

**UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE II  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2011

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**PRISE EN CHARGE DES  
PATIENTS MIGRANTS EN  
MEDECINE GENERALE**

(étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants)

**Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2011**

**Par Alice MATHIEU**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Yazdan YAZDANPANAHI**

**Monsieur le Professeur associé Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE**

**Madame le Docteur Isabelle ALCARAZ**

**Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE**

Je remercie très sincèrement :

**Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET :**

**Directeur du Département de Médecine Générale de Lille**

**Professeur des Universités, Praticien Ambulatoire (Médecine Générale)**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Sous votre direction, l'enseignement clinique et théorique de la médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais permet l'épanouissement de chaque interne.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur YAZDANPANAHA :**

**Chef du service des Maladies infectieuses et du voyageur**

**Centre hospitalier de Tourcoing**

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier**

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Le DU que vous dirigez m'a fait découvrir toute une partie de la médecine qui me permet de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon admiration.

**Monsieur le Professeur associé Christophe BERKHOUT :**

**Professeur associé, praticien ambulatoire**

**Référent recherche du Département de Médecine Générale**

J'ai pu assister à votre ED sur la recherche en médecine générale, votre investissement pour la valorisation et la reconnaissance de cette discipline m'a donné envie d'y participer. Je suis honorée de votre présence.

**Madame le Docteur Isabelle ALCARAZ :**

**Praticien Hospitalier**

**Service des Maladies infectieuses et du voyageur**

**Centre hospitalier de Tourcoing**

Par votre investissement dans le DU santé précarité et vos liens avec MSL, vous m'avez aidé à découvrir cette population particulière. C'est un honneur pour moi de vous compter parmi mes juges.

**Monsieur le Docteur Jean Sébastien CADWALLADER**

**Chef de clinique de Médecine Générale, praticien ambulatoire**

Merci de m'avoir fait découvrir la méthode qualitative et ses rouages. Merci aussi pour tes conseils avisés et les coups de pouce aux bons moments !

**Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE**

**Maître de conférences associé de médecine générale, praticien ambulatoire**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Au cours de mon internat, j'ai eu la chance de pouvoir bénéficier de votre expérience et de votre savoir. Je vous suis infiniment reconnaissante de l'enthousiasme et de la disponibilité avec laquelle vous m'avez aidée pour ce projet.

Que ce travail témoigne de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Merci...

...A mes maîtres de stage : **Dr Tavernier, Dr Boulongne, Dr Desprez, Dr Lerouge, Dr Stalnikiewicz** pour m'avoir donné le goût de la médecine générale, par la diversité de vos personnalités, vos pratiques.

...A ma famille :

Mes grands parents, tout particulièrement à mamie Bouthillon qui m'a encouragée dans cette voie dès le P1.

Mes parents pour leur soutien sans faille durant ces longues années.

Mes frères et sœurs : Magali merci pour les corrections, Loïc pour les voyages, Marieke, Camille, Ben et Tim pour toutes ces occasions de me changer les idées et pour votre soutien à tous !

Sophie pour les soirées chocolats, les fous rire, les potins... ta disponibilité quand j'en avais le plus besoin. Un petit clin d'œil aussi à Xavier et Paul pour leur accueil dans votre petite famille !

Ma marraine, mon parrain pour son sauvetage entre mes deux P1 et nos longues discussions.

Mes deux filleuls Pierre et Evariste, beaucoup de sourires, de bonheurs...

Mes oncles, tantes, cousins, cousines la famille me permet de me ressourcer.

... A mes ami(e)s :

Capucine, Dorothee et Hélène pour votre soutien, vos encouragements et nos soirées filles ! Particulièrement à Capucine pour ses conseils et ses nombreuses relectures et Hélène pour les corrections de dernières minutes...

Alice H, Guillemette, Laure, Sophie pour nos WE Kara, véritables bouffées d'oxygène.

Clément pour tes conseils avisés sur la méthode qualitative et ses secrets, Julien, Benjamin, Evariste, Marc-Henri, Emily... et à tous ceux grâce à qui j'ai pu me changer les idées de temps en temps !

... une attention toute particulière à toute l'équipe de *Médecin solidarité Lille* pour leur accueil et leur disponibilité ainsi qu'à Rezah et Céline de la PASS de Calais sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

*« De toutes les formes d'inégalité, l'injustice en matière de soins médicaux est la plus révoltante et la plus inhumaine. »*

Martin Luther King

25 mars 1966

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>SIGLES UTILISES</b> .....	<b>10</b>
<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
<b>I. Choix du sujet</b> .....	<b>13</b>
A. Problématique d'actualité.....	13
1. Modifications portant sur l'Aide Médicale d'Etat (AME) .....	13
2. Modification portant sur les titres de séjours pour soins .....	14
B. Problématique rencontrée en Médecine Générale.....	14
1. Situation 16 [annexe1] décrite dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes.....	14
2. Mauvaise connaissance de la problématique par les médecins généralistes.....	15
<b>II. Choix de la méthode</b> .....	<b>16</b>
A. La méthode qualitative.....	16
1. Description de la méthode .....	16
2. Méthode qualitative vs Méthode quantitative .....	17
B. Pourquoi cette méthode ? .....	17
<b>III. Quelques définitions</b> .....	<b>18</b>
A. La PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.....	18
B. Définitions des termes employés .....	19
1. Migrant.....	19
2. Primo-arrivant .....	19
3. Etranger .....	19
4. « Sans papiers » .....	19
5. Demandeur d'asile.....	20
6. Réfugié .....	20
C. Descriptions des structures de consultation de la population étudié.....	20
1. La PASS de Calais .....	20
2. MSL .....	21
<b>IV. Rappel sur les conditions d'accès aux soins pour les personnes migrantes</b> <b>22</b>	
A. L'Aide Médicale d'Etat (AME) .....	22
1. Définition du terme.....	22
2. Mode d'utilisation de l'AME par ses bénéficiaires .....	22
B. La Couverture Maladie Universelle (CMU) .....	23
1. Définition du terme.....	23
2. Quels sont les migrants qui peuvent bénéficier de la CMU ?.....	23
<b>V. Pourquoi ce travail de recherche ?</b> .....	<b>24</b>

A.	Questions de recherche .....	24
1.	Question principale .....	24
2.	Questions secondaires .....	24
B.	Objectifs de recherche .....	24
1.	Objectif principal .....	24
2.	Objectifs secondaires.....	24
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>		<b>25</b>
<b>I. Le Matériel.....</b>		<b>25</b>
A.	Le canevas d'entretien .....	25
B.	L'entretien semi dirigé .....	26
C.	Population et corpus .....	26
1.	La constitution du corpus .....	26
2.	La taille du corpus.....	27
<b>II. La Méthode .....</b>		<b>28</b>
A.	Méthodologie choisie: La « Grounded Theory » .....	28
B.	Un mode d'accès direct aux interviewés .....	29
C.	L'analyse des données .....	29
1.	La transcription .....	29
2.	Données générales.....	29
3.	L'analyse du contenu .....	30
D.	La recherche bibliographique.....	30
<b>LES RESULTATS .....</b>		<b>32</b>
<b>I. Description de l'échantillon.....</b>		<b>32</b>
A.	Les patients interrogés.....	32
B.	La saturation des données.....	33
<b>II. Analyse thématique du corpus composé de 17 Verbatim .....</b>		<b>33</b>
A.	Antécédents des patients.....	33
1.	Antécédents médicaux.....	33
2.	Antécédents sociaux.....	34
B.	Contexte de la consultation.....	36
1.	Conditions de vie en France difficiles .....	36
2.	Peurs : .....	37
3.	Projet de migration.....	38
4.	Mode de contact avec la structure .....	38
5.	Pertinence de ces structures de soins .....	39
C.	Avant la consultation .....	39
1.	Attentes de la plupart des patients.....	39
2.	Etat d'esprit des patients interrogés.....	41
D.	Pendant la consultation.....	42
1.	Freins à la consultation .....	42
2.	Adaptations du patient .....	44
3.	Plainte initiale.....	45
4.	Prise en charge globale .....	45
E.	Après la consultation.....	46
1.	Résultats de la consultation .....	46
2.	Sentiment après la consultation .....	47
F.	Description du médecin par les patients interrogés .....	49
1.	Rôle du médecin .....	49
2.	Relation de confiance .....	49
3.	Respect du patient.....	49

4.	Investissement du médecin .....	49
5.	Explications sur la situation et conseils.....	49
6.	Encouragements du médecin .....	50
7.	Dernier recours .....	50
8.	Conséquences sur la relation médecin-patient .....	50
G.	Différences décrites par les patients avec d'autres structures .....	50
1.	Avec l'hôpital.....	50
2.	Avec la médecine de ville .....	51
3.	Avec la médecine du pays d'origine .....	52
H.	Préoccupations principales des patients.....	53
1.	La santé.....	53
2.	Le logement.....	53
3.	La famille, les amis .....	53
4.	Le travail .....	53
5.	La situation administrative .....	53
6.	La notion de liberté .....	53
<b>DISCUSSION</b>	.....	<b>55</b>
<b>I. Analyse des principaux résultats</b>	.....	<b>55</b>
A.	Des attentes simples .....	55
1.	Une écoute, du respect.....	55
2.	Une prise en charge médicale générale .....	55
3.	Un besoin d'être rassuré.....	56
4.	Un besoin de se poser.....	56
B.	L'abord du migrant par le médecin généraliste .....	57
1.	La gestion du traumatisme.....	57
2.	La gestion de la souffrance du patient : .....	57
3.	Le problème de l'interprétariat .....	58
<b>II. Discussion sur la méthode</b>	.....	<b>58</b>
A.	Originalité de ce travail .....	58
1.	De part sa méthode .....	58
2.	De part la population étudiée .....	59
B.	Biais et limites .....	59
1.	Biais de recrutement.....	59
2.	Biais de perte d'information .....	59
3.	Biais d'analyse .....	60
4.	Biais de l'interprétariat .....	60
<b>III. Perspectives d'approfondissement</b>	.....	<b>60</b>
A.	Une enquête quantitative .....	60
B.	Une enquête qualitative sur la prise en charge médicale des migrants du point de vue des médecins généralistes .....	61
C.	Petit guide de consultation à l'usage du médecin généraliste:.....	61
1.	Interrogatoire du patient.....	61
2.	Examen somatique général .....	62
3.	Rassurer, Expliquer .....	62
4.	Ecouter le patient.....	62
<b>CONCLUSION</b>	.....	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	.....	<b>64</b>
<b>ANNEXE 1 Référentiel métier</b>	.....	<b>67</b>
<b>ANNEXE 2 : déclaration de confidentialité</b>	.....	<b>70</b>
<b>ANNEXE 3 : canevas d'entretien</b>	.....	<b>71</b>

**ANNEXE 4 : Entretien n°10..... 73**  
**ANNEXE 5 : codage ..... 77**

## SIGLES UTILISES

AME	<i>Aide Médicale d'Etat</i>
CADA	<i>Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CMUc	<i>Couverture Maladie Universelle complémentaire</i>
CNGE	<i>Collège National des Généralistes Enseignant</i>
COMEDE	<i>Comité Médical Pour les Exilés</i>
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
DDASS	<i>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>
DREES	<i>Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques</i>
MDM	<i>Médecin Du Monde</i>
MSF	<i>Médecin Sans Frontière</i>
MSL	<i>Médecin Solidarité Lille</i>
OFII	<i>Office Français de l'Immigration et de l'Intégration</i>
OFPRA	<i>Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides</i>
PASS	<i>Permanence d'Accès aux Soins de Santé</i>
PRAPS	<i>Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins</i>
RSSLM	<i>Réseau Santé Solidarité Lille Métropole</i>
SASPAS	<i>Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé</i>
UNESCO	<i>Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture</i>

## AVANT PROPOS

Lors du stage N1 chez le médecin généraliste j'ai pu participer aux consultations de la *Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)* de Calais. En parallèle, j'avais commencé le Diplôme d'Université *Santé-Précarité* co-organisé par *Médecin du Monde (MDM)*, le Centre Hospitalier de Tourcoing et le *Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM)* à la faculté de médecine de Lille.

En consultant à la PASS de Calais, on s'aperçoit que les consultations sont différentes et en même temps semblables aux consultations que l'on peut effectuer aux urgences ou chez le médecin généraliste. Les motifs de consultation ressemblent à ceux rencontrés en médecine générale de ville, et répondre aux attentes de ces patients paraît être un exercice plus facile que pour certains patients rencontrés en médecine générale.

En effet leurs attentes paraissent être : une écoute, pouvoir se poser quelques minutes avant de retourner dans la « jungle de Calais », être considéré en tant qu'être humain, pouvoir exprimer sa souffrance physique ou morale.

Et pourtant, en en parlant autour de moi, les migrants, les sans papiers, les primo arrivants ou tout autre terme par lesquels on les nomme font peur...

- Ma première question était : Pourquoi ces patients font-ils peur ?

J'ai donc voulu faire une thèse sur les idées reçues, les préjugés des médecins face à cette population.

En médecine de ville, on se retrouve face à une population souvent très hétéroclite et une consultation peut également nous mettre en danger : par une visite qui tourne mal face à un patient en grande détresse psychologique, par une annonce diagnostique à un patient qu'on suit et qu'on connaît bien, par une erreur diagnostique... En effet le *Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS)* ne m'a pas paru plus facile que mon stage fait à *Médecin Solidarité Lille (MSL)*. Et pourtant ces

consultations semblent différentes et plus difficiles pour certains médecins. La barrière de la langue me semblait être une première difficulté, le climat de violence qui entoure ces patients une deuxième...

- Ma deuxième question était : leur prise en charge en médecine générale est-elle différente de celle des patients plus habituels que l'on reçoit au cabinet de ville ? Et en quoi est-elle différente ?

Mais avant de savoir ce qu'en pensent les médecins, ne faut-il pas essayer de savoir ce qu'en pensent les patients ?

Par cette thèse la parole est donnée aux patients.

# INTRODUCTION

## **I. Choix du sujet**

### **A. Problématique d'actualité**

La prise en charge médicale des patients étrangers est un sujet présent en ce moment dans les médias.

En effet la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 publiée au Journal Officiel du 30 décembre 2010 change les conditions d'accès aux soins des étrangers par le biais de modifications des droits d'entrée dans l'AME et des motifs d'acceptation des titres de séjours pour soins. Ces modifications inquiètent bon nombre d'associations sur le risque d'augmenter la précarité des personnes étrangères, de retarder l'accès aux soins et donc d'augmenter le coût de la prise en charge à l'arrivée. *L'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE)*, créé en mars 2000 (collectif Inter-associatif) écrit : « La vérification de la simple « **présence** » du traitement dans le pays d'origine ne permettra pas de protéger les malades étrangers d'une condamnation à mort » (car, de retour dans leur pays, ces personnes n'auront, pour la plupart pas accès à ces traitements) (1).

#### **1. Modifications portant sur l'Aide Médicale d'Etat (AME)**

Plusieurs modifications ont été votées sur les conditions d'accès à l'AME et sur la nature des soins qu'elle pourra rembourser.

- Droits d'entrée à 30 euros: Instauration d'un droit d'entrée annuel par adulte bénéficiaire (« *droit annuel* ») à compter du 1er mars 2011. Fixation du montant à 30 euros par le Code général des impôts (art. 968 E du livre 1er ; compétence législative).
- Accord préalable pour les soins coûteux

- Restriction du panier de soins : La loi prévoit l'exclusion du panier de soins des « actes, produits et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ». La liste des actes exclus du panier de soins n'a pas encore été définie (2).

## **2. Modification portant sur les titres de séjours pour soins**

Une disposition du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (article L313-11) permettait « à l'étranger, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » d'obtenir une carte de séjour temporaire lui permettant à la fois de travailler et de bénéficier d'une couverture maladie.

Le projet de loi sur l'immigration propose de remplacer « qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » par « dès lors que le traitement est disponible dans le pays d'origine » ouvrant la voie à de nombreuses interprétations (3).

## **B. Problématique rencontrée en Médecine Générale**

### **1. Situation 16 [annexe1] décrite dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes**

#### **a- Description du référentiel**

Ce référentiel est un document rédigé par le *Collège National des Généralistes Enseignants* (CNGE), il vise à décrire 16 situations de soins rencontrées par le médecin généraliste.

Les situations de soins ont été retenues sur plusieurs critères :

- faire partie du cœur de métier du médecin généraliste,
- représenter une variété suffisante de situations,
- représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un médecin généraliste peuvent permettre d'inférer que ce médecin est compétent,

- plusieurs séances peuvent être utiles et/ou nécessaires pour en réaliser les tâches et rôles professionnels décrits dans chaque situation,
- En dehors des premières fois, La relation médecin-malade construite au fil du temps à partir de l'expérience commune de résolution de problème est la toile de fond sur laquelle se greffe les démarches décisionnelles proposées ici,
- Dans la mesure où il s'agit de gérer des situations complexes plusieurs attitudes décrites dans ce référentiel sont par nature susceptibles d'être valides pour répondre à ces situations.(4)

### ***b-La situation n°16 : Patient migrant accompagné s'exprimant mal en Français***

Situation dont la complexité tient à la différence culturelle et linguistique, souvent à la précarité socio-économique et à l'intervention possible d'un tiers interprète. L'éthique professionnelle y est particulièrement sollicitée. Elle requiert une aptitude à l'écoute, l'anticipation et l'adaptation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre relationnel et de coordination médico-sociale.(4)

## ***2. Mauvaise connaissance de la problématique par les médecins généralistes***

Les médecins généralistes de ville sont parfois amenés à prendre en charge en consultation des patients migrants. Ces patients viennent alors avec des attentes qui semblent parfois non comprises par les médecins. Ainsi lors d'une réunion sur la prise en charge des demandeurs d'asile qui réunissait des travailleurs sociaux de Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asiles (CADA) et des membres du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM), un membre de l'équipe du CADA nous fit part d'une situation : « Les médecins ne comprennent rien quand on leur adresse un patient demandeur d'asile. L'autre jour nous avons adressé un de nos résidents à un médecin, il est revenu avec un certificat alors qu'il n'était pas venu pour ça... En plus le certificat ne sert à rien... ».

En plus de son statut administratif, le patient est aussi une personne avec une culture différente de celle du médecin qu'il va consulter.

Face à un patient « différent », le risque est grand de recourir, souvent de façon inconsciente, à un jugement fondé sur une appréciation réductrice de sa culture (5).

Lorsqu'on regarde notre formation médicale on ne retrouve pas de cours sur la prise en charge des patients migrants, sur la difficulté et l'attention que l'on doit porter à cette différence sans la stigmatiser mais également sans l'occulter. Nier cette différence c'est mettre en danger le patient. Ainsi il est plus facile de mettre les patients dans des cases et de ne pas chercher plus loin une explication à des symptômes ou à une plainte comme par exemple de dire d'une patiente qu'elle présente un « syndrome méditerranéen » avec tous ce que ça implique pour la patiente d'être étiquetée (6).

Dans le livre « maternité en exil » (7), les auteurs mettent en évidence ce manque dans notre pratique en prenant comme exemple la parentalité et sa dimension culturelle :

« Au nom d'une universalité vide et d'une éthique réductionniste, nous n'intégrons pas ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles, dans nos dispositifs de prévention de soins et dans nos théorisations. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité mais surtout, nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner. »

## ***II. Choix de la méthode***

### ***A. La méthode qualitative***

#### ***1. Description de la méthode***

La recherche qualitative se développe à partir des années 1920 et s'inspire de l'anthropologie et de la sociologie.

C'est un ensemble de techniques d'investigation dont l'usage est très répandu. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de définir ou cerner les options liées à cette question (8).

Les hypothèses sont données par l'interviewé et non supposées par le chercheur.

Différents types de recherche se sont établis au cours des années, ils montrent non seulement la diversité et la richesse de la recherche qualitative mais aussi des acquis indéniables aux plans épistémologique, théorique et méthodologique.

On retrouve donc : La phénoménologie, l'ethnographie, la théorisation ancrée, l'ethnométhodologie, l'analyse narrative et l'étude de cas (9).

## ***2. Méthode qualitative vs Méthode quantitative***

On oppose souvent les méthodes qualitatives aux méthodes quantitatives, pourtant, les objectifs visés ainsi que les objets de recherche ne sont pas les mêmes. Elles sont complémentaires.

- L'analyse quantitative teste des hypothèses par la mesure de variables afin de répondre à des questions biomédicales. Il s'agit de prouver : les statistiques permettent d'établir des relations significatives ou non entre deux mesures et ainsi, aident à la décision de garder ou de rejeter une hypothèse.
- Dans une étude qualitative on explore des phénomènes sociaux : la signification, la représentation que les personnes attachent à leur expérience du monde social. A partir d'interprétations de données principalement textuelles, le chercheur a pour objectif de comprendre les déterminants d'un phénomène. Ce qui importe est la sélection et l'organisation raisonnées de catégories qui condensent la signification d'un texte donné, avec la visée de mettre à l'épreuve des hypothèses et des affirmations pertinentes sans faire l'objet de critère de fréquence(10).

### ***B. Pourquoi cette méthode ?***

La méthode quantitative, à l'aide d'un questionnaire à questions fermées aurait pu être une méthode pour ce travail de recherche mais il aurait occulté toute une partie des attentes des patients.

En effet, en réalisant un questionnaire fermé on ne permet pas au patient de s'exprimer sur ses attentes mais on confirme ou infirme l'idée que l'on se fait de ces attentes.

La méthode qualitative, méthode plus observationnelle, méthode empruntée aux anthropologues, permet aux personnes interrogées de s'exprimer et d'induire des réponses sans leur poser de question directe.

### **III. Quelques définitions**

#### **A. La PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé**

Le Dispositif PASS est créé en France par la circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (11).

Les PASS ont pour mission de faciliter l'accès aux systèmes de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité, et de les accompagner dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

En application de l'[article L6112-6 du code de la santé publique](#)(12), les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des *Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins* (PRAPS), des *Permanences d'Accès aux Soins de Santé* (PASS). Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

En 2008, sur les 500 PASS initialement prévues par la loi, 288 PASS et 42 structures d'accueil ont été recensées (13). Parmi les PASS, une sur quatre est dite « mobile » (hors d'un établissement de santé) : ce sont des dispositifs complémentaires qui ont été créés pour répondre aux besoins des populations marginalisées et des populations isolées (14).

Selon le rapport 2008 de *Médecins du Monde*, les PASS sont inégales en terme de services offerts : du simple lieu d'accueil où une assistante sociale oriente la personne munie d'un « bon » vers un service hospitalier, à un réel service de consultation et d'information, comme c'est le cas selon *Médecin du monde* à Calais, ou à

Valenciennes, qui dispose d'une PASS mobile qui dirige les personnes vers la PASS de l'hôpital (14).

## ***B. Définitions des termes employés***

Les termes migrants, primo arrivants, sans papiers, réfugiés... sont souvent désignés pour définir les mêmes personnes. Cette confusion est due à une mauvaise connaissance de ces termes et de ce qu'ils représentent. A MSL on retrouve des migrants qui peuvent être sans papiers, demandeurs d'asile, primo arrivants. Pour la population étudiée, j'ai choisi le terme « migrant » qui regroupe les primo arrivants, les sans papiers, les demandeurs d'asile, les réfugiés.

### ***1. Migrant***

*L'Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture* (UNESCO) définit un migrant comme « toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays ».

### ***2. Primo-arrivant***

Personne ayant eu un parcours de migration et un changement de statut (obtention d'un titre de séjour). Notion vague : le temps de séjour de la personne peut varier de trois mois à un an.

### ***3. Etranger***

La notion d'étranger est fondée sur le critère de la nationalité : est étrangère toute personne qui n'a pas la nationalité française

### ***4. « Sans papiers »***

Personne qui ne possède pas les documents qui lui permettent de justifier de son identité et, si elle est étrangère, de la régularité de sa situation en France (pièce d'identité, carte de séjour, permis de travail, etc.).(15)

## **5. Demandeur d'asile**

Personne étrangère qui demande l'asile. *L'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration* (OFII) définit l'asile comme la protection qu'accorde un Etat d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de celle des autorités de son pays d'origine. Si la demande est acceptée le demandeur d'asile devient réfugié.(16)

## **6. Réfugié**

Selon l'*Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides* (OFPRA) : « La qualité de réfugié est reconnue à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ainsi qu'à toute personne sur laquelle le *haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés* exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée Générale des Nations unies le 14 décembre 1950 ou qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés. Ces personnes sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève susmentionnée. ».(17)

# **C. Descriptions des structures de consultation de la population étudié**

## **1. La PASS de Calais**

Elle est ouverte cinq jours sur sept de 14 heures à 18 heures, les consultations s'y font sans rendez-vous.

A la PASS sont présents : une infirmière, un interprète, une assistante sociale et un médecin vacataire (libéral ou hospitalier).

Des bilans biologiques et des soins peuvent être effectués par l'infirmière, une pharmacie permet la délivrance de traitements sur place.

L'hôpital de Calais est conventionné avec la PASS, ce qui permet d'y effectuer des examens radiologiques, des consultations par des spécialistes d'organes, des hospitalisations si nécessaire.

La pharmacie est fournie par l'hôpital, les analyses biologiques y sont envoyées.

## **2. MSL**

*Médecins Solidarité Lille*, association loi de 1901, a ouvert un centre médico-social en novembre 1995 en partenariat avec la *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales* (DDASS), le *Centre Hospitalier Régional Universitaire* (CHRU) de Lille, la ville de Lille, et la *Caisse Primaire d'assurance maladie* (CPAM) de Lille.

### **a- Mission et objectifs**

MSL a pour mission d'accueillir toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins avec un triple objectif :

- soigner gratuitement,
- mobiliser tous les moyens possibles pour la réinsertion de la personne dans le système de santé de droit commun,
- témoigner, informer des difficultés d'accès aux soins et participer à la réflexion menée sur cette problématique.

Dans ce cadre sont proposés :

- un entretien social,
- des soins infirmiers,
- une consultation médicale avec délivrance gratuite de médicaments,
- une consultation dentaire,
- un entretien hebdomadaire de psychiatrie avec un infirmier spécialisé de l'équipe de Diogène : équipe mobile « Santé Mentale et Précarité »,
- une consultation hebdomadaire de gynécologie,
- Des consultations dans certains camps « Roms » grâce au bus de MSL qui permet un entretien social, des consultations de médecine générale et des consultations de pédiatrie (prêt d'un cabinet à l'association *pédiatre du monde*).

### **b- L'équipe MSL**

L'équipe est formée en 2010 de cinq salariés et 15 bénévoles.

Les salariés :

Trois médecins généralistes à temps partiel, deux assistants sociaux,

Les bénévoles :

Quatre médecins assurant une vacation d'une demi-journée par semaine, deux gynécologues se partageant une vacation par semaine, 10 infirmières, un pharmacien.

(18)

#### ***IV. Rappel sur les conditions d'accès aux soins pour les personnes migrantes***

##### ***A. L'Aide Médicale d'Etat (AME)***

###### ***1. Définition du terme***

La loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 met en place la CMU et l'AME. L'AME permet d'assurer l'accès aux soins à des patients en situation irrégulière ne pouvant bénéficier ni de l'assurance maladie obligatoire ni de la couverture maladie universelle (CMU). La personne doit prouver avoir résidé depuis au moins trois mois en France et avoir des revenus inférieurs à un certain plafond.(19)

###### ***2. Mode d'utilisation de l'AME par ses bénéficiaires***

Lors d'une enquête réalisée par la *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (DRESS), réalisée en 2007 en Ile de France (20), un quart des bénéficiaires de l'AME interrogés ont renoncé à des soins de premiers recours. Un bénéficiaire de l'AME sur quatre a déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, principalement pour raisons financières. Il s'agit surtout de soins de premiers recours : consultations médicales, médicaments et examens médicaux. Certains ont aussi déclaré avoir eu peur des contrôles de police ou méconnaître le système de soin.

Toujours d'après cette enquête plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'est heurté à un refus de soins de la part de professionnels de santé (médecin, pharmacien ou dentiste) dans un centre ou un établissement de santé.

Une fois les obstacles à l'accès aux soins franchis et la prise en charge enclenchée, il semble, que les bénéficiaires de l'AME soient suivis régulièrement.

## ***B. La Couverture Maladie Universelle (CMU)***

### ***1. Définition du terme***

#### ***a- La C.M.U. de base***

Pour bénéficier de la C.M.U. de base, le patient doit être en situation régulière, résider en France de manière stable depuis au moins trois mois et n'être pas déjà couvert par un autre régime obligatoire de Sécurité sociale. La C.M.U. de base n'est pas attribuée sous conditions de ressources, mais une cotisation est demandée si les revenus dépassent un certain plafond.

La C.M.U. de base ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux.(21)

#### ***b- La C.M.U. complémentaire***

La C.M.U. complémentaire possède tous les avantages d'une protection complémentaire ; avec, en plus, la gratuité et la dispense d'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour les soins remboursables. Pour en bénéficier, il faut habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière, et le revenu mensuel du foyer ne doit pas dépasser un certain montant.

Les soins seront pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. (21)

### ***2. Quels sont les migrants qui peuvent bénéficier de la CMU ?***

- Les personnes ayant fait une demande d'asile ont, à partir de la demande, une CMU le temps que la réponse soit donnée. Si la réponse est positive, ils ont toujours droit à la CMU, si elle est négative ils sont de nouveau « sans papier » et peuvent demander l'AME.
- Les personnes ayant fait une demande de titre de séjour pour soins si la demande est acceptée recevront un récépissé et pourront alors faire une demande de CMU.

## **V. Pourquoi ce travail de recherche ?**

### **A. Questions de recherche**

#### **1. Question principale**

- Quelles sont les attentes des migrants lorsqu'ils consultent un médecin généraliste ?

#### **2. Questions secondaires**

- Comment les migrants voient-ils le système de soins français ?
- La médecine générale de ville peut-elle répondre aux attentes des migrants lorsqu'ils veulent consulter un médecin ?

### **B. Objectifs de recherche**

#### **1. Objectif principal**

Comme nous l'avons vu, cette population est méconnue du personnel soignant et plus particulièrement des médecins. L'objectif de l'étude est de décrire les attentes des migrants quand ils consultent un médecin généraliste.

#### **2. Objectifs secondaires**

D'un point de vue pratique ma thèse d'exercice est une étude observationnelle car qualitative mais je la veux aussi pratique sous la forme d'une fiche d'aide à la consultation des migrants pour le médecin.

.

## MATERIEL ET METHODE

### *I. Le Matériel*

#### *A. Le canevas d'entretien*

Le guide d'entretien (ou Canevas d'entretien) est une série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté (22).

Le canevas d'entretien doit structurer l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Dans le cadre de l'entretien « semi-dirigé », il y a formulation d'une consigne et constitution d'un guide thématique formalisé. Ainsi, le canevas d'entretien structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours.

Il s'agit d'un système organisé de thèmes (domaines à explorer), que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter ni à le formuler sous la forme d'un questionnaire, mais dont il peut, ainsi que l'interviewé, s'écarter pour poursuivre une idée plus en détail.

Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés : ainsi, l'ordre des questions peut varier.

Les formulations ne peuvent être standardisées puisque l'interviewer essaiera d'utiliser le propre vocabulaire de la personne interrogée pour lancer de nouvelles questions. Aussi, au cours d'une étude qualitative, l'interviewer est susceptible d'introduire des questions supplémentaires au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le sujet (23).

Le canevas d'entretien a été réalisé à partir des hypothèses de recherche. Il a servi de trame. Il a évolué, s'est étoffé tout au long de l'étude : des questions ont été ajoutées,

d'autres modifiées en fonction des réponses données lors des premiers entretiens. Durant certains entretiens je me suis beaucoup appuyée sur ce canevas, pour d'autres je n'ai posé que quelques questions. Lorsque les patients étaient à l'aise et avaient bien compris le but de l'entretien, je les laissais parler.

## ***B. L'entretien semi dirigé***

C'est un entretien en face-à-face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole(22).

L'activité d'enquête est variable d'un entretien à l'autre, en tant que rapport interpersonnel. C'est en effet l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. S'entretenir avec quelqu'un est, d'avantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait , mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information (23).

L'entretien est fait d'une écoute qui vise à la production de discours.

Au début de chaque entretien, le but de l'étude était expliqué et la déclaration de confidentialité présentée (annexe n°2).

## ***C. Population et corpus***

### ***1. La constitution du corpus***

Le corpus de l'enquête par entretien est constitué par les entretiens réalisés au sein de la population étudiée.

Dans ce type d'enquête, on bâtit le plus souvent un corpus diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population.

Dans la recherche quantitative, l'échantillonnage est aléatoire ou randomisé. On a affaire à un échantillon dès lors que les entretiens sont tirés de la population de telle sorte à être représentatifs de cette dernière, ce qui implique une base de données préalable (23).

Cependant dans les études qualitatives, une représentativité statistique n'est pas recherchée. « La recherche qualitative a d'habitude pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée »(24).

Dans notre étude, l'échantillonnage est donc raisonné : j'ai choisi les personnes à interroger en fonction de leur présence en consultation, de la possibilité de faire l'entretien en français ou d'avoir un traducteur. J'ai pour cela fait les entretiens sur deux lieux différents et ai essayé d'avoir des personnes de nationalité, d'âge et de sexe différents.

## ***2. La taille du corpus***

Le corpus nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence (23).

La campagne d'entretiens peut être considérée comme close lorsqu'on arrive à « saturation des données » c'est-à-dire lorsque les informations recueillies apparaissent redondantes et n'apportent rien de nouveau.

## II. La Méthode

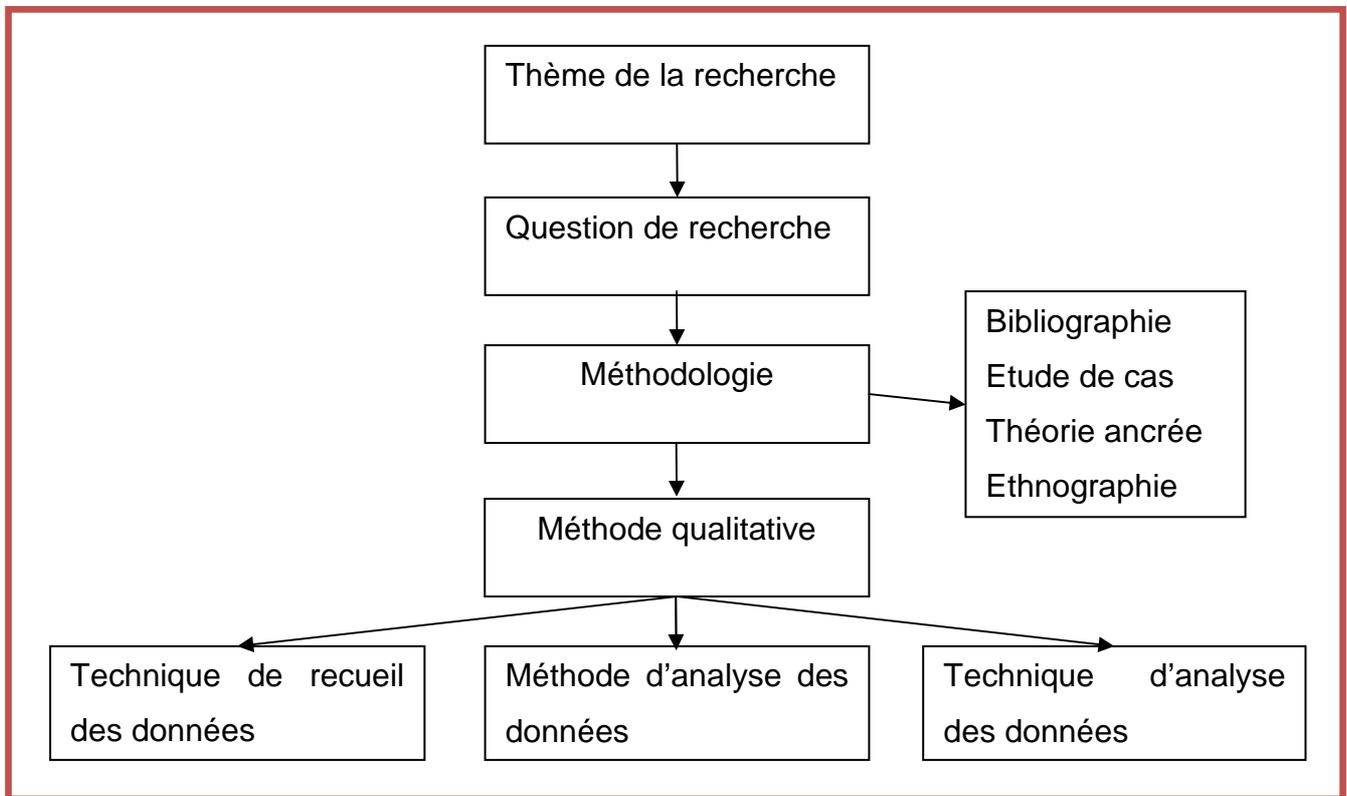


Figure 1 Démarche qualitative d'après Paul Van Royen et al.  
(25)

### A. Méthodologie choisie: La « *Grounded Theory* »

La théorie enracinée (*grounded theory*) (Glaser & Strauss, 1967) s'inspire de l'interactionnisme symbolique de Mead et de Blumer. On peut affirmer que cette approche a marqué l'évolution des approches qualitatives en établissant des règles systématiques d'utilisation des perspectives qualitatives.

Le point de départ est que le chercheur, à partir du sens que les gestes, les discours et les échanges symboliques ont pour les individus et les groupes, peut construire de manière inductive des concepts, des hypothèses et des propositions afin de développer une « théorie » par le processus constant de collecte et d'interprétation des données. Dans cette construction théorique, le chercheur procède par des analyses comparatives et constantes des données ou des concepts qui s'en dégagent pour n'arrêter que si la saturation est atteinte, c'est-à-dire lorsqu'aucun autre élément ne vient apporter quelque chose de neuf ou modifier ce qui est déjà trouvé. Les sources de données que

ce type d'approche utilisé sont les entrevues, les observations de terrain ainsi que les documents de tout type(9).

## ***B. Un mode d'accès direct aux interviewés***

La population ciblée était les migrants consultants un médecin généraliste.

La réponse à la question de recherche impose la rencontre de patients ayant déjà consulté un médecin généraliste. Les consultations à la PASS de Calais et à MSL étant sans rendez vous et les patients étant difficilement joignables, je me suis donc rendue dans les lieux de consultation pour interroger les patients à la sortie de la consultation avec le médecin généraliste.

## ***C. L'analyse des données***

### ***1. La transcription***

Les propos des patients n'ont pas été reformulés et les fautes de langage n'ont pas été corrigées. Les propos « mot à mot » ont été retranscrits. Des commentaires ont été ajoutés pour signifier les moments de silence, de pause, de rire, d'interruption de l'entretien par un évènement.

Exemple de retranscription en annexe avec l'entretien n°10 (annexe n°4).

### ***2. Données générales***

#### ***a- Données sociales et générales des interviewés***

Des données ont été extraites concernant les caractéristiques sociales des patients (la nationalité, l'âge, le sexe, le niveau de français, etc.) donnant lieu à un premier tableau de résultats.

#### ***b- Données générales sur les entretiens***

Nous avons mesuré des données quantifiables sur les entretiens menés, comme par exemple, la durée de chaque entretien, la présence ou l'absence de traducteur, le lieu de l'entretien...

### **3. L'analyse du contenu**

Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci (22).

#### **a- Le « codage »**

Dans un premier temps chaque entretien est analysé dans le but de faire ressortir des « codes » sous forme de citations, de thèmes ou d'idées exprimées.

[annexe n°5]

#### **b- L'analyse thématique**

Elle défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter entretiens.

L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations (23).

Les codes répertoriés dans la première phase de l'analyse du discours sont classés en plusieurs « thèmes ».

L'analyse doit être analysée en double aveugle dans une étape du codage.

### **D. La recherche bibliographique**

Les recherches bibliographiques dans le cadre de ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clés utilisés ont été principalement :

- Etude qualitative (pour la méthode)
- Migrants/ Primo-arrivants/ Sans Papiers/ Demandeurs d'Asile
- Soins primaires/ Médecine Générale/ Médecin Généraliste
- AME/ CMU

En langue anglaise, les mots clés utilisés ont été principalement :

- Qualitative research
- Migrants
- Primary care/general practitioner/family practice

Les mots clés sont utilisés sous diverses combinaisons avec opérateurs booléens, avec les moteurs de recherche : Pubmed, Google scholar, Cismef.

# LES RESULTATS

## I. Description de l'échantillon

### A. Les patients interrogés

17 patients ont participé à cette étude. Le tableau suivant décrit leurs principales caractéristiques : sexe et âge de l'interviewé, nationalité, niveau de français, présence d'un traducteur, lieu de consultation, durée de l'entretien.

Entretiens	sexe	âge	nationalité	français	traducteur	structure	durée
n°1	H	43	congolais	parlé	non	MSL	16min37
n°2	H	28	Afghan	non	oui	PASS	9min 52
n°3	H	23	Afghan	non	oui	PASS	13min58
n°4	F	48	Sénégalaise	parlé	non	MSL	13min10
n°5	H	34	Soudanais	non	oui	PASS	30min59
n°6	H	25	Afghan	non	oui	PASS	9min51
n°7	F	23	Roumaine	quelques mots	compatriote	MSL	18min37
n°8	H	31	Soudanais	parlé	non	PASS	23min13
n°9	F	24	Roumaine	parlé	non	MSL	11min42
n°10	F	22	Guinéenne	parlé	non	MSL	25min30
n°11	F	27	Georgienne	non	compatriote	MSL	13min31
n°12	H	50	Algérien	parlé	non	MSL	25min15
n°13	H	26	Rwandais	parlé	non	MSL	20min49
n°14	F	22	Guinéenne	parlé	non	MSL	24min
n°15	F	25	Ivoirienne	parlé	non	MSL	20min
n°16	H	29	Camerounais	parlé	non	MSL	22min27
n°17	F	28	RDC	parlé	non	MSL	24min34

Ainsi, j'ai interrogé sept femmes, dix hommes, leurs âges allaient de 22 à 50 ans, ils venaient de 12 pays différents (Congo, Afghanistan, Sénégal, Soudan, Roumanie, Guinée, Géorgie, Algérie, Rwanda, Côte d'Ivoire, Cameroun, République Démocratique du Congo). Onze entretiens ont pu se faire en Français, un en Anglais par l'intermédiaire de l'infirmière de la PASS, trois avec l'interprète de la PASS de Calais et deux avec un compatriote venu accompagner le patient pour traduire la consultation. Cinq entretiens ont été effectués à la PASS de Calais et douze à MSL.

## ***B. La saturation des données***

J'ai interrogé les patients jusqu'à ce qu'apparaisse une saturation théorique. C'est-à-dire lorsque la collecte de nouvelles données n'apportait rien de plus à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude (26).

A partir des 15 premiers entretiens, je disposais des principales données me permettant de répondre à ma problématique. Dans les deux derniers, les patients expriment leurs idées et leur ressenti qui sont personnalisés mais confirment dans le fond des idées déjà présentées. Je me suis donc arrêtée après le dix-septième entretien.

## ***II. Analyse thématique du corpus composé de 17 Verbatim***

Les numéros entre parenthèse correspondent aux numéros de code « brut » sortis des entretiens (annexe 5). Dans les citations, AM signifie Alice Mathieu (interviewer) et P1 patient interrogé lors de l'entretien n°1 (interview é).

### ***A. Antécédents des patients***

#### ***1. Antécédents médicaux***

##### ***a- Pathologies connues mais non traitées avant la migration***

Pour certains patients, la maladie est déjà déclarée et ressentie avant leur migration mais non explorée et donc non traitée. (Codes n°77, 39, 304)

- Entretien n°4:

*AM : « D'accord, et pourquoi vous êtes venue consulter le médecin aujourd'hui ? »*

P4 : « Parce que j'ai le goitre, et je sentais la nécessité de voir un médecin parce que ça trainait, je l'ai depuis des années et là je ne pouvais plus attendre. »

Elle est également vécue différemment par rapport à notre culture :

- Entretien n°10:

AM : « Avant de venir ici, est-ce que vous aviez déjà eu des maladies particulières? »

P10: « Bah non pas de tout. Déjà... je venais de faire juste un petit palu en 2007 donc c'était juste syndrome grippal et rhume qui passe et puis... »

### ***b- Pathologies non diagnostiquées dans le pays d'origine***

Par manque de dépistage ou d'accès aux soins dans le pays d'origine, plusieurs pathologies n'étaient pas connues de certains patients. (Codes n°257, 260, 248, 259)

- Entretien n°16:

AM : « Et au niveau du moral comment ça va ? »

P : « Ah normalement je peux pas dire que ça va très bien comme je suis atteint d'une maladie de surtout de hépatite B, hépatite B...c'est pas...Malheureusement avant je connaissais pas l'hépatite B et ça m'étonne parce que dans mon pays je faisais régulièrement des check up quoi. »

AM : « oui »

P : « Je faisais régulièrement des check up. J'étais beaucoup préoccupé par ma santé.

Je faisais le test de VIH qui est plus médiatisé que l'hépatite B et je faisais le test de VIH, en pleine forme moi à chaque fois je faisais le test de VIH par contre moi l'hépatite B je savais rien. »

## **2. Antécédents sociaux**

### ***a- Conditions de vie dans le pays d'origine***

Les conditions de vie avant la migration sont décrites comme très difficiles : la pauvreté, l'insécurité ou encore l'impossibilité de scolariser les enfants entraînent le désir de partir.

(Codes n°10, 11, 190, 63, 198)

- Entretien n°1 p2 :

P1 : « ... Moi je dois acheter à manger. Moi je n'ai pas assez d'argent, moi je vis seulement à la maison de mon papa, de mon père, qu'est ce que je peux faire... »

- Entretien n°8 p2 :

AM : « Et pourquoi vous êtes parti du Soudan ? »

P8 : « C'est la situation que j'ai vécue là-bas ils ont détruit tous les villages et moi-même j'étais failli mourir là bas j'étais habitué dans des, ... Dans le camp de réfugiés, le camp de déplacés de guerre et chaque fois bon c'était horrible, chaque fois il y a des bombardements, chaque fois il y a des fusillades, chaque fois bon. L'homme toujours il est insécurité, même les gens ceux que j'ai laissés derrière moi ils sont insécurité toujours. »

### ***b- Notion de traumatisme dans le pays d'origine***

Les violences et les tortures sont très présentes dans les antécédents de la plupart des patients migrants. (Codes n°6, 7, 76, 75)

- Entretien n°1 :

P1 : « ... Les militaires, les soldats poussez le car là ! Oh !

Commencé m'a frappé, on frappe beaucoup de frappe madame donc vraiment ça ne va pas, j'ai pris vraiment même de choc... »

- Entretien n°10 :

P10 : « ...à chaque mois il me traumatisait, il me violait n'importe comment il ne demandait même pas mon avis de consentement je suis restée franchement il m'a torturée, il m'insultait... »

### ***c- Motifs de demande d'asile***

Les différents motifs sont l'engagement politique dans le pays d'origine, le mariage forcé, les menaces ou l'emprisonnement. (Codes n°5, 8, 78, 61)

### ***d- Statut du patient dans son pays d'origine***

La profession, les études sont des éléments vécus comme essentiels par la plupart de ces patients. Les entendre peut permettre à la personne migrante d'être reconnue. (Codes n°4, 83, 285)

- Entretien n°10 :

P10 : « J'étais en terminale je ne voulais pas, et le baccalauréat...En pleine année scolaire ils sont venus m'obliger, mon père... Il m'a obligé, franchement moi je ne voulais, parce que j'avais l'ambition de nourrir, j'avais l'ambition de nourrir mon espoir, mon ambition de finir les études mais j'ai pas pu... »

### ***e- Persistance de liens familiaux***

Certains patients gardent des liens avec leurs familles, qu'elles soient en France ou dans leur pays d'origine. (Code n°224, 269)

### ***f- Difficultés familiales***

La famille présente avec le patient entraine souvent une difficulté supplémentaire car il leur faut alors subvenir aux besoins de leurs enfants et veiller à leur santé.

(Code n°205)

- Entretien n°15 :

AM : « D'accord et les enfants ça se passe bien avec eux? »

NC : « C'est difficile, avec eux...demander...Un jour là sans manger, elle n'a pas de quoi... »

La famille restée au pays n'est pas forcément plus facile à gérer car l'éloignement entraîne des incompréhensions et expliquer aux autres ce que l'on vit semble parfois impossible pour le patient.

- Entretien n°16:

AM : « *La chose qui vous préoccupe le plus en ce moment c'est quoi ?* »

P : « Ah, ce qui me préoccupe le plus c'est premièrement comment est-ce que je peux annoncer une nouvelle à mes proches, ma famille qui est au Cameroun que... parce que jusqu'à présent je ne leur ai rien dit que je souffre d'une maladie qui peut être terminale maintenant dans les cinq ans ou les dix ans c'est ça qui me préoccupe beaucoup... oui c'est ça... »

## **B. Contexte de la consultation**

### **1. Conditions de vie en France difficiles**

#### **a- Problèmes financiers**

La plupart des migrants n'ont aucune ressource financière.(Codes n°25, 206, 111)

#### **b- Difficultés administratives**

Les démarches administratives semblent compliquées pour les personnes arrivant en France de façon régulière ou pas. (Codes n°3, 127, 73, 204)

#### **c- Isolement**

L'isolement, la solitude, sont des notions très présentes dans la vie des migrants interrogés. En effet, beaucoup se retrouvent seuls du fait de leur maladie ou de leur migration. (Codes n°82, 137, 150, 318, 81, 281, 345, 346)

- Entretien n°5:

P5: «I guess, to go to England! Yes, because here they didn't get me nothing, one year! I don't have anything here! »

- Entretien n°16 :

P16 : « Et le fait ça dérange aussi ma vie sociale parce que je sais que je peux pas...dorénavant je ne peux pas sortir avec des amis, On prend un verre... on prend un pot devant et... C'est ça qui me dérange aussi. Et le fait que pour protéger les autres peut être il faudra vivre en isolation. »

AM : « *C'est ce que vous a dit le médecin ?* »

P16: « Non mais c'est, c'est... je vois les manières de contamination bon c'est très, très... à part bon avec le VIH la manière de contamination bon, là on peut éviter ces rapports sexuels ne pas utiliser... mais là ce que j'ai lu l'hépatite c'est 100 fois plus contagieux que le VIH dans les faits d'utiliser un seul gobelet avec quelqu'un on peut attraper l'hépatite donc...en sorte que... »

### ***d- Difficultés dues aux logements précaires et au climat français...***

Les patients interrogés vivent de façon précaire : dans la rue, dans des foyers d'hébergement d'urgence trouvés par le 115, en caravanes, dans la « jungle » de Calais. Exceptionnellement ils sont logés par des compatriotes. Vient se rajouter le changement de climat par rapport au pays d'origine. (Codes n°84, 203, 215, 327, 211, 160, 60)

- Entretien n°8 :

P8 : « Et actuellement bon ce n'est même pas le départ et la police, maintenant première préoccupation ça devient de changement de ce climat là. Parce qu'après cette période là il y aura la pluie, c'est le temps de pluie qui vient, après cette pluie bon ce sera... »

AM : « *le froid ?* »

P8 : « La NEIGE. Et cette neige nous on n'est pas habitué à ça. »

### ***e- Vécu de ces conditions de vie***

Dans le discours de certains patients, on retrouve beaucoup de préoccupations autour de leur vécu actuel. (Codes n°219, 269)

- Entretien n°10 :

P10 : « ...ensuite je suis venue à la Croix Rouge ils m'ont dit de rester, ils vont me trouver un hébergement mais tout compte fait j'ai pas... Je pense que c'est... c'est à travers... au fait. C'est juste que j'ai passé la nuit et je n'ai pas pu bien dormir je pense que c'est ce qui m'a, c'est ce qui m'a traumatisé, ce qui me rend un peu plus faible, c'est ça. »

Pour quelques uns, leurs problèmes de santé sont même des conséquences directes de leurs conditions de vie en France. (Code n°59)

- Entretien n°8 :

P8 : « ... c'est la situation ce que nous vivons qui est difficile quoi, c'est cette situation là qui nous donne cette maladie... »

## ***2. Peurs***

### ***a- Pour la santé***

Lorsqu'ils viennent consulter un médecin, quelques migrants ont peur d'avoir une maladie grave, de mourir, de ne pouvoir être traités. (Codes n°18, 151, 156, 216, 158, 164, 163, 194, 243, 242)

- Entretien n°14 :

AM : « *ça vous fait peur ?* »

P : « oui, parce que j'entends les gens parler de si tu as ça tu va mourir, tu vas pas avoir des

enfants, tu vas avoir des enfants aussi qui seront contaminés tu vas avoir peur chaque fois. »

### ***b- Des forces de l'ordre***

Le climat de peur est très présent du fait des arrestations, des contrôles d'identité fréquents. Ils ont parfois peur de donner leur identité lors des consultations. (Codes n°27, 45, 56, 57)

- Entretien n°6 :

P6 : « on prend le risque de la police d'être arrêté on vient quand même ici »

### ***c- Pour sa famille et son entourage***

La famille, l'entourage quand ils existent prennent une part importante dans les préoccupations de la plupart des migrants. (Codes n°202, 273)

- Entretien n°16 :

P16 : « je dois faire tout pour protéger les autres. »

### ***d- Conséquence de ces peurs***

La sécurité est une notion très importante pour certains migrants, ils se sentent plus en sécurité en France que dans leur pays d'origine malgré la pression policière. (Codes n° 145, 146, 341, 35)

- Entretien n°5 :

P5 : « je veux juste vivre en paix et en sécurité »

## ***3. Projet de migration***

Certains sont de passage en France, d'autres veulent y rester. Les migrants interrogés à Calais veulent passer en Angleterre ; ceux de Lille veulent s'installer en France. (Codes n°1,2)

## ***4. Mode de contact avec la structure***

### ***a- Par une association***

Les réseaux associatifs permettent d'orienter les migrants selon leurs besoins. (Codes n°29,126, 293)

### ***b- Par des compatriotes***

Il existe aussi des réseaux de compatriotes qui permettent une entraide.(Codes n°28, 208)

## **5. Pertinence de ces structures de soins**

Si ces structures de soins n'existaient pas, certains patients iraient à l'hôpital. En effet, les urgences semblent être la solution de dernier recours après ces structures.

(Code n°207)

D'autres ne consulteraient pas et attendraient l'ouverture de leurs droits.

(Codes n°128, 14, 179)

- Entretien n°11:

AM : « D'accord, Et si ici ça n'avait pas existé comment vous auriez fait? »

I : « Elle attend jusqu'à avoir son CMU. »

## **C. Avant la consultation**

### **1. Attentes de la plupart des patients**

#### **a- Une prise en charge médicale**

Beaucoup, se sachant malades n'attendent qu'une réponse centrée sur leur plainte physique. (Codes n°26, 40, 13, 239, 240, 72, 100, 333, 334)

- Entretien n°5 :

AM : « D'accord, et d'habitude quand il vient pour voir le médecin pourquoi il vient? »

I : « Parce qu'il est malade, si il n'était pas malade il ne viendrait pas voir le docteur. »

#### **b- Une réponse médicamenteuse**

La demande de médicament est souvent présente. (Codes n°31, 212)

- Entretien n°15 :

P15 : «Moi quand j'ai mal je lui explique on me donne des médicaments bon voilà. »

#### **c- Une écoute**

Lors des entretiens, plusieurs ont raconté leur parcours.

Durant la consultation ils attendent aussi une écoute, de pouvoir parler de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils ont vécu. (Codes n°117, 44, 87, 307)

- Entretien n°17 :

P17 : « je sais au moins qu'il y a quelqu'un qui va m'écouter et qui va me consulter et me rassurer. »

#### **d- Une réponse adaptée**

Les attentes sont souvent précises dans un premier temps et les patients veulent donc une réponse centrée sur leurs demandes. (Codes n°326, 102, 172, 282, 280, 66)

- Entretien n°11 :

I : « Oui juste pour ce problème là Par rapport à la petite fille, la petite fille et pour les dents »

### ***e- Un lieu de repos et d'échanges***

Les centres de soins sont aussi l'occasion de se poser quelques heures, de discuter avec les soignants ou les autres migrants. (Codes n° 136, 217, 85, 340)

- Entretien n°13 :

P13 : « Quand je suis avec les gens bavarder comme ça on essaye d'oublier une partie qui est en nous et puis... »

### ***f- La reconnaissance en tant qu'être humain***

Les patients ont parfois perdu leur dignité durant leur migration et ont besoin de « redevenir quelqu'un ». (Codes n°120, 119)

- Entretien n°12 :

P12 : « ...les aider sur le psychologique pour qu'ils se sentent nos égaux. Il faut qu'on soit tous égaux, au même niveau »

### ***g- Un soutien et une réassurance***

Beaucoup expriment le besoin d'être soutenus, encouragés, rassurés. (Codes n°162, 307, 161, 159)

- Entretien n°14 :

P14 : « je vais guérir, les gens ici vont m'aider »

### ***h- Le respect du secret médical***

Le secret médical est une notion nouvelle et importante pour certains. (Code n°177)

### ***i- Un échange avec le médecin***

Les patients veulent pouvoir discuter et avoir des explications sur leurs pathologies. (Codes n°270, 308, 309)

- Entretien n°17 :

P11 : « discuter au moins, échanger avec la personne, la personne malade. Pour moi le médecin...c'est pas quelqu'un qui est là juste pour prescrire les médicaments. »

### ***j- Un suivi unique***

Certains veulent être suivis par un médecin et non par plusieurs. En effet, raconter son parcours et ses peurs n'est pas une chose facile. Le patient établit une relation de confiance avec le médecin. (Code n°187)

- Entretien n°9 :

P9 : « ...moi je voulais toujours voir madame, je préférais juste elle. »

## **2. Etat d'esprit des patients interrogés**

### **a- Confiants**

Avant la consultation, certains patients étaient confiants. (Codes n°325,337, 284, 286)

### **b- Inquiets**

D'autres se posaient beaucoup de questions sur la prise en charge. (Codes n°231, 165)

- Entretien n°14 :

P14 : « en fait seulement comme je savais que j'allais venir ici aujourd'hui j'avais tous ça en tête de lui demander »

### **c- Soucieux d'être bien pris en charge**

L'un des patients avait peur que le médecin ne prenne pas suffisamment son temps en consultation. (Code n° 278)

- Entretien n°16 :

P16 : « quand il y a beaucoup de gens les médecins vont faire tout pour satisfaire tout le monde donc ils seront dans l'obligation de se dépêcher quoi ...»

### **d- Honteux**

Quelques patients avaient honte de leur maladie ou de ce qui leur était arrivé dans leur pays. (Codes n°152, 153, 274)

- Entretien n°14 :

P14 : « finalement je ne sortais même pas parce que j'avais honte de sortir parce que tout le monde me regarde et puis ça continue encore les boutons sortir sur moi, j'avais honte de rester comme ça. »

### **e- Pessimiste**

Un patient pensait ne pas pouvoir être soigné. (Code n°296)

- Entretien n°17 :

P17 : « Je me disais si j'ai pas la carte je devrais pas avoir accès aux soins »

### **f- Combatif**

La prise en charge psychologique n'est jamais mise au premier plan par la plupart des migrants mais quand on les interroge sur le « moral », ils expriment alors leurs difficultés et la nécessité de se battre, de « tenir psychologiquement ». (Codes n°48, 49, 96, 118, 342)

- Entretien n°5 :

Interprète : « ...c'est très difficile mais qu'il faut se battre, les gens qui ont réussi se sont battus... et que voilà il faut pas baisser les bras il dit que c'est dur de vivre je sais bien mais ... il dit que c'est dur de vivre loin de son pays, loin de sa famille...Et que quelques fois il se retrouve à devoir chercher de la nourriture dans les poubelles mais que il faut continuer à se battre pour avoir quelque chose... »

## ***D. Pendant la consultation***

### ***1. Freins à la consultation***

#### ***a- Difficulté de compréhension entre le médecin et le patient***

La barrière de la langue est très présente lors des consultations et a souvent été signalée par les patients. Elle entraîne une difficulté de compréhension des consignes médicales et un isolement du patient. (Codes n°9, 15, 114, 64, 125, 137, 230, 101, 103)

##### ***- Entretien n°12 :***

P12 : « si c'est superficiel elle peut se débrouiller, un mal de gorge... Mais dès que c'est plus profond c'est un problème la traduction, quand c'est plus compliqué. »

#### ***b- Difficultés d'interprétariat***

L'interprétariat est souvent fait par un « compatriote » rencontré dans la rue ou par quelqu'un sur place faisant partie du personnel soignant ou un autre patient. La traduction n'est pas objective et les émotions peuvent entrer en jeu et modifier la consultation. (Codes n°189, 132, 129, 343)

##### ***- Entretien n°11:***

Le traducteur : « pour moi c'est difficile, c'est facile pour elle de m'expliquer mais pour moi c'est impossible. »

#### ***c- Conditions de consultation difficiles***

Certaines consultations se font avec toute la famille en même temps, les enfants qui chahutent alors qu'on interroge la maman. (Codes n° 188, 199, 169)

#### ***d- Divergence de priorités entre médecin et patient***

Pour beaucoup de patients la santé est mise au second plan. (Code n°74)

##### ***- Entretien n°8 :***

P8 : « Oui, pour moi personnellement comment avancer ça c'est ma première occupation, le deuxième chose c'est le climat qui change, le troisième moi je mets le flic. Bon le quatrième c'est la santé, la santé. »

Par ailleurs, les patientes qui viennent avec leurs enfants ne pensent pas à parler d'elles, elles sont là avant tout pour eux. Certaines disent qu'elles reviendront peut-être pour elles ultérieurement. (Codes n°200, 99, 123, 131)

- Entretien n°11 :

AM: « *C'est quoi la chose la plus importante pour elle, c'est quoi la priorité?* »

Interprète: « En fait santé des enfants. »

### ***e- Divergence d'attentes entre le médecin et le patient***

Certains patients racontent leur parcours durant l'entretien et auraient aimé que le médecin leur pose des questions dessus, s'y intéresse. (Codes n°255, 344)

### ***f- Passivité des patients***

Certains patients ne pensent pas à poser certaines questions et parfois n'osent pas dire s'ils ne comprennent pas. (Code n°15, 233, 234, 12 2)

- Entretien n°15 :

AM : « *Et il y a des choses que vous n'osiez pas demander ?* »

P15 : « Tu sais moi je suis timide j'aime pas trop... »

- Entretien n°12 :

P12 : « J'ai demandé à ma femme : « Tu as compris ? » elle a rougi, non elle n'avait pas compris mais elle a pas osée le dire... Alors le médecin il a expliqué en Arabe, il a dit faut dire si vous comprenez pas... »

### ***g- Mécanismes de résistances***

Certains patients ne veulent aborder que leurs problèmes somatiques. En effet, le médecin va parfois essayer de savoir ce qu'a vécu le patient ou ce qu'il ressent. Celui-ci n'est pas toujours prêt à en parler ou ignore que le personnel soignant peut l'aider à gérer ces difficultés. (Codes n°33, 58, 256, 223, 2 46)

- Entretien n°2 :

P2 : « Si il posait la question j'étais un petit peu en colère parce que c'est pas son problème quand je viens ici c'est problème de médical »

### ***h- Isolement du patient***

Du fait de sa maladie ou des problèmes rencontrés durant sa migration le patient s'isole et ne pense pas à demander de l'aide. (Code n°271, 86, 272, 348)

- Entretien n°16 :

P16 : « Moi-même je veux voir dans quelle manière je peux vivre avec ça. Bon, ça sert à rien de venir m'aider, le médecin non ça c'est pas son travail. »

### ***i- Croyances du patient***

Quelques patients croient que le médecin ne peut répondre à leur demande. Ainsi, ils pensent que certaines maladies dans leur pays sont inconnues des médecins français. De plus, ils ne reconnaissent pas toujours leur souffrance comme quelque chose pouvant être soulagé par la médecine. (Codes n°53, 247)

- Entretien n°16 :

P16 : « Moi je n'ai jamais vu un psychologue de ma vie. Je ne crois pas que... Bon un psychologue peut seulement te rassurer il peut seulement te faire sentir bien mais le maladie ne part pas. »

### ***j- Habitudes culturelles et religieuses***

De part leurs différences de culture ou de religion, certains patients ne veulent pas être examinés par un médecin du sexe opposé. (Codes n°32 9, 339)

## **2. Adaptations du patient**

### ***a- Aux obstacles avant l'accès aux structures de soins***

Malgré la police, la barrière de la langue, les conditions de vie..., la plupart des patients arrivent à consulter un médecin. (Codes n°114, 16, 65, 71, 197)

- Entretien n°8 :

P8 : « Non ici on n'a pas peur, non, ici bon on prend tous les chemins dérivés ici quelque ça soit si quelqu'un il est malade il fait de son mieux pour arriver ici. »

### ***b- Au système de soins***

Un migrant a mentionné le fait que le patient doit s'adapter au système de soins du pays dans lequel il est. (Code n°324)

- Entretien n°17 :

P17 : « Je pense c'est plus nous les patients de s'adapter quoi et de faire le mieux possible. »

### ***c- Aux différences entre le médecin et le patient***

Pour les patients interrogés, ce n'est pas important que le médecin ne soit pas de la même culture qu'eux, qu'il soit un homme ou une femme. (Codes n°91, 17)

- Entretien n°12 :

P12 : « Non ça change rien qu'il soit noir, blanc, que ce soit un homme, une femme... parce que la santé c'est pareil en Algérie ou ici, c'est pas une question de culture. »

### **d- A la barrière de la langue**

Certains patients viennent avec un compatriote ou demandent à un patient de la salle d'attente de traduire. (Code n°132)

- Entretien n°11 :

Traducteur: "je ne parle pas bien le français mais en tous cas mieux que Madame"

### **3. Plainte initiale**

La première plainte exprimée lors de la consultation est une plainte somatique. (Codes n°105, 12, 22, 218, 88, 89, 292, 293, 294, 54, 213, 288, 335)

### **4. Prise en charge globale**

Le médecin va plus loin que la première demande.

### **a- Plaintes secondairement exprimées**

Les plaintes psychologiques ne sont jamais exprimées en premier plan. Si le médecin ne pose pas de questions sur le moral, le sommeil... le patient n'en parlera pas et pourtant ces troubles sont bien présents. (Codes n° 135, 21, 139, 80, 201, 214, 122)

- Entretien n°12 :

AM : « *Est-ce que par exemple vous avez des problèmes pour dormir ?* »

P12 : « Ah oui ça c'est sûr ! »

AM : « *Et vous lui en avez parlé ?* »

P12 : « Non j'y ai pas pensé, elle m'a pas demandé. »

### **b- Elargissement du motif de consultation**

Les motifs de consultation sont souvent somatiques. En allant plus loin le médecin permet une prise en charge plus globale du patient (Codes n°109, 261, 250) .

- Entretien n°16 :

AM : « *Et ça vous en avez parlé avec le médecin du moral ?* »

P16 : « Oui c'est pour ça qu'il m'a proposé de voir un psychologue. »

### **c- Dépistage**

La consultation médicale est l'occasion pour le médecin de proposer un dépistage VIH, de diabète, d'interroger sur les dépendances... (Codes n°41, 92)

### ***d- Abord psychologique***

Le VIH, les violences, ou d'autres sujets sont des points importants et sont abordés lors de consultations des migrants qui sont du fait de leur pays d'origine souvent une population à risque. Ce sont des sujets difficiles et le médecin doit faire attention à sa manière de les évoquer. (Codes n°320, 322, 144)

- Entretien n°13 :

AM : « *Un peu dérangé... vous auriez préféré qu'elle vous en parle pas ou...* »

P13 : « Je ne savais pas qu'on va aborder ce sujet là. (...) Mais je crois que ça va m'aider. »

### ***e- Connaissance de l'environnement du patient***

Le fait de prendre en compte les conditions de vie du patient apporte une autre dimension à la consultation et facilite la compréhension du médecin sur les symptômes du patient. (Codes n°235, 247, 249)

- Entretien n°15 :

P15 : « Oui ça me rassure dès qu'il me demande tu as trouvé un coin pour dormir. Il sait que au moins il pense à ma situation quoi, tu vois ça me rassure... »

## ***E. Après la consultation***

### ***1. Résultats de la consultation***

#### ***a- Examen clinique général***

Souvent lors de ces consultations, le médecin en profite pour faire un examen clinique général. (Code n°142)

#### ***b- Annonce diagnostique***

Les consultations permettent parfois de découvrir des pathologies importantes et de faire l'annonce du diagnostic. (Codes n°241, 155, 226)

- Entretien n°14 :

P14 : « Quand j'ai parti, j'ai fait l'examen, mon résultat est sorti, Le docteur m'a dit que je suis VIH »

#### ***c- Explications sur la pathologie***

La consultation est l'occasion pour le patient de pouvoir mieux comprendre sa maladie, ses symptômes. Il peut en parler avec le médecin. (Codes n°157, 141, 222, 170, 302, 289)

- Entretien n°14 :

P14 : « Seulement je vais dire, ça se passe bien parce que quand je suis venue le médecin m'a

dit... il m'a demandé, comment ça veut dire, comment on a appel VIH je lui expliqué comment on arrive à attraper le VIH, je lui ai expliqué tout. »

### ***d- Orientation***

La consultation permet au médecin de donner des conseils, d'expliquer la conduite à tenir en fonction de la situation. Quand c'est possible, des examens complémentaires ou des consultations spécialisées sont prescrites.

(Codes n°93, 106, 330, 221, 134, 254, 90, 195, 291, 290, 107, 130, 138, 140, 157)

- Entretien n°12 :

P12 : « (...) parce que avec ma maladie...Donc elle m'a expliqué pourquoi je devais maigrir, les mécanismes de... pourquoi. »

- Entretien n°15 :

P15 : « Il m'a dit quand c'est comme ça d'aller directement à l'hôpital parce que je peux faire fausse couche. »

## ***2. Sentiment après la consultation***

### ***a- Soulagé***

La consultation permet aux migrants d'exprimer ses peurs et donc rassure, soulage face à ses angoisses. (Codes n°19, 237, 62, 174, 209, 37, 210, 227, 238)

- Entretien n°14 :

P14 : « Maintenant je me sens bien parce que bon malheureusement je n'ai pas commencé d'abord à prendre les médicaments mais quand même il donne du courage, je suis contente d'abord, je suis contente. »

### ***b- Satisfait***

Lors des entretiens les patients décrivent l'accueil dans les structures de soins comme sécurisant, rapide, satisfaisant. (Codes n°24, 38, 43, 23, 20, 108, 297)

- Entretien n°2 :

P2 : « Quand je venu ici non ce n'est pas pareil, les gens ils t'accueillent bien, le médecin il est souriant, tout le monde ils sont gentils il dit je suis très content...»

Par ailleurs, la consultation est pour certains l'occasion de s'exprimer sur leur vécu, sur leur vie. (Codes n°328, 34)

- Entretien n°9 :

P9 : « Oui j'ai parlé de ma vie, de la maison, de les enfants, de l'école, de tout ça... »

### **c- Soucieux**

La rencontre avec le médecin entraîne le patient à se poser des questions (Codes n° 143, 149, 166)

- Entretien n°16 :

P16 : « Après la consultation, bon je suis rentrée. Ça m'a beaucoup dérangé je n'arrivais pas à dormir la nuit. Bon j'ai aussi pris quelque temps de faire certaines recherches avec internet à propos de l'hépatite B que je connaissais pas avant étonnement et ce que j'ai lu ça m'a beaucoup troublé. »

### **d- Mécontent par rapport au délai de prise en charge**

Certains doivent attendre l'ouverture des droits pour avoir un traitement et une prise en charge spécifique. Des pathologies nécessitent un traitement spécifique non accessible dans les centres de soins gratuits. (Codes n° 175, 245, 267)

### **e- Mécontent par rapport au temps de consultation**

La prise en charge dans ces structures est ressentie comme inadaptée par quelques patients.

Pour certains, le temps d'attente est trop long avant la consultation.

Le fait que dans ces centres, le mode de consultation soit libre et sans rendez vous entraîne un temps d'attente important. (Codes n° 262, 277)

Pour d'autres la consultation est trop rapide.

Les consultations de la PASS et de MSL sont souvent remplies ; certains patients peuvent avoir l'impression d'être vus « rapidement ». (Codes n° 52, 55, 70)

### **f- Mécontent par rapport aux attentes**

Les attentes des patients peuvent être différentes des réponses émises par le médecin, leur donnant l'impression d'être inadaptées. (Codes n° 51, 69, 247, 263, 264)

- Entretien n°16 :

P16 : « Un psychologue peut seulement te rassurer il peut seulement te faire sentir bien mais le maladie ne part pas. »

P9 : « Oui j'ai parlé de ma vie, de la maison, de les enfants, de l'école, de tout ça... »

## **F. Description du médecin par les patients interrogés**

### **1. Rôle du médecin**

#### **a- Interrogatoire**

Le médecin doit poser des questions orientées. (Codes n° 301, 305, 167)

#### **b- Démarche diagnostique**

Le médecin doit trouver une solution au problème, trouver un diagnostic pour pouvoir traiter le patient. (Codes n° 133, 299)

### **2. Relation de confiance**

Les patients interrogés savent qu'ils peuvent poser des questions, ils n'ont rien à cacher au médecin sur leurs pathologies. Le médecin crée un climat de confiance, le patient sait qu'il ne sera pas rejeté. (Codes n° 50, 176, 67, 171, 266, 311, 116, 178, 168, 159)

#### **- Entretien n°14 :**

P14 : « Voyez c'est pas comme chez nous. Parce que ici je sais que quand tu as quelque chose avec entre toi avec le médecin c'est entre toi avec le médecin ça sort pas dehors. »

### **3. Respect du patient**

Certains patients sont sensibles au respect que le médecin leur témoigne. (Codes n° 182, 185)

#### **Entretien n°14 :**

P14 : « Le médecin me parle correctement. »

### **4. Investissement du médecin**

Le médecin est attentif, il écoute et s'intéresse au point de vue du patient. La prise en charge est personnalisée. (Codes n° 148, 301, 275)

### **5. Explications sur la situation et conseils**

Les pathologies et le système de soins peuvent paraître compliqués et ajouter du stress à la vie du migrant. Les expliquer permet de les accepter et de mieux comprendre certaines situations (Codes n° 196, 265, 312, 310)

#### **- Entretien n°16 :**

AM : « Et donc vous avez discuté avec le médecin par rapport à votre hépatite. Est-ce que vous avez compris tous ce qu'il vous a dit ? »

P : « Oui j'ai bien compris bon après le médecin il m'a aussi donné ces quelques sites internet donc j'ai fait beaucoup de recherche et là j'ai plus compris d'avantage. »

## **6. Encouragements du médecin**

Le patient vient aussi chercher du courage, une réassurance lorsqu'il se présente dans ces centres. (Codes n°173, 251, 279, 295, 300, 244 )

### - Entretien n°17 :

P17 : « Pour moi c'est ça le rôle du médecin, il me dit ce que j'ai, la solution. Tout ce qui est euh... de rassurer les patients sur tous les plans ça soit les plans sociales, psychologique et maladie. »

## **7. Dernier recours**

Deux patients ont dans un premier temps attendu de voir l'évolution des symptômes avant de consulter. Le médecin généraliste apparaît souvent comme le dernier recours.(Code n°30, 303)

## **8. Conséquences sur la relation médecin-patient**

### **a- Confiance**

Certains patients s'en remettent à l'avis du médecin et attendent qu'il prenne les décisions adéquates pour leur santé. (Code n°32)

### - Entretien n°3 :

P3 : « C'est le médecin qui connaît tout parce qu'il est médecin. »

### **b- Reconnaissance**

D'autres étaient satisfaits de la consultation et du médecin. (Codes n°193, 276, 236, 287, 104)

### - Entretien n°16 :

P16 : « Les médecins ils font tout pour que tu t'en sortes. »

## **G. Différences décrites par les patients avec d'autres structures**

### **1. Avec l'hôpital**

#### **a- Différences liées à la structure**

L'hôpital est une structure, une organisation qui peut être déstabilisante pour une personne étrangère. (Code n°46, 314, 315)

### - Entretien n°6 :

P6 : « A l'hôpital on court beaucoup, il dit ils t'envoient à droite, ils t'envoient à gauche...»

### ***b- Différences liées à la prise en charge***

La réponse médicale hospitalière est apparue à certains patients comme inadaptée à leurs conditions de vie. (Code n°336)

- Entretien n°5 :

Interprète : « Qu'à Paris on lui avait dit qu'il avait une allergie alimentaire qu'il fallait qu'il ait une hygiène alimentaire, qu'il fallait qu'il mange des légumes, des fruits. Qu'il fallait pas qu'il mange d'œufs, qu'il évite le fromage, qu'il évite le thon, bon et qu'ici effectivement les solutions de repas ils ont que du riz du thon et du fromage de la vache qui rit. »

### ***c- Différences liées aux attentes***

Durant leur séjour à l'hôpital, quelques patients pensent ne pas avoir eu assez d'explications sur les examens réalisés, sur leurs pathologies ou sur le traitement. (Codes n°232, 316, 319, 321,323, 338)

- Entretien n°15 :

AM : « A l'hôpital, on vous a expliqué tout ça ? »

P15 : « ...Donc ils ont fait ça seulement quoi ils m'ont pas expliqué comment ça va se passer. »

- Entretien n°17 :

P17 : « Et donc c'était... J'arrive devant le médecin il dit bah voilà on va faire ta ta des bilans y compris le VIH et tout quoi (...) chez nous Vous préparez les gens, en fait tu prépares la personne même si tu vas faire dix bilans et le VIH y compris vous expliquez... »

## ***2. Avec la médecine de ville***

### ***a- Prise en charge comparable***

Pour certains patients, les médecins de ville semblent identiques aux médecins dans la structure ; seul l'aspect financier fait la différence. (Code n°332, 192, 331)

Entretien n°9 :

P9 : « Si on a carte vitale c'est mieux pour aller en ville pour laisser les autres qui sont sans papier (...) il n'y a pas de différence.»

### ***b- Meilleure prise en charge en ville***

Quelques uns pensent que la prise en charge du patient doit être mieux en ville. (Code n°68)

### ***c- Prise en charge plus « commerciale » en ville***

Le fait d'avoir un accès facile aux examens para-cliniques donne au patient une image plus commerciale de la prise en charge en ville. (Codes n°112, 113)

### **3. Avec la médecine du pays d'origine**

#### **a- Prise en charge différente**

Le système de soins, les médecins et les traitements sont différents. Le patient s'adapte tout en reconnaissant ces différences. (Codes n°79 , 228, 298, 229)

- Entretien n°15 :

P15: « Ah c'est différent ici (...) »

AM : « Est-ce que la façon dont on le fait en France, est-ce qu'il y a des choses qui vous embêtent ? »

P15 : « Non, rien. »

#### **b- Soins en France plus chers**

Les soins en France sont plus techniques que dans leurs pays mais aussi beaucoup plus chers lorsqu'on n'a pas de sécurité sociale. (Codes n°111, 147, 313)

#### **c- Médecin en France plus attentif au patient**

Les médecins qu'ils ont rencontrés se sont montrés plus préoccupés par leurs patients, ont respecté le secret médical à la différence des médecins de leur pays d'origine. (Codes n°252, 253, 186)

- Entretien n°16 :

P16 : « Les docteurs que j'ai eu à consulter ici, leurs manière de consultation est plus différente que les médecins que j'ai consultés dans mon pays. Par exemple on voit que lui il est préoccupé avec ton problème, ce n'est pas juste des procédures qu'il doit suivre... »

#### **d- Médecin en France plus respectueux du patient**

Les patients interrogés se sentent plus respectés par le médecin en France.

- Entretien n°14 :

P14 : « Parce que lui aussi il me parle correctement, il me donne du courage. Ce n'est pas comme chez nous. Chez nous il y en a certains médecins qui te parlent mal, qui donnent pas du courage à leur malade. »

(Codes n°183, 184)

#### **e- Prise en charge comparable**

Certains patients estiment qu'il n'y a pas de différence entre le médecin français et celui de son pays d'origine. (Code n°191)

## **H. Préoccupations principales des patients**

A la question : quelle est la chose qui vous préoccupe le plus en ce moment ? Les réponses des patients étaient : la santé en premier lieu puis le logement, l'entourage, le travail, la situation administrative, la liberté.

### **1. La santé**

Pour la plupart la santé reste la priorité. (Codes n°317, 268, 181, 94, 110)

- Entretien n°17 : « Si je suis pas en bonne santé je peux rien faire. »

### **2. Le logement**

Beaucoup accordent de l'importance au logement. (Code n°220)

### **3. La famille, les amis**

La famille restée au pays ou présente en France, les amis, les compatriotes sont un soutien important pour le patient migrant. (Codes n°180, 160, 154, 99, 123, 225, 347)

- Entretien n°14 :

P14: « Oui ça va parce que avec la dame aussi chez qui je passe le nuit elle aussi chaque jour elle me parle. (...)Tous les jours elle me donne du courage. »

### **4. Le travail**

Le travail reste une de leurs préoccupations. (Codes n°36, 121)

- Entretien n°12 :

P12 : « D'abord le travail, si il y a pas de travail on a rien, si travail on peut avoir logement, nourriture... »

### **5. La situation administrative**

Ils se soucient également de leur statut administratif.(Codes n°95)

### **6. La notion de liberté**

Pouvoir vivre une vie normale est souvent synonyme pour eux de pouvoir vivre libre. (Codes n°97, 98, 341)

- Entretien n°10 :

P10 : « Parce que je veux être... je veux vivre librement comme une femme ...libre, je veux vivre. »

**Les attentes des migrants participant à l'étude sont donc principalement : une écoute, du respect, un besoin d'être rassuré, une prise en charge médicale générale, un lieu de repos et de discussion. Le frein le plus important à la consultation reste l'interprétariat qui entraîne des problèmes de communication dans la relation médecin-patient. Le contexte compliqué comprenant les conditions de vie, les traumatismes récents et l'insécurité s'ajoute aux difficultés de prise en charge des patients interrogés.**

## DISCUSSION

### **I. Analyse des principaux résultats**

#### **A. Des attentes simples :**

Bien que leurs objectifs soient différents (passer en Angleterre, demander l'asile, demander l'AME ou un titre de séjour pour soins), les patients interrogés expriment tous les mêmes attentes lorsqu'ils viennent en consultation.

Des attentes simples: entretien n°5 (p3 L34-35) "I don't know..., just to live in peace and safety."

##### **1. Une écoute, du respect**

En effet les interviewés décrivent dans un premier temps le besoin d'être écoutés, rassurés, d'être considérés. Idée que l'on retrouve dans l'entretien n°12 (p3 l33 à 35) : « *L'écoute... L'écoute c'est très important, le côté psychologique quoi parce que les gens ici ils sont diminués, ils n'ont pas de papiers, ils n'ont pas de carte vitale. Ils sont à la merci des associations, des assistants sociaux, de la sécurité sociale, ils sont comme amputés...* ». Ils sont comme amputés... mot très fort pour exprimer l'état d'esprit de ces patients.

Durant la consultation, des gestes ou des paroles simples peuvent apporter beaucoup. Le fait de toucher l'épaule du patient en l'auscultant, de lui parler calmement : des mots pour aider à supporter les maux... Des attentions qui redonnent une dignité, une considération à des hommes et des femmes qui se sentent pour la plupart rejetés par notre société.

##### **2. Une prise en charge médicale générale**

La demande de bilan de santé est fréquente lors du premier recours médical en exil. Destinée à faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, elle ouvre la voie

aux soins médico-psychologiques requis. En outre, chez l'ensemble des migrants récemment arrivés en France, la prévalence de plusieurs affections justifie de proposer à titre systématique la réalisation de certains examens complémentaires dans l'ensemble des dispositifs de soins médicaux : médecine ambulatoire, PASS et centres d'examens de santé de la sécurité sociale (27).

Les patients n'ont pas l'habitude de mettre la santé au premier plan mais ils sont conscients de son importance : Entretien n°17 (p7, l16) « *Si je suis pas en bonne santé je peux rien faire* ». Les migrants sont souvent inquiets pour leur santé, lors des consultations ils vont, dans un premier temps mettre en avant la plainte somatique. Beaucoup réclament « un examen général ».

### **3. Un besoin d'être rassuré**

Sur leur état de santé dans un premier temps : beaucoup n'ont jamais vu un médecin, jamais fait de bilan de santé et sont donc dans l'imagination, ils pensent avoir quelque chose de grave mais ne savent pas quoi : entretien n°14 (p3 l32) « *j'ai peur d'attraper le VIH, j'ai peur...* »

(p4 l12-13) « *J'avais peur d'être avec cette maladie là, j'avais peur de ça, là bas que je reste comme ça sans prendre...sans me traiter...* ».

La notion de peur pour la santé est très présente.

Dans un second temps d'autres critères entrent en jeu comme la notion de prise en charge, la notion de secret médical qui est inconnue dans certains pays: entretien n°14 (p6 L10-11) « *Ici il n'est pas comme chez nous parce que chez nous quand tu as ça... Même les médecins c'est eux qui vont sortir pour dire aux gens que elle a le VIH. Elle a VIH...* ».

### **4. Un besoin de se poser**

Ils vivent dans un climat de peur et ont besoin d'être rassurés, de pouvoir se poser, d'évacuer toute cette peur et ce stress permanents.

La consultation permet alors de mettre des mots sur ce sentiment, d'exprimer cette souffrance, de se poser avant de retourner dans la « jungle » ou dans la rue.

Entretien n°13 (p2 L32-33) « *Quand je suis avec les gens, bavarder comme ça on essaye d'oublier une partie qui est en nous et puis...* »

## **B. L'abord du migrant par le médecin généraliste**

### **1. La gestion du traumatisme**

Comme on le retrouve dans les entretiens, les migrants ont souvent vécu des tortures, des viols dans leur pays d'origine. Ces violences viennent s'ajouter au traumatisme de l'exil. Pour autant ils n'attendent pas de nous un soulagement de ces souffrances. Idée que l'on retrouve dans l'entretien n°8 (p7 122-23) : « *Non ça c'est des situations déjà reconnues ici, c'est pas la peine d'en parler ou pas, c'est des situations déjà reconnues tout le monde sait les situations et les conséquences que nous vivons ici.* » Ou dans l'entretien n°2 à la question « *Est-ce que vous auriez aimé que le médecin vous demande comment et pourquoi vous êtes venu en France ?* » le patient répond : « *Si il posait la question j'étais un petit peu en colère parce que c'est pas son problème quand je viens ici c'est problème de médical* »

Dans le livre *Maternité en Exil* (7), les auteurs décrivent cette sensation d'impuissance et d'horreur qu'ont les soignants face à ce que peut avoir vécu le patient :

Ces traumatismes récents sont parfois vécus de façon moins destructurante que nous l'imaginons, il importe de comprendre et d'accepter chaque histoire singulière. Telle cette jeune femme somalienne, attendant un bébé suite à un viol, qui nous a beaucoup surpris : « *Ma grossesse n'est pas difficile à vivre ; au pays, j'ai connu une telle violence, chaque femme s'attendait à être violée, chaque homme torturé, chaque enfant privé de ses parents* ». Elle inscrit le viol dans un désordre plus global, ce qui donne à cet acte pourtant barbare un sens supportable à ce moment précis où elle nous en parle.

### **2. La gestion de la souffrance du patient**

Les conceptions de la souffrance et des désordres psychiques, somatiques et sociaux sont très différents d'une culture à une autre, ainsi que les conceptions sur les méthodes de soins ; cela nous oblige à adapter, modifier voire abandonner dans certains cas nos méthodes « occidentales », mais cela ne constitue pas a priori une impossibilité d'agir (28).

### **3. Le problème de l'interprétariat**

L'interprétariat reste un problème très présent lors des consultations des migrants par le médecin généraliste. Lors de l'étude, il a été exprimé dans 12 entretiens sur 17 (les cinq entretiens où la barrière de la langue n'a pas été évoquée étaient des entretiens faits avec des patients francophones).

On le retrouve donc dans l'entretien n°12 (p3 l6-7) : « *Nous on doit essayer d'être là, de se débrouiller parce que le médecin il a pas tout le temps pour ça. Mon épouse par exemple si c'est superficiel elle peut se débrouiller, un mal de gorge... Mais dès que c'est plus profond c'est un problème la traduction, quand c'est plus compliqué.* »

Dans le livre *Maternité en exil*, les auteurs expliquent l'intérêt d'avoir recours à un traducteur et de permettre au patient de s'exprimer dans sa propre langue : p107 : « *Sachant qu'il y a des vécus qu'un patient ou un soignant peut penser et décrire en langue française, il y en a aussi d'autres qui restent inaccessibles dans cette même langue d'où l'intérêt d'encourager le recours aux langues dans lesquelles le vécu des personnes s'est construit, cela facilite beaucoup l'efficacité de la relation clinique.* »

Mais ça n'est la plupart du temps pas possible, et les consultations se font donc en anglais, en espagnol, en allemand selon que le médecin parle plusieurs langues ou pas. Parfois alors qu'aucun mot ne peut être échangé du fait de cette barrière de la langue, la consultation se fait par des gestes, des expressions universelles et le médecin arrive à comprendre son patient sans avoir utilisé le langage parlé. Cependant cette difficulté peut entraîner des drames par manque d'information ou par une mauvaise compréhension.

## **II. Discussion sur la méthode**

### **A. Originalité de ce travail**

#### **1. De part sa méthode**

La recherche qualitative est aujourd'hui encore une méthode marginale en médecine. Pourtant la recherche en soins primaires développe cette méthode qui par bien des aspects se trouve adaptée à ce secteur d'étude.

C'est une méthode qui demande un travail important par la réalisation des entretiens, leur retranscription, l'analyse du corpus, mais c'est aussi un travail très enrichissant car il permet une interaction, un échange avec la population étudiée.

La validité des résultats obtenus par cette méthode demande encore beaucoup de justification et manque de reconnaissance dans le milieu médical où l'approche quantitative prédomine. Il est donc important de comprendre cette méthode et de l'utiliser pour certaines recherches de soins primaires non explorées jusqu'à aujourd'hui car la méthode la plus connue, la méthode quantitative, ne permet pas d'explorer tous les sujets.

## ***2. De part la population étudiée***

En faisant la bibliographie, on s'aperçoit que les recherches faites sur cette population sont peu nombreuses. On ne trouve pas d'étude où la parole est donnée aux patients. Les seules données étaient le vécu des équipes médicales et non celui des patients. Accéder au vécu du patient n'est pas toujours facile mais semble nécessaire pour avoir toutes les facettes de cette prise en charge.

## ***B. Biais et limites***

### ***1. Biais de recrutement***

Du fait de la barrière de la langue, de l'impossibilité d'avoir un traducteur à chaque fois je me suis limitée à des patients parlant français ou avec lesquels un traducteur était présent.

Il n'y a eu aucun refus de participation de la part des patients.

Les entretiens ont donc été faits dans des structures de soins gratuits. Cependant dès qu'ils auront obtenu l'AME ou la CMU, les patients interrogés se retrouveront chez le médecin généraliste de ville.

### ***2. Biais de perte d'information***

Cette étude représentait ma première expérience d'entretiens semi dirigés, une personne plus expérimentée aurait probablement recueilli davantage d'informations.

Bien que m'étant documentée sur le sujet et les méthodes de communications requises pour une étude qualitative, certaines questions n'étaient pas assez ouvertes ou davantage de relances auraient pu être réalisées.

Un autre biais était présent et a entraîné une perte d'informations du fait de la barrière de la langue par la traduction approximative par le patient ou par le traducteur. Cependant les migrants, lorsqu'ils sont confrontés à notre système de soins, se retrouvent eux-mêmes face à cette difficulté. L'étude par ces biais reflète les problèmes que rencontrent les patients.

### **3. Biais d'analyse**

Le codage des verbatim a été effectué par l'auteur seul laissant une marge de subjectivité à cette étude. Le codage axial a été relu par deux autres chercheurs afin de diminuer ce biais.

### **4. Biais de l'interprétariat**

Six entretiens ont été effectués à l'aide d'un traducteur (Traducteur employé par la PASS de Calais, Infirmière de la PASS, compatriote venu pour traduire), et nous avons rencontré plusieurs difficultés lors de ces entretiens.

- La première difficulté était dans la traduction faite par l'interprète des propos du patient. Soit par des réponses très brèves ou au contraire plus longues que ce que le patient semble dire. On le retrouve dans le livre de Médecins sans Frontières « *Soigner malgré tout* » : Il n'y a rien de plus frustrant que d'écouter un patient qui exprime ses problèmes pendant plusieurs minutes et d'avoir un traducteur qui résume tout cela en disant « *il a dit oui* » (28).

L'étude a été réexpliquée au début de chaque entretien en précisant au traducteur que le but était de faire parler le patient, de le laisser s'exprimer.

- La seconde repose sur le fait que la plupart du temps le traducteur est partie prenante dans la prise en charge des patients et l'émotion face à certains propos du patient peut gêner la traduction. Lors de l'entretien n°5, l'infirmière a les larmes aux yeux et a du mal à continuer la traduction.

## **III. Perspectives d'approfondissement**

### **A. Une enquête quantitative**

- Sur les attentes des migrants : faire ressortir de cette thèse un questionnaire afin d'avoir un échantillon plus important et donc une significativité,

- Sur leur vision du système de soin français,
- Sur leur accès aux soins.

### ***B. Une enquête qualitative sur la prise en charge médicale des migrants du point de vue des médecins généralistes***

En effet après avoir vu les attentes des patients, il semblerait intéressant de voir ce que pensent les médecins généralistes sur cette population à l'aide par exemple de focus groupes.

- Quelles sont leurs questions, leurs sentiments, leurs inquiétudes face à ces patients ?
- Quelle est leur vision de la prise en charge médicale actuelle des migrants ?
- Quelles sont leurs connaissances de l'accès aux soins pour cette population ?

### ***C. Petit guide de consultation à l'usage du médecin généraliste:***

En effet il semble que ces attentes soient tout à fait en adéquation avec les compétences du médecin généraliste. Après cette étude nous pouvons ressortir un plan de consultation pour guider le médecin :

#### ***1. Interrogatoire du patient***

- Rechercher les antécédents médicaux-chirurgicaux
- Se renseigner sur les conditions de vie, le logement, l'accès à la nourriture et à l'eau...
- Se renseigner sur le parcours migratoire du patient, sur les raisons qui l'ont fait migrer (si le patient ne veut pas répondre, il ne le fera pas...)
- Connaître ou demander les croyances du patient car elles peuvent influencer sur la santé physique et mentale du patient.
- Interroger sur la souffrance psychologique, si elle n'est pas exprimée spontanément. La mettre à jour peut permettre d'aider le patient à la surmonter et à comprendre certains comportements.

## **2. Examen somatique général**

Nous pouvons reprendre le bilan de santé recommandé par le COMEDE (27) qui comporte :

- Un examen clinique,
- Un bilan biologique comportant : une NFS, une glycémie, les sérologies VHB, VHC, VIH,
- une radiographie de thorax de face.

Ainsi que des examens spécifiques à certaines régions d'origine (examen parasitologique des selles ou des urines à la recherche de parasitoses intestinales ou de Bilharzioses urinaires).

## **3. Rassurer, Expliquer**

- Le rassurer sur sa pathologie ou sur son absence de pathologie,
- Lui expliquer les examens et traitements prescrits et s'assurer qu'il a bien compris,
- Lui préciser les différentes étapes de la prise en charge médicale.

## **4. Ecouter le patient**

- Donner la parole au patient, lui laisser la place de s'exprimer,
- Lui demander s'il n'a pas d'autres questions,
- Prendre le temps nécessaire en consultation ou re-convoquer le patient si besoin.

## CONCLUSION

La prise en charge médicale des migrants est une situation rencontrée en médecine générale mais pour laquelle aucune formation spécifique ne nous est donnée durant notre cursus universitaire obligatoire.

Cette étude met en évidence le besoin de parler, d'être considéré de ces patients. Leur besoin aussi d'être rassuré sur le plan médical, de pouvoir faire un « check up » pour partir sur de bonnes bases.

Ce type de patient n'a finalement pas des attentes plus compliquées que nos patients habituels mais différentes. Il faut donc connaître ces attentes et la prise en charge de base nécessaire à la consultation. Ne pas avoir peur de poser des questions, ne pas avoir peur des réponses...

Prendre en compte les différences culturelles, les préjugés des patients sur notre système de soins et nos préjugés qui vont forcément interférer avec la consultation.

Avec quelques conseils simples et applicables par tout médecin, la prise en charge des migrants peut être réalisée en soins primaires et nous permettre de faire notre métier, dans la lignée de tous les médecins ayant prêté le serment d'Hippocrate, serment prêté par tout jeune doctorant lors de la soutenance de sa thèse de médecine.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ODSE. Communiqué inter-associatif: Le Sénat a voté la condamnation à mort des malades étrangers vivant en France: Le 4 mai, la Commission Mixte Paritaire doit revenir sur cette décision | droit au séjour pour soins! [Internet]. [cité 2011 août 11];Available from: <http://unmotdesmorts.org/2011/04/21/communiqu-e-inter-associatif-le-senat-a-vote-la-condamnation-a-mort-des-malades-et-rangers-vivant-en-france-le-4-mai-la-commission-mixte-paritaire-doit-revenir-sur-cette-decision/>
2. AME / Etrangers précaires / En France / Association - ONG - Médecins du Monde - ONG de solidarité internationale [Internet]. [cité 2011 juill 19];Available from: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Etrangers-precaires/AME>
3. Bourdillon F. Une remise en cause de la solidarité. 2011 mars;(32):1-2.
4. référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009 juin 1;
5. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotype□: la pratique médicale est aussi concernée. Rev Med Suisse 2005.
6. Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome mediterraneen a la balkanisation des diagnostics: l'art difficile de la neutralite en medecine. Revue Medicale Suisse. 2007;113:1413.
7. Moro M-R, Neuman D, Réal I. Maternité en exil. France: 2008. p. 220.
8. ROCARE: Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. 2006 [cité 2011 juill 24];Available from: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php>
9. Anadón M. La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. 2006;26(1):5-31.
10. Santiago-Delefosse M, Rouan G, Giami A, Georgiou D. Les méthodes qualitatives en psychologie. Dunod. Paris: 2001.
11. Bulletin Officiel n°99/1 [Internet]. Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. [cité 2011 juill 19];Available from: <http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>

12. article L6112-6 du code de la santé publique Sénat « rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ». Paris: 2008.
13. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins. Enquête nationale 2008 sur la mise en oeuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS. 2009 oct;
14. Fahet G, Cayla F, Barthelemy A, Corty J, Pauti M, Tomasino A, et al. Rapport 2008 de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde. Paris: 2009.
15. Le Petit Larousse.
16. OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration [Internet]. [cité 2011 juill 20];Available from: [http://www.ofii.fr/la\\_demande\\_d\\_asile\\_51/demandeurs\\_d\\_asile\\_335.html](http://www.ofii.fr/la_demande_d_asile_51/demandeurs_d_asile_335.html)
17. OFPRA - Texte - CESEDA - Livre VII - Partie législative.
18. Frys ML, Morhan H, Henion T, Dubois M. Rapport d'activité 2009 de MSL. LILLE: 2009.
19. Aide médicale de l'État (AME): bénéficiaires et prestations [Internet]. [cité 2011 juill 20];Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/F3079.xhtml>
20. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Etudes et résultats. 2008;(645):8.
21. ameli.fr - C.M.U. et C.M.U. complémentaire [Internet]. [cité 2011 juill 20];Available from: <http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>
22. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Citté J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. exercer. 2009;(87).
23. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes□: l'entretien. Armand Colin; 2005.
24. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research [Internet]. Available from: 1995
25. Van Royen P. Cours d'introduction à la recherche qualitative, Institut médecine tropicale de Bruxelles. 2007 déc;
26. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? Recherche qualitatives. 2006;26(1):32-50.
27. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précarité PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE. France: 2008.

28. Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro M-R. Soigner malgré tout. La pensée sauvage. France: 2003.

## **ANNEXE 1 Référentiel métier**

## Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

### SITUATION 16

#### POSER UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE LA SITUATION

Accueillir le patient

- ▶ en explorant la ou les plaintes par l'écoute du patient et de son accompagnateur
- ▶ en déléguant au tiers présent choisi par le patient une responsabilité réfléchie au regard d'un raisonnement éthique
- ▶ en rappelant la fonction aidante habituelle du médecin
- ▶ en adoptant une position de défense du patient

Mener un entretien d'anamnèse avec l'aide si besoin de la tierce personne

Évaluer l'histoire et l'environnement du patient, en se renseignant notamment sur

- ▶ l'ancienneté de sa présence, les raisons et les conditions de sa venue en France
- ▶ son statut en France
- ▶ ses conditions de travail et ses ressources actuelles
- ▶ son statut familial et le lien actuel avec les membres de sa famille
- ▶ ses conditions d'existence, d'hébergement, d'alimentation, et les aides potentielles dont il bénéficie via des dispositifs sociaux ou associatifs et/ou par sa communauté de vie.
- ▶ son projet de vie à court et moyen termes

Réaliser un examen clinique orienté afin de vérifier ou d'éliminer les hypothèses diagnostiques les plus plausibles en fonction de ses plaintes, de son statut, de son pays d'origine et de ses conditions de vie actuelles.

- ▶ en éliminant une pathologie grave nécessitant des soins urgents tout en étant attentif aux troubles psychologiques secondaires à son statut actuel et son passé récent ou plus ancien (réfugié en situation régulière ou irrégulière)
- ▶ en évaluant son état général tant sur le plan physique que psychologique.

#### ÉLABORER UN PROJET D'INTERVENTION NÉGOCIÉ AVEC LE PATIENT ET SI BESOIN SON ACCOMPAGNATEUR

- ▶ en évaluant la couverture sociale, les possibilités de prise en charge et les démarches déjà entreprises ou à faire pour qu'elle soit optimale
- ▶ en recherchant et en prenant en compte les contraintes économiques éventuelles de la situation du patient
- ▶ en orientant le malade vers une structure adaptée en cas de nécessité
- ▶ en se donnant le temps nécessaire (nouveaux rendez-vous) pour évaluer l'évolution de la plainte ou pour mieux appréhender la plainte réelle derrière la ou les plaintes alléguées
- ▶ en s'efforçant de vérifier la faisabilité du projet lors du dialogue avec le patient et son accompagnateur
- ▶ en vérifiant son statut vaccinal.

#### METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

- ▶ en aidant le patient à bénéficier de ses droits éventuels à une couverture sociale : droits ouverts ou à ouvrir à l'assurance maladie, possibilité ou non de recourir à l'aide médicale d'état en fonction de la durée de sa présence en France
- ▶ en s'assurant le concours autant que de besoin de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour qu'il puisse faire valoir ses droits
- ▶ en prescrivant les thérapeutiques et/ou les examens complémentaires nécessaires à la résolution de cette situation clinique
- ▶ en s'assurant de la compréhension du patient et de son adhésion au projet de soins
- ▶ si besoin et si possible, en différant, les interventions requises par son état de santé du temps nécessaire à l'obtention d'une couverture sociale permettant de bénéficier des soins adaptés.



## Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

### SITUATION 16 (SUITE)

#### EFFECTUER UN SUIVI ET ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Évaluer l'évolution des symptômes et des plaintes en tenant compte du risque de troubles d'adaptation psychique en cas de difficultés sociales et/ou somatiques persistantes.  
Vérifier l'évolution des différents statuts, en particulier le statut officiel, la couverture sociale, les conditions de vie et de travail, le projet de vie  
Adapter la prise en charge au statut et à la couverture sociale.

#### EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en fonction du projet de vie et du devenir du patient, en vérifiant régulièrement son adhésion au projet thérapeutique
- ▶ en prenant en compte les risques médicaux inhérents aux conditions de vie
- ▶ en prenant en compte les risques médicaux inhérents à d'éventuels voyages dans son pays d'origine.

## ANNEXE 2 : déclaration de confidentialité

### UNIVERSITE DE LILLE 2- DROIT ET SANTE FACULTE DE MEDECINE « HENRI WAREMBOURG »

#### *Département de Médecine Générale*

#### Déclaration de confidentialité

Madame, Monsieur,

Mademoiselle Alice Mathieu participe en qualité d'Interne en Médecine générale au développement de l'activité de recherche en soins primaires du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille. C'est à ce titre que vous la rencontrez aujourd'hui pour un entretien.

Cet entretien devrait durer environ une demi-heure et portera sur un sujet pour lequel nous ne pouvons rien vous dire afin de garantir la spontanéité de votre discours. Tout ce que nous sommes en droit de révéler est que **cet entretien sera totalement confidentiel**. Cet entretien sera intégralement retranscrit à partir de son enregistrement et anonymisé.

L'interne qui vous rencontrera est tenu au secret de la recherche et ne pourra en aucun cas divulguer nominalement vos propos. Nous vous remercions donc pour votre collaboration et l'accueil que vous réservez à notre jeune collègue.

Veillez agréer, chère Madame, cher Monsieur, nos sincères salutations.

Dr Raymond Glantenet  
Professeur de Médecine Générale  
Directeur du Département de Médecine Générale

Dr Denis Deleplanque  
Directeur de thèse

Alice Mathieu

## **ANNEXE 3 : canevas d'entretien**

### **Canevas d'entretien concernant l'étude sur les attentes des patients migrants lorsqu'ils consultent en médecine générale.**

#### **I) situation civile :**

- nationalité :
- âge :
- sexe :
- logement :
- avez-vous une prise en charge sécurité sociale ?
- des démarches pour avoir une prise en charge ont-elles été faites ?
- Quel a été votre parcours avant d'arriver en France ? pourquoi êtes vous venu ici ? En avez-vous parlé avec le médecin ? Auriez-vous aimé en parler avec lui ? pourquoi ?

#### **II) la consultation :**

- Pourquoi consultez vous ici et pas dans une autre structure (médecine libérale, urgences des hôpitaux...)?
- Comment avez-vous connu cette structure (la PASS ou MSL) ? si cette structure n'avait pas existé, où seriez vous allé ?
- Qu'attendez-vous de cette consultation avec le médecin ?
- Avez-vous une maladie particulière, prenez vous déjà un traitement ?
- Venez-vous pour quelque chose qui vient de vous arriver ?
- J'aimerais que vous me disiez ce que c'est pour vous une consultation avec un médecin ? qu'est ce que ça doit comporter comme étapes ?

#### **III) Concernant la consultation que vous venez d'avoir :**

- Racontez moi comment s'est passée cette consultation ?
- Maintenant j'aimerais que vous me parliez du médecin.
- le médecin a-t-il répondu à vos attentes ?
- Que pensez-vous de la consultation ? Quel sentiment aviez-vous en sortant de cette consultation, comment vous sentez-vous après cette consultation ?
- Quels conseils, consignes le médecin vous a-t-il donnés ? (avez-vous eu un traitement médicamenteux, une consultation spécialisée, un examen radiologique ou biologique prévu, un courrier pour les urgences ou des consignes de re-consultation ...?) Avez-vous bien compris ce que le médecin vous a dit ?

- Avez-vous eu des problèmes pour faire comprendre au médecin ce que vous attendiez de la consultation ? Pensez-vous qu'il a compris entièrement votre demande ? Que pensez-vous qu'il ait compris ?
- Le médecin a-t-il répondu à des choses dont vous ne pensiez pas au début lui parler, a-t-il été plus loin que votre première demande ?
- Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la prise en charge par le médecin ?
- Est-ce que vous pensez que la différence de culture, de religion a influencé la consultation ? Si oui en quoi l'a-t-elle influencée ?
- Quelle est pour vous la différence entre voir un médecin ici et en ville ?
- Quelle est la chose qui vous préoccupe le plus en ce moment ? Où classeriez-vous la santé dans la liste de ce qui vous préoccupe le plus ?

## ANNEXE 4 : Entretien n°10

### Entretien n°10 réalisé à MSL

Durée de l'entretien : 25min30 sec

#### Situation civile :

Patiente de 22 ANS, D'origine Guinéenne

Melle B.T

#### Entretien :

##### Explication de l'anonymat et du but de l'entretien.

*AM : C'est un entretien qui va être enregistré mais il n'y aura pas votre nom dessus c'est pour faire une étude pour voir un petit peu les personnes qui viennent d'arriver en France, qu'est-ce qu'elles attendent quand elles viennent voir un médecin*

*BT : ok vous dites que la prise de sang c'est pour voir la santé de ceux qui viennent en France ?*

*AM : La prise de sang ?*

*BT : Ouais*

*AM : Non là moi je vous parle des questions que je vais vous poser, la prise de sang c'est ce que le médecin vous a prescrit pour vous euh... qu'est-ce qu'il vous a dit par rapport à la prise de sang ?*

*BT : Il me dit de venir aujourd'hui, je vais faire ça.*

*AM : Oui ça on va le faire juste après, ne vous inquiétez pas.*

*BT : ok*

*AM : Là, je fais un travail pour améliorer la consultation des gens qui viennent d'arriver en France*

*BT : d'accord*

*AM : vous avez compris...*

*BT : je comprends*

*AM : Vous parlez bien français*

*BT : Oui*

*AM : Alors je voudrais savoir un petit peu hier quand vous êtes venue à la consultation, qu'est-ce que vous attendiez du médecin*

*BT : Moi j'attendais qu'il fait d'abord une visite générale pour savoir de quoi je souffrais en fait mais... heureusement je suis venue tout est bien passé il m'a prescrit des médicaments puis je les ai pris, je suis rentrée à la maison Je les ai pris hier nuit c'est ça, c'est ça*

*AM : D'accord et vous pensiez quoi avant la consultation, comment vous vous sentiez ?*

*BT : En fait c'est que quand je viens le matin je me sentais un peu bien c'est que quand je suis à la maison je me sens pas bien mais dès que je sors, je fais un petit peu des courses là je me rétablis un peu, je me sens un peu plus fort.*

*AM : D'accord, vous venez de quel pays ?*

*BT : De la Guinée*

*AM : D'accord, et vous êtes arrivée en France... ?*

*BT : Le 14*

*AM : Le 14 octobre*

*BT : octobre ouais,*

*AM : Et vous logez où ?*

*BT : Moi personnellement, personnellement j'ai pas de logement mais je suis avec des amis des fois et encore une femme. Celle qui est partie me prendre à l'aéroport, je me suis... que je me suis croisée du moins avec une dame à l'aéroport*

*Celle-ci Quand je lui ai expliqué mon cas, qu'est ce qui m'a envoyé en France ici, Les problèmes que j'ai affrontés en Guinée avant de venir ici quand je lui ai expliqué euh...elle m'a compris mais je n'avais rien sur moi, l'extrait de naissance.*

*Aucun papier sur moi, donc je lui ai présenté l'extrait de naissance là elle m'a compris, elle m'a pris dans sa voiture et puis je suis venue avec elle mais seulement deux jours, deux jours elle m'a hébergée chez elle. Le reste je suis partie.*

*Elle m'a dit comme je viens d'arriver elle peut pas m'héberger, elle connaît pas comment je suis, j'ai pas les papiers, j'ai dit ok, maintenant elle a commencé à m'indiquer puis je suis sortie de chez elle. Quand je suis venue La Croix Rouge, euh... je suis venue à la Croix Rouge j'ai expliqué mon cas encore. Quand je sors ils m'ont donné adresse, je suis sortie je me suis croisée avec un homme aussi, un gars. en fait, comme j'étais toujours inquiète je ne sais pas où dormir, ou passer la nuit je l'ai expliqué aussi il m'a pris lui aussi il a essayé, Il m'a gardé un seul jour chez lui donc le cinquième jour j'ai dormi ailleurs, j'ai dormi dehors, du moins...j'ai passé la nuit dehors. C'est entre temps je me suis vue maintenant en marchant parce que j'étais toute seule en marchant maintenant je me suis vue avec des amis...*

*On reste seulement la journée et la nuit on se sépare.*

*Entre temps je me suis vue toujours avec l'adresse du gars avec celui je me suis croisé à la Croix Rouge je n'avais pas son adresse, son numéro de téléphone non plus je suis*

restée, restée... ensuite j'ai passé la nuit ce jour là dehors. Le matin j'ai cherché à voir l'homme mais je ne l'ai pas retrouvé.

Ensuite je suis venue à la Croix Rouge ils m'ont dit de rester, ils vont me trouver un hébergement mais tout compte fait j'ai pas...

Je pense que c'est... c'est à travers... au fait C'est juste que j'ai passé la nuit et je n'ai pas pu bien dormir je pense que c'est ce qui m'a, c'est ce qui m'a traumatisé, ce qui me rend un peu plus faible, c'est ça.

AM : *C'est d'avoir dormi dehors.*

BT : ouais parce que quand on n'est pas bien, et puis avec le froid c'est à la Croix Rouge qui m'ont donné les vêtements j'étais venue moi je pensais pas... j'étais venue comme j'ai quitté la Guinée j'avais beaucoup de problèmes donc j'ai pas pu prendre tous les habits ceux là bas j'ai pris seulement un seul complet, c'est ce que j'ai porté et puis j'ai pris un passeport d'emprunt je suis venue. Je me suis pas préparée avant de venir c'est à la Croix Rouge qu'ils m'ont donné ces vêtements et puis là je n'ai que ces vêtements c'est ça.

AM: *Et vous étiez venue voir le médecin pourquoi ?*

BT : Pour voir en général ma santé

AM : *D'accord il n'y avait pas une chose précise ?*

BT : Précise ?

AM : *Il n'y avait pas un problème en particulier*

BT : Non, non, non. Si, je ressentais quelque chose parce que en Guinée j'ai quitté là-bas un peu, j'ai quitté là-bas un peu malade parce que je ressentais des douleurs. C'est que en Guinée j'étais obligée on m'avait obligé de me marier avec un homme c'est pourquoi...hum...

Maintenant je ne voulais pas hum hum (a les larmes aux yeux) je ne voulais, je ne voulais pas du tout parce que j'étais en terminale je ne voulais pas, et le baccalauréat En pleine année scolaire ils sont venus m'obliger, mon père... Avec un cousin, il n'était plus jeune il était adulte maintenant il était dans la cinquantaine. Il m'a obligé, franchement moi je ne voulais, parce que j'avais l'ambition de nourrir, j'avais l'ambition de nourrir mon espoir, mon ambition de finir les études mais j'ai pas pu. Comme il a vu que j'étais...je ne voulais pas me marier il m'a obligé. Seule ma mère était contre, toute la famille était pour à ce que je me marie avec cet homme. Mais ma réponse fus catégoriquement un refus hein. Par ce que j'ai resté 2 à 3 jours sans lui répondre, maintenant cette fois-ci ils ont décidé de faire par la force.

Un jour ma tante... ma tante est venue me trouver dans la chambre.

(Pleurs)

Soit disant qu'elle était mandatée à venir me chercher pour m'emmener chez le gars, j'ai pas voulu, et après l'intervention de mon père il est venu menacer de menaces, je dois y aller, j'étais obligée de suivre les ordres. Je suis partie, ils m'ont envoyée chez l'homme. Je suis restée.

Le premier jour... le premier jour, il devait trouver si j'étais vierge ou pas et pourtant j'étais vierge mais il me fatiguait tout le temps à chaque mois il me traumatisait, Il me violait n'importe comment il ne demandait même pas mon avis de consentement je suis restée franchement il m'a torturée il m'insultait, Il me disait que comme j'ai dit à tout le monde que je ne veux pas de lui, je ne l'aimais pas il va

me traiter comme une femme qui n'aime pas son mari.

AM : *Et vous avez réussi à vous enfuir.*

BT : un jour aussi j'étais en train de prendre le repas le midi.

Chez L'homme là

Je mange, il me disait de ...

Lui il était au jardin il me disait, il m'appelait de venir effectuer quelques travaux je lui ai répondu j'étais en train de manger il me dit, il m'a répondu, d'un seul coup il est venu du jardin il est venu mais je voulais que quand il m'appelle je dois venir.

Mais j'ai dit j'étais en train de manger, il m'a obligée, j'ai laissé le repas et puis il a commencé à me frapper, à m'insulter à dire même qu'il allait me tuer ! Parce que je ne l'aimais pas. Mais à chaque fois que je voyais mon père je lui expliquais la souffrance que je subissais mais il me comprenait pas il me disait que si il donne du mariage à sa fille une fois, c'est fini.

Donc je souffrais franchement. Et l'été puis pour rajouter à tous ces malheurs, par la recommandation de son marabout on lui a donné des médicaments traditionnels que quand je prenais ses médicaments traditionnels que cela pourrais me permettre de donner naissance à un garçon.

Tout ça c'était dans le but de... d'avoir un enfant avec des produits traditionnels avec des odeurs nauséabondes quand je refusais des fois de le prendre il me frappait des fois toute la nuit, Il me torturait.

Un jour comme j'en avais marre maintenant je lui ai dit ...je lui ai dit que si il tentait maintenant de me frapper ou de me violer n'importe comment je n'hésiterais pas de porter plainte contre lui maintenant c'est là qu'il est venu encore cette nuit me frapper, me frapper, m'insulter, même à insulter ma mère que c'est elle que comme elle, elle était contre...Que c'est elle on s'est rendu complice pour ne pas accepter il a commencé à me frapper, à me griffer maintenant...

Comme je me sentais mal maintenant j'ai poussé des cris, les voisins sont venus pour s'interposer entre nous et puis là j'ai profité de la foule j'ai pris moi aussi la fuite je suis partie, je suis partie chez une copine de ma mère, Mme S je suis partie chez elle à A.

(souffle)

AM : *Et c'est là où après vous avez réussi à...*

BT : oui je suis partie chez elle j'ai expliqué mon cas elle m'a retrouvé les habits déchirés, elle m'a ouvert la porte, de rester calme, je suis rentrée elle m'a dit de rester calme, de ne plus pleurer et de rester. Je suis restée jusqu'au matin. Mais là je ne pouvais... j'avais peur que ma famille sache que je suis chez elle, j'avais peur. Maintenant elle est allée informer ma mère secrètement elles ont entrepris toutes les deux des démarches.

(reniflements, pleurs...)

AM : *vous voulez un mouchoir ?*

Interruption par l'infirmière et le médecin

BT : Maintenant une fois chez la copine de ma mère elles ont entrepris toutes les deux, toutes les deux les démarches pour que je quitte le pays.

AM : *Donc c'est votre mère et son amie qui vous ont aidée ?*

BT : Ouais, elles ont fait des démarches toutes les deux

secrètement pour ne pas que mon père le sache et puis elles m'ont trouvé un passeport d'emprunt.

AM : oui

BT : Je suis quittée en Guinée le 13 avec ce même passeport et un extrait de naissance, ça je l'ai ici je suis quittée le 13 dixième mois 2010  
Je suis arrivée en France le 14 dixième mois 2010.

AM : Et il y avait quelqu'un pour vous accueillir en France ? ou non vous ne connaissiez personne.

BT : non je ne connaissais personne. C'est là-bas que je me suis croisée avec un gars.

AM : A l'aéroport ?

BT : ouais, parce que quand je me vois avec quelqu'un pour avoir des idées ou avoir du secours je lui ai expliqué mon cas quand je l'ai expliqué. Comme celui si je lui ai expliqué mon cas il m'a compris et nous sommes restées à Paris le vendredi toute la journée.

AM : d'accord

BT : et puis celui-ci aussi m'a abandonné ce jour maintenant je me suis vue avec la dame. Celle-ci m'a pris maintenant.

AM : et c'est elle qui vous a emmenée à Lille ?

BT : ouais mais deux jours, je n'connais plus où elle est maintenant.

Mais c'est ça, c'est à cause de ça aussi parce que je ressentais des douleurs... des violents que je subissais en Afrique c'est ce qui m'a poussée en plus de venir parce que jusqu'à présent je ressens les douleurs ici j'ai mal. Ensuite j'ai passé la journée, les jours des jours et des jours dehors. Ça aussi j'avais un petit souci de savoir l'état de ma santé.

AM : Donc vous étiez inquiète par rapport à votre santé ?

BT : Ouais

AM : D'accord. Et comment vous avez connu ici ?

BT : C'est la dame qui m'a expliqué.

AM : C'est la dame qui vous a parlé d'ici ?

BT : Ouais

AM : D'accord. Et vous avez commencé à faire des démarches ?

BT : ouais

AM : Hier vous avez vu l'assistante sociale c'est ça ? là c'est le dossier qu'il avait fait.

BT : ouais

AM : Donc vous avez fait une demande d'asile

BT : Ouais j'ai même envoyé mon histoire.

AM : D'accord. Donc ça les démarches c'est déjà fait, c'est déjà commencé.

BT : oui

AM : Et le médecin que vous avez vu hier, est-ce que vous lui avez un peu parlé de tout ça ?

BT : Non je lui ai pas parlé de mon histoire.

AM : Vous auriez aimé qu'il vous pose des questions sur votre histoire ou vous aviez pas envie de lui en parler ?

BT : (silence) si

AM : Vous auriez aimé qu'il vous pose plus de question par rapport à ça ?

BT : oui

AM : oui, d'accord. Et finalement après la consultation avec le médecin comment vous vous sentiez ?

BT : là je me sentais un peu bien c'est quand j'ai pris les médicaments que il m'a donné hier j'ai commencé à me reconforter un peu.

AM : D'accord, à cause des médicaments ou à cause de la consultation ?

BT : Non c'est la consultation, non, c'est après les médicaments

AM : d'accord c'est surtout avec les médicaments qui vous ont fait du bien

BT : hum.

AM : Et la consultation elle s'est passée comment ?

BT : Elle s'est passée très bien

AM : Si vous pouviez me la décrire un petit peu.

BT : il a commencé d'abord à visiter, d'abord la température,

AM : oui

BT : Ensuite au niveau du ventre comme je lui ai dit que j'avais mal aussi au ventre il essayé de pousser un peu avec sa main mais il arrivait des fois à toucher les parties qui me faisaient mal je lui ai dit que ça me faisait un peu mal. Ensuite je lui ai dit que quand je vais aux toilettes pour uriner des fois ça me brûle je l'ai expliqué ça aussi, c'est là qu'il m'a dit de faire un test  
J'ai fait le test maintenant il m'a prescrit les médicaments.

AM : D'accord, et le fait que le médecin il ne soit pas du même pays que vous, qu'il ne soit pas de la même culture est-ce que ça vous a embêté ?

BT : Non, non on s'est bien compris.

AM : D'accord vous avez bien compris ce qu'il vous a dit

BT : Oui

AM : Et vous aviez l'impression qu'il a bien compris ce que vous vouliez ?

BT : oui

AM : Oui ? D'accord. Et le fait que ce soit un homme ou une femme pour vous ce n'est pas important ?

BT : Non

AM : D'accord, et au niveau de la langue pour vous il y avait pas eu de soucis ? Vous avez...

BT : Non il avait regardé mais il m'a dit qu'il n'y avait pas de problème

AM : mais pour parler il n'y avait pas de problème vous

arriviez bien à parler français et il a bien compris tout ce que vous vouliez ?  
BT : oui. Oui, oui

AM : D'accord. Et avant au pays vous n'aviez pas de maladie particulière ?  
BT : non

AM : Et finalement après la consultation vous avez eu des médicaments, est-ce qu'il vous a donné autre chose ?  
BT : Non

AM : Des rendez-vous ?  
BT : oui il m'a donné des rendez-vous pour... Il m'a donné une feuille, oh... là où était localisé. Il m'avait dit je l'ai demandé il m'a dit que là c'est quand je veux aller pour faire  
Le test de dépistage de VIH mais là je lui ai dit ça m'importe peu parce que je ne suis pas atteinte mais il m'a dit s'est pour en cas j'ai dit d'accord. Encore il m'a donné rendez-vous de venir le mardi 9.

AM : oui  
BT : euh novembre, octobre...

AM : Oui, novembre  
BT : Le 9 novembre un mardi de venir voir la gynécologue parce que j'ai des douleurs Il m'a dit de venir le mardi pour que la dame me consulte. Ça aussi j'ai des papiers si je dois venir le mardi.

AM : d'accord, et ça c'est une demande que vous lui avez faite ou c'est lui qui l'a proposé en plus ?  
BT : C'est quand je l'ai expliqué maintenant il m'a proposé

AM : D'accord, est-ce que vous pensez qu'on puisse améliorer la consultation ici ? Comment on pourrait améliorer à votre avis ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire de plus pour que ce soit mieux ?  
BT : Quand je viens j'explique ma souffrance et puis vous me prescrivez des médicaments J'espère que quand je vais les prendre ça va aller.

AM : Est-ce que vous pensez qu'il y a une différence entre voir un médecin ici et voir un médecin en ville ailleurs ?  
BT : non

AM : Pour vous c'est pareil  
BT : oui, parce que c'est la première fois de venir dans un hôpital consulter toute la France donc...

AM : D'accord, vous n'êtes jamais allée ailleurs.  
BT : non

AM : Si vous deviez me dire la chose qui vous préoccupe le plus en ce moment c'est quoi ?  
BT : D'abord c'est le... C'est d'abord les papiers

AM : oui  
BT : parce que je veux être... je veux vivre librement comme une femme ...libre, je veux vivre. Et je sais qu'en cas de retour au pays je serais battue à mort donc je veux d'abord les papiers.  
Ensuite...si j'arrive de logement ou d'aide ensuite d'aide et d'hébergement,

AM : Oui  
BT : c'est ça, c'est ça.

AM : D'accord, la santé ce n'est pas en premier, c'est d'abord les papiers, l'hébergement et puis la santé ça vient après.  
BT : Non d'abord la santé. La santé ensuite les papiers ensuite l'hébergement et les aides.

AM : D'accord, et vous étiez inquiète par rapport à votre santé avant de venir ici ?  
BT : Oui parce que j'ai subi beaucoup de viols donc j'étais un peu inquiète à savoir si j'ai pas de problème au niveau du ventre parce que je me sentais mal donc si ça ne pouvait pas me créer d'autres problèmes gynécologiques.

AM : Oui  
BT : C'est pour ça je suis venue.

AM : D'accord, est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur la consultation avec le médecin, sur comment ça s'est passé ici ?  
BT : Non

AM : Merci beaucoup, merci d'avoir répondu à mes questions.  
BT : merci

## ANNEXE 5 : codage

Colonne1	CODES	
		refus parler de son parcours, de son état psychologique
1	demandeur d'asile	33
2	veut passer en Angleterre	34
3	administratif (poids)	35
4	importance du statut du patient	36
5	Implication en politique pays d'origine.	37
6	violence dans pays d'origine	38
7	violence militaire du pays d'origine	
8	emprisonnement dans pays d'origine	39
9	barrière de la langue	40
10	pauvreté du pays d'origine	41
11	Difficultés dans pays d'origine	42
12	Souffrance, douleurs	43
13	attend un examen général	44
14	si ici n'existe pas ne consulte pas	45
	Difficultés de compréhension des	46
15	consignes du médecin	47
16	arrive à communiquer avec le médecin	48
	pas d'importance que le médecin soit	49
17	d'une origine différente du patient	50
18	Inquiétude pour leur santé	51
19	rassuré après la consultation	52
20	satisfait de la consultation	53
21	insomnies	54
22	problème somatique aigu	55
23	content de l'accueil	56
24	prise en charge sans attente	57
25	problèmes financiers	
26	attente médicale, attend soins	58
27	a peur de donner son identité	
28	a connu la PASS par bouche à oreille	59
29	a connu MSL par association ou foyer	60
30	consulte après avoir attendu que ça passe	61
31	attente PEC médicamenteuse	62
32	reconnaissance du statut du médecin	63
		64
		ne parle pas de sa situation car dit situation reconnue ici
		c'est conditions de vie qui entraînent problème de santé
		Problème de changement de climat
		menacé dans pays d'origine
		soulagé après la consultation
		sensation d'insécurité au pays d'origine
		problèmes de communication médecin- patient

	peut se débrouiller pour contourner le	102	attend réponse à sa demande et c'est tout.
65	problème	103	si pas de traducteur ne serait pas venue
66	questions-réponses avec le médecin	104	reconnaissant envers les médecins
67	médecins font leur mieux pour satisfaire patient	105	a maladie particulière
68	PEC médicale moins bien qu' en ville	106	a eu PEC consultation spé
69	trouve le traitement inadapté à sa pathologie	107	a eu conseils, prévention par médecin
70	manque de médecins dans la structure		impression que le médecin a bien pris
71	si ici existe pas, trouvera un autre moyen	108	du temps pour le patient
72	veut se débarrasser de sa maladie	109	le médecin a été plus loin que la plainte initiale
73	n'a pas de situation stable	110	est en France pour soins
74	la santé qui n'est pas une priorité	111	trouve les soins très chers
75	viols dans pays d'origine		voit la médecine de ville comme une
76	tortures, traumatismes	112	médecine commerciale
77	souffrance dans pays d'origine		pense que le médecin de ville fait plus
78	mariage forcé	113	d'examens para clinique
79	médicaments traditionnels dans pays d'origine		si superficiel se débrouille pour traduction, si plus
80	douleurs post traumatiques	114	difficile, difficulté pour expliquer
81	se sent abandonné	115	n'ose pas dire si ne comprend pas
82	ne connaît personne en France	116	n'a rien à cacher au médecin
83	importance des études dans le pays d'origine	117	attend une écoute
84	à la rue	118	importance de la prise en charge psychologique
85	va mieux quand sort	119	"les gens ici ils sont diminués"
86	n'a pas raconté son parcours	120	besoin d'être écouté pour redevenir quelqu'un
87	aurait voulu parler de son histoire	121	importance du travail France
88	douleurs abdominales	122	ne pense pas à signaler insomnies, angoisses...
89	brûlures mictionnelles	123	est mère avant tout
90	test urinaire	124	1ère consultation
91	Pas d' importance que le médecin soit un homme ou femme	125	difficultés à expliquer ce qu'elle veut
92	dépistage VIH proposé	126	adressé par une association
93	orientation consultation spé	127	a déjà fait plusieurs démarches
94	importance de la santé	128	si existe pas ici attend CMU
95	importance des papiers		le traducteur: "pour moi c'est difficile, c'est facile
96	veut vivre	129	pour elle de m'expliquer mais pour moi c'est impossible"
97	veut vivre comme une femme	130	résultat consultation: ex cl orienté
98	notion de liberté	131	si autre problème médical reviendra
99	vient pour ses enfants avant tout		traducteur: "je ne parle pas bien le français mais
100	1ère consultation attend réponse au Problème aigu puis reviendra et pourra parler du reste (moral...)	132	en tous cas mieux que Mme"
101	pour améliorer consultation: avoir traducteur	133	médecin là pour résoudre les problèmes
		134	proposition de voir un psychologue
		135	cauchemars
		136	besoin de penser à autre chose, d'oublier pendant quelques heures ses problèmes
		137	isolement dans sa souffrance du fait de la barrière de la langue

138	résultat consultation: PEC médicale	177	importance du secret médical
139	Problèmes d'alcool	178	sait qu'ici elle ne sera pas rejetée
140	proposition aide à l'arrêt d'alcool	179	si ici existe pas ne sait pas comment faire
141	a pu parler avec le médecin	180	importance du soutien, d'être entouré
142	a eu ex clinique général	181	importance du traitement
143	se sent un peu "dérangé" après la cs	182	"le médecin me parle correctement"
144	ne s'attendait pas à aborder certain sujets	183	« il y a des certains médecin ils te regardent ils vont entraver, ils vont... C'est à cause de ça que les gens mourir vite, c'est à cause de ça que les gens meurent vite parce que quand tu vois un médecin, quand tu te vois avec un médecin la façon dont il va te parler avant de rentrer chez toi tu as eu des problèmes quand tu rentres chez toi tu vas avoir des problèmes tu te penses à son parole. »
145	importance de la sécurité		
146	en France se sent plus en sécurité		
147	la santé c'est cher		
148	médecin attentif, écoute		
149	"ça m'a dérangé mais je crois que ça va m'aider		
150	rejeté du fait de sa maladie		
151	a peur de la maladie		
152	honte d'avoir été violée		
153	honte d'être malade		
154	réseau de compatriotes qui l'aide	184	(dans pays d'origine)
155	découverte VIH	185	le médecin ici fait attention au secret médical
156	peur d'avoir une maladie grave	186	secret médical pas respecté dans pays d'origine
157	a eu explication sur sa pathologie, réponses à ses questions	187	veut suivi avec un médecin et pas plusieurs
158	peur de ne pas pouvoir être traité	188	vient en entretien avec ses enfants
159	"les gens vont me guider"	189	difficulté d'interprétariat durant l'entretien
160	vit chez compatriote	190	n'était pas bien dans pays d'origine
161	"je vais guérir, les gens ici vont m'aider"	191	médecin pareil en Fr et Pays d'O
162	recherche du courage	192	médecin à MSL et en ville idem
163	peur de mourir	193	satisfait du médecin
164	peur de ne pas avoir d'enfant du fait de sa maladie	194	dit être très malade
165	pense beaucoup	195	RDV pour prise de sang
166	a encore des questions	196	le médecin explique doucement
167	veut que le médecin lui pose plus de questions	197	venue avec compatriote pour traduire
168	parle de ses peurs au médecin	198	vient pour scolariser ses enfants
169	parfois beaucoup de patients donc pas beaucoup de temps	199	viennent en consultation à plusieurs et pour tout le monde en même temps
170	a RDV pour poser questions au médecin	200	pense revenir après pour parler d'elle
171	sait qu'elle peut poser des questions au médecin	201	stress, épuisement
172	attend réponse à ses questions	202	inquiète pour ses enfants
173	le médecin lui redonne du courage	203	vit en caravane
174	après la consultation se sent bien	204	n'a pas encore fait démarches administratives
175	n'a pas pu avoir le tt spé à sa pathologie	205	difficultés avec les enfants
176	confiance dans le médecin	206	parfois n'a pas de quoi manger pour elle et ses enfants
		207	si pas MSL, va à l'Hôpital
		208	a connu MSL par compatriotes
		209	va mieux après la consultation
		210	après la consultation diminution des douleurs
		211	est logée par le 115

212	"Moi quand j'ai mal je lui explique on me donne des médicaments bon voilà."	246	"Moi' je n'ai jamais vu un psychologue de ma vie"
213	est enceinte		« un psychologue peut seulement te rassurer il peut seulement te faire sentir
214	moral difficile	247	bien mais le maladie ne part pas. »
215	ne sait pas où dormir	248	pensait ne pas être malade dans son pays
216	peur de faire une fausse couche	249	le médecin pose des questions précises
217	veut pouvoir se reposer	250	le médecin fait parler le patient
218	est fatiguée	251	"le médecin te rassure"
219	est préoccupée	252	médecin en France plus préoccupé par le patient
220	importance du logement		en France les consultations sont plus
221	le médecin lui a donné des conseils, une conduite à tenir	253	personnalisées
222	a pu expliquer sa demande, ses douleurs	254	ici aide à la prise de RDV spé
223	pas nécessaire que le médecin pose plus de question	255	le médecin n'a pas posé de question sur son parcours
224	a encore contact avec pers de sa famille		si question du médecin en rapport avec
225	a soutien familial	256	maladie pas de problème pour y répondre
226	Anémie	257	dans son pays faisait bilans de santé réguliers
227	va mieux après prise en charge	258	a déjà fait test VIH dans pays d'origine
228	Médecin différent en France et pays d'origine	259	pensait ne pas avoir de maladie grave
229	pas de problème avec la médecine française (et la pec) qui est différente par rapport à celle de son pays	260	ne connaissait pas sa maladie
230	pensait qu'elle allait accoucher en PMI	261	a parlé de son moral avec le médecin
231	ne sait pas comment la PEC va se passer		temps d'attente avant la consultation
232	à l'hôpital n'a pas eu d'explication	262	trop long
233	ne pose pas de question	263	pense que la réponse du médecin est inadaptée à sa pathologie
234	n'ose pas poser de question au médecin	264	le psy ne va pas soigner sa pathologie
235	"des fois Il me demande comment tu te sens, tu as mal, ça comment ça fait... c'est tout."	265	le médecin a donné info, sites internet sur sa pathologie
236	"les médecins ils sont gentils"	266	ne cache rien au médecin sur sa pathologie
237	est rassurée par le médecin	267	aimerais que PEC spé soit plus rapide
238	"oui ça me rassure dès qu'il me demande tu as trouvé un coin pour dormir. Il sait que au moins il pense à ma situation..."	268	importance de la PEC spé
239	attend un diagnostic	269	« comment est ce que je peux annoncer une nouvelle à mes proches, ma famille qui est au Cameroun que...que je souffre d'une maladie qui peut être terminale...c'est ça qui me préoccupe beaucoup »
240	attend une pec pour sa pathologie	270	veut qu'on lui explique la situation
241	découverte Hep B	271	veut gérer sa maladie seul
242	a fait recherche sur sa pathologie	272	pense que ce n'est pas le travail du médecin d'annoncer à la famille
243	est angoissé par sa pathologie	273	veut protéger les autres de sa maladie
244	le médecin essaye de rassurer le patient	274	pense devoir s'isoler du fait de sa maladie
245	veut RDV et PEC spé mais doit attendre l'ouverture des droits	275	trouve que PEC médecin est personnalisée
		276	"les médecins ils font tout pour que tu t'en sorte"
		277	mieux si rendez vous au lieu de consultation libre
		278	pense que si beaucoup de patients le médecin va

	devoir se dépêcher		le médecin va créer un climat de
	le médecin essaye d'aider le patient à se	311	confiance
279	confier	312	le médecin a bien expliqué
280	"je suis venue pour le soulagement"	313	se demande comment va payer l'hôpital
281	"je savais pas où aller"		se pose beaucoup de questions qui la
282	"je m'attendais à une orientation"	314	stressent à l'hôpital
283	a connu MSL par le DU santé précarité		se demandait si médecin au courant de
	avant la consultation: "j'étais pas du	315	l'hospitalisation
284	tout frustrée"		La patiente attendait que l'hôpital prévienne le médecin
285	IDE avec MSF	316	généraliste et la rassure
286	impression positive avant de consulter	317	"Si je suis pas en bonne santé je peux rien faire"
287	la consultation s'est bien passée		"si il y a une chose grave qui arrive
288	a consultation car hyperthermie	318	qu'est ce que je vais faire "
289	a pu discuter de sa pathologie		sérologie VIH faite sans consentement
290	prescription ex complémentaires	319	à l'hôpital
291	réalisation de prélèvements	320	sujet VIH sensible
292	myalgies		surprise que médecin hospitalier ne
293	anorexie	321	prépare pas le patient avant de parler
294	sueurs nocturnes		de VIH
295	le médecin rassure sur la PEC financière		attend que le médecin prépare le patient
	"Je me disais si j'ai pas la carte je	322	si parle de VIH, attend qu'il prenne le
296	devrais pas avoir accès aux soins"	323	temps d'expliquer
297	reconnaissante envers la structure de soin	324	à MSL a eu le choix sur dépistage
	système de soin différent que dans pays	325	pense que le patient doit s'adapter
298	d'origine	326	avant la consultation n'était pas stressée
	rôle du médecin: trouver une solution	327	attend que le médecin lui donne les
299	ensemble	328	choses dont elle a besoin
	rôle du médecin: rassurer les patients sur	329	loge à l'hôtel par une association
300	tous les plans, que ça soit les plans sociaux,	330	a parlé de son quotidien, de sa vie avec
	psychologiques et maladie.	331	le médecin
301	le médecin a posé questions sur	332	ne veut pas que son médecin soit un
	symptômes	333	homme
302	la patiente a expliqué ses symptômes	334	orientation PMI pour les enfants
303	si pas MSL va attendre de voir	335	si a carte vitale, ira consulter en ville
	l'évolution	336	pas de différence entre médecin à MSL
304	a fait un "petit palu" en Afrique	337	et en ville
	les questions du médecin doivent être	338	"si il n'était pas malade il ne viendrait
305	orientées	339	pas voir le docteur."
306	le médecin est le dernier recours		il vient parce qu'il est malade
	"je sais au moins qu'il y a quelqu'un qui	335	problème cutané
307	va m'écouter et qui va me consulter et	336	réponse médicale hospitalière non
	me rassurer"	337	adaptée aux conditions de vie du patient
308	veut pouvoir discuter avec le médecin	338	savait qu'il pouvait voir de "bons
	veut pouvoir échanger son avis avec	339	médecins" dans la structure
309	le médecin		n'est pas sûr d'avoir bien compris la
	« Le médecin n'est pas là que pour	338	prescription hospitalière
310	prescrire médicaments »	339	problème si doit se déshabiller et que le
			médecin est une femme

340	vient pour discuter/échanger avec les personnes de la structure		posé des questions sur son parcours ou autre
341	" je veux juste vivre en paix et en sécurité"	345	"je n'ai rien ici"
342	"tu dois te battre pour réussir"	346	isolement dans sa souffrance du fait de la barrière de la langue
343	difficulté d'interprétariat du fait de l'émotion de l'interprète face aux paroles du patient	347	a amis à paris mais en difficulté aussi
		348	essaye de se débrouiller seul , ne demande pas d'aide
344	aurait répondu sans problème si le médecin avait		

**AUTEUR : MATHIEU**

*Alice*

**Date de Soutenance : 14 septembre 2011**

**Titre : Prise en charge des migrants en médecine générale**

**Thèse, Médecine, Lille, 2011**

**Cadre de classement : Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine Générale**

**Mots-clés : Migrants; Médecin généraliste; soins primaires; AME/CMU**

**Résumé :**

**Contexte :** Cette problématique décrite dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes par la situation n°16 : « Patient migrant accompagné s'exprimant mal en Français » est méconnue des médecins généralistes. Pourtant les migrants lorsqu'ils obtiennent l'AME ou la CMU se retrouvent à consulter un médecin généraliste de ville.

C'est de plus un sujet d'actualité controversé car la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 change les conditions d'accès aux soins des étrangers.

**Objectif :** L'objectif de l'étude est de décrire les attentes des migrants quand ils consultent un médecin généraliste

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés de 17 migrants consultant dans des centres de soins gratuits. Les patients interrogés ont exprimés leurs attentes, leurs sentiments vis-à-vis de la consultation qu'ils venaient d'avoir.

**Résultats :** La saturation des données a été atteinte. Les attentes des migrants ont été décrites comme des attentes simples : une écoute, du respect, un besoin d'être rassuré, une prise en charge médicale générale, un besoin de se poser quelques minutes, de pouvoir s'exprimer. Mais l'abord du migrant par le médecin généraliste n'est pas pour autant facile. Il faut gérer les traumatismes du patient, sa souffrance. Il y a également le problème de l'interprétariat qui est un frein important à la communication médecin-patient.

Un guide de consultation a été rédigé pour aider le médecin généraliste lors des consultations avec un patient migrant.

**Conclusion :** Ce type de patient n'a finalement pas des attentes plus compliquées que nos patients habituels mais différentes. Il faut donc connaître ces attentes et la prise en charge de base nécessaire à la consultation. Nous devons prendre en compte les différences culturelles, les préjugés des patients sur notre système de soins et nos préjugés qui vont forcément interférer avec la consultation.

**Président de jury : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Yazdan YAZDANPANAHI**

**Monsieur le Docteur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Jean Sébastien CADWALLADER**

**Madame le Docteur Isabelle ALCARAZ**

**Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE(directeur de thèse)**

**Adresse de l'auteur: 17 rue Henri Dunant 59000 Lille**

**courriel : [maalice.1@gmail.com](mailto:maalice.1@gmail.com)**