon vous, que pourrait-on améliorer dans la manière dont les médecins accueillent les patients migrants en France ?

Fin d'entretien : « Merci d'avoir accepté de partager votre expérience. Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter ? »

Annexe 2. Dispositif d'interprétariat pour les médecins libéraux en Pays de la Loire

Interprétariat professionnel

En médecine libérale en Pays de la Loire

L'URML Pays de la Loire vous propose un **service d'interprétariat gratuit en médecine libérale financé par l'URML et l'ARS***.

***Pour les patients non francophones et hors Permanence des Soins**



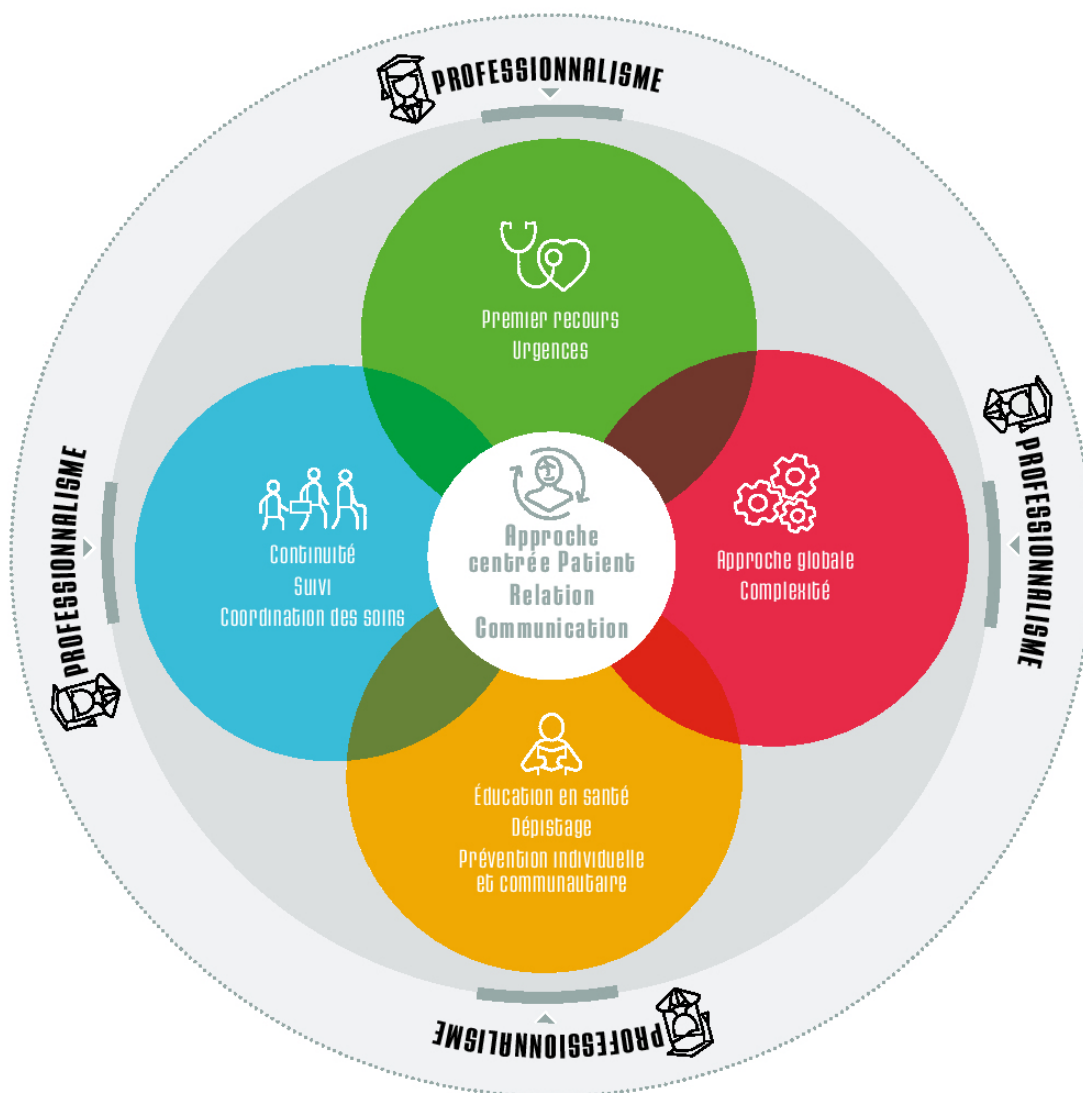
COMMENT ADHERER ?
Il suffit de nous **envoyer un mail**, en indiquant **Service Interprétariat**, à :
contact@urml-paysdelaloire.org
avec votre **NOM-PRENOM-VILLE D'ACTIVITE**



Pour plus d'informations, consulter le site internet de l'URML Pays de la Loire :

<https://urml-paysdelaloire.org/nos-services/interpretariat-2/>

Annexe 3. La « marguerite des compétences » du médecin généraliste



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : johanna.horn.fr

Annexe 4. Serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé
dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté,
sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées
dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte,
je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs
conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir
hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers
et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement
les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai
et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Expériences de soins de patients migrants : vécu de leur première consultation chez un médecin généraliste en France

RESUME

Introduction : La prise en soin des patients migrants soulève de nombreux questionnements et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes ont déjà fait l'objet de différents travaux de recherche. Peu d'études s'intéressent, à l'inverse, aux expériences d'accès aux soins des migrants à leur arrivée en France et notamment à leur premier contact avec un médecin généraliste de ville.

Objectif : recueillir les expériences de soins et le vécu par les patients migrants de leur première consultation chez un médecin généraliste en France.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de migrants adultes en situation de précarité, francophones ou non, ayant consulté pour la première fois un médecin généraliste de ville en 2019 ou après. Approche par analyse interprétative phénoménologique.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés entre février 2021 et janvier 2022. La suffisance des données a été atteinte. La perte des repères puis la nécessité de prendre leurs marques à leur arrivée en France sont des thèmes centraux du récit des patients migrants, qui sont essentiels à prendre en compte. La barrière de la langue pose un réel problème dans l'accès aux soins des personnes allophones. Les intervenants sociaux sont leurs interlocuteurs privilégiés et ont un rôle facilitateur, quand comprendre le fonctionnement du système de santé est difficile. Après un parcours spécifique semé d'obstacles qui contribue à l'aggravation de leur état de santé, la satisfaction des patients migrants envers le médecin généraliste est liée à sa capacité d'écoute et à sa reconnaissance de leur plainte lors de leur première consultation, qui est vue comme un espace d'expression et dont le déroulement impacte la relation de soin à long terme.

Conclusion : Cette étude permet de mieux comprendre les enjeux de la première consultation des patients migrants chez un médecin généraliste en France. Les attentes des patients migrants sont similaires à celles des patients français. Instaurer une bonne compréhension mutuelle est primordial et l'extension du recours à l'interprétariat professionnel peut y contribuer. Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins restent un problème majeur, qui peut être amélioré en collaborant davantage avec les intervenants sociaux.

MOTS-CLES

émigrants et immigrants, soins primaires, consultation médicale, médecine générale, médecin généraliste, compétence culturelle, travailleurs sociaux, relations interprofessionnelles / en anglais : emigrants and immigrants, primary health care, office visits, general practice, general practitioner, cultural competency, social workers, interprofessional relations