



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'ETAT
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

**Suivi par l'IPA de la population maghrébine immigrée
atteinte d'affections chroniques, partageant son temps
entre la France et le Maghreb : intérêt d'une
permanence des soins par téléconsultation pendant les
périodes de vacances au Maghreb**

SPECIALITE :

PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 16 heures

Au Pôle Formation
par **Coralie BOUDERSA-SUING**

MEMBRES DU JURY

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président : Monsieur le Professeur
François PUISIEUX**

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

« L'expérience est une bonne école »
(Heinrich Heine)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes remerciements les plus profonds envers mon mari, **Antoine**, qui m'a soutenue sans relâche au cours de ces huit dernières années. Tu as été à mes côtés, m'accompagnant et m'aidant à construire ce projet. Ton amour et ton soutien quotidien sont une source inestimable pour moi. Je te remercie de tout cœur d'être là, d'avoir travaillé si intensément, sans compter les heures, afin de me permettre de suivre cette formation et de progresser dans ma carrière.

Je souhaite adresser mes remerciements à ma famille, qui a toujours été présente depuis mes débuts professionnels, malgré mes absences lors de nombreuses occasions. Merci d'avoir toujours cru en mes capacités et en mes choix.

À tous mes amis, je suis reconnaissante de leur présence et de leur soutien constant tout au long de ma vie. De mes collègues aux camarades d'IFSI, des cliniques et du libéral, ainsi que des nouveaux amis que j'ai rencontré grâce à mon mari Antoine, notre vie est remplie de moments partagés, de rires, de soirées et de vacances ensemble. Je compte bien me rattraper pour mes absences au cours de ces deux dernières années. Un grand merci à Najma, Nisrine, Caroline, Chloé, Mathilde, Mathou, Orlane, Jessica, Xiaoting, Christina, Marie, Océane, Cécile, Juliette, Marc, Thibault, Rudy, Maxime durant cette période.

Je tiens également à remercier mes beaux-parents pour leur aide précieuse, et notamment pour leurs conseils pour le dossier d'admission de ce cursus.

À toute l'équipe du cabinet de cardiologie Magellan à Henin Beaumont, qui m'a épaulé dans la réalisation de ce projet et qui m'a fait vivre un stage inoubliable. Je vous remercie tous pour votre bienveillance du quotidien.

À tous mes anciens collègues qui m'ont tant appris et qui m'ont permis d'évoluer jusqu'ici, et notamment grâce à ma remplaçante Mélody que je tiens à remercier pour sa flexibilité de toute épreuve s'adaptant à mes cours et mes stages.

À toute cette promotion de futurs IPA, pour tous les partages de révisions, l'entraide, les rires et les pleurs que nous avons partagés ensemble. Ce fut une belle rencontre, remplie de partage, d'émotions et de rires.

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon évolution professionnelle, parfois simplement par une parole bienveillante.

Et enfin, à ma Riri, big, et à mes étoiles.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude au **Professeur BERKHOUT** d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire. Je le remercie pour ses conseils avisés, sa disponibilité et son soutien indéfectible dans ce projet, ainsi que pour ses encouragements précieux.

Je tiens également à remercier le président du jury, **Professeur PUISIEUX**, pour sa participation et son engagement dans l'évaluation de mon travail.

Mes remerciements vont également auprès de **Monsieur QUINDROIT**, membre du jury, pour sa contribution à cette étape importante de ma formation.

Enfin, je suis extrêmement reconnaissant envers les patients qui ont accepté de participer à ce travail et rendre ce mémoire possible. Leur contribution précieuse a permis de mener à bien ce travail.

Je tiens également à remercier **Orlane VROMMAN** et **Mathilde DESCAMPS** pour la triangulation des données.

Sommaire

- Remerciements
- Sommaire
- Glossaire
- Introduction générale
- Introduction théorique
- Méthode
- Résultats
- Analyse /Discussion
- Conclusion
- Bibliographie
- Table des matières
- Annexes
- Abstract, Résumé, Mots clés

Glossaire

ACS	Assurance Complémentaire Santé
AME	Aide Médical d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PUMA	Protection Universelle d'Assurance Maladie
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
IPADE	Infirmière en Pratique Diplômé d'État
IPAL	Infirmière en Pratique Avancée Libérale
IRDES	Institut de Recherche et Documentation Économique de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoires
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgence

Introduction Générale

« En 2021, 7,0 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale. 2,5 millions d'immigrés, soit 36,0 % d'entre eux, ont acquis la nationalité française depuis leur arrivée en France. 47,7 % des immigrés vivant en France sont originaires d'Afrique, 33,1 % d'Europe, 13,6 % d'Asie. » (1)

L'inégalité sociale face aux soins de santé est un sujet préoccupant et complexe, qui touche particulièrement les personnes immigrées. En France comme dans de nombreux pays développés, les populations immigrées sont confrontées à des obstacles, des disparités dans l'accès aux soins, et leur niveau de santé est inférieur à celui de la population native. Les personnes issues des milieux favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé que celles issues des milieux défavorisés ; c'est ce qu'on appelle le gradient social. Cette situation soulève des questions essentielles liées à la justice sociale mais également à l'équité dans le droit à la santé. Des études ont été réalisées sur les inégalités de santé liées à l'immigration en France et elles soulignent bien l'existence de telles inégalités. Ceci s'explique notamment par une situation sociale difficile et précaire. Les facteurs de précarité, les pathologies chroniques, l'immigration et le coût de leurs soins médicaux sont des sujets récurrents de recherche. (2) A titre d'exemple : « 74 % des actifs immigrés occupent un emploi, soit 12 points de moins que les non-immigrés (86 %). » (3) Les inégalités sanitaires des personnes immigrées peuvent être expliquées par divers facteurs interdépendants. Tout d'abord, le statut socio-économique des immigrés, souvent précaire, a des répercussions significatives sur leur accès aux soins. Les difficultés financières, le chômage ou les emplois précaires limitent souvent leur capacité économique à avoir accès aux services de santé nécessaires. De plus, les barrières linguistiques et culturelles peuvent entraîner des difficultés de communication avec les professionnels de santé, des problèmes de compréhension, de suivi médical et de qualité des soins.

Les populations immigrées sont souvent confrontées à des conditions de vie plus difficiles, à des stress psychologiques et à des traumatismes liés à la migration depuis leurs pays d'origine. Ces facteurs peuvent entraîner des problèmes de santé mentale, des syndromes de stress post-traumatique et une détérioration générale de leur bien-être physique et mental. Les personnes immigrées arrivent en France avec des habitudes de vie et alimentaires qui peuvent être meilleures que celles que nous connaissons en France, comme par exemple le régime méditerranéen. Cependant, du fait de la précarité et de l'environnement de leur habitat, leurs habitudes de vie et leur état de santé peuvent se dégrader. Cela pourrait s'expliquer notamment par l'isolement, l'acculturation dans un environnement où prévalent le manque d'instruction, de

savoir et de culture générale, ainsi que l'influence du statut socio-économique et des conditions de vie. L'origine du pays des immigrants est également un facteur qui peut influencer l'état de santé, par exemple, 40 % des femmes provenant d'Afrique sub-saharienne ont subi une mutilation sexuelle. (32)

Face à ces défis, il est essentiel de mettre en place des solutions leviers mais cela nécessite des interventions. Ces interventions pourraient-elles être mises en place par ce nouveau métier d'infirmière en pratique avancée (IPA) ?

Introduction Théorique

Expérience Personnelle

En qualité d'infirmière libérale exerçant depuis sept ans au sein d'une zone urbaine défavorisée, j'ai pu constater au quotidien la réalité de l'inégalité sociale face à l'accès aux soins des personnes immigrées. Cette observation m'amène à considérer le rôle essentiel de l'IPA dans l'assistance à ces populations en soins primaires. Au cours de ma pratique professionnelle à Lille-Moulins, j'ai fréquemment constaté que bon nombre de mes patients retournent régulièrement dans leur pays d'origine, sans avoir pris au préalable les dispositions nécessaires pour leur voyage de retour. Les dates de retour sont souvent repoussées, reléguant ainsi la prise en charge de leur maladie au second plan. Certaines maladies chroniques sont des maladies silencieuses, comme le diabète ; j'ai remarqué que la maladie chronique n'est pas la préoccupation principale, d'autant plus au cours de leurs voyages. Ils aiment le sentiment de liberté que procurent les vacances, et ainsi leur fait oublier leur quotidien et leur maladie.

Leur retour de voyage s'effectue souvent dans la précipitation et l'urgence. A leur retour, ils ont épuisé depuis un certain temps leur stock de médicaments et ils sont donc contraints de consulter un médecin rapidement, chose difficile lorsque l'on connaît les problèmes de démographie médicale actuels. C'est pourquoi, certains patients restent plusieurs jours sans traitement, au pays ou après leur retour, le temps de revoir leur médecin traitant qui ne peut pas les recevoir immédiatement. Aussi, les visites de l'infirmière à domicile sont souvent oubliées ou volontairement annulées, notamment par un sentiment de honte de ne pas avoir su ou pu anticiper, de ne pas avoir le matériel adéquat (aiguilles à insuline, ordonnances, traitements, etc.) Certains patients m'expliquent préférer être dans le déni ou cacher leur manque d'adhésion thérapeutique. Parfois il peut également manquer des traitements plus urgents tels que l'insulinothérapie. J'ai pu rencontrer dans ma carrière des patients risquant un coma acido-cétosique après un retour de vacances par manque de stock d'insuline. Ces patients n'osent pas demander une délivrance thérapeutique d'avance auprès de leur pharmacien. Ils attendent donc un rendez-vous chez le médecin avant de contacter le moindre professionnel de santé, même paramédical. C'est parfois la famille qui me rappelle à la place du patient lui-même. Dans certains cas les plus extrêmes, lorsque le médecin est absent, en vacances ou surchargé, j'ai observé des patients restant jusqu'à dix jours sans traitement, n'osant pas me recontacter. C'est justement pour cette raison que j'ai adapté ma pratique professionnelle en ce sens. Ce travail de recherche pourrait être une manière d'officialiser et de trouver un meilleur moyen de suivi à distance en faveur des patients.

L'IPA joue également un rôle essentiel dans l'éducation et la promotion de la santé auprès des patients, des familles et sa place pourrait être majeure au sein des communautés précaires.

Dans ce contexte, j'ai ciblé mon étude sur l'évaluation des avantages potentiels et des limites de la téléconsultation de suivi lorsque ces patients se trouvent dans leur pays d'origine.

En effet, cette forme de consultation à distance, de plus en plus couramment utilisée suite à la pandémie de COVID-19, ne pourrait-elle pas constituer une solution permettant de prévenir la décompensation de certaines pathologies chroniques lors des voyages à l'étranger des population immigrées en France. Ne permettrait-elle pas de préparer les retours ?

La Téléconsultation

La télémédecine permet de réaliser des soins médicaux à distance. Cette pratique professionnelle est régie par la loi HPST et notamment le décret du 19 octobre 2010 qui a établi le cadre juridique. (4)

La téléconsultation présente à la fois des avantages et des inconvénients d'efficacité et d'efficience. Elle améliore l'accessibilité aux soins en permettant aux patients un accès à distance, ce qui est particulièrement bénéfique pour les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées, ainsi que pour les personnes à mobilité réduite ou ayant des difficultés à se déplacer.

La pandémie à COVID-19 a participé à un virage numérique. En effet cette méthode de consultation a plusieurs avantages tel que le gain de temps et de déplacement : le patient et le professionnel de santé n'ont pas besoin de se déplacer physiquement. De plus, cela réduit également les temps d'attente dans les salles d'attente et peut être intéressant dans les périodes d'épidémie virale, pour limiter leur transmission entre les individus. La télémédecine permet également une continuité des soins : la téléconsultation peut faciliter le suivi régulier des patients atteints d'affections chroniques, et c'est sur ce point que je souhaite appuyer ma recherche.

Concernant les points négatifs de la téléconsultation, nous pourrions évoquer les limites diagnostiques et l'impossibilité d'établir un examen physique complet. Le manque de contact physique peut également être un inconvénient : certains patients ont besoin d'une interaction physique sans la barrière de l'informatique. De même pour le soignant, il ne peut que difficilement apprécier l'état général du patient, remarquer les attitudes paraverbales et l'examen clinique est impossible. Une autre limite qu'il convient de souligner est l'accès aux nouvelles technologies, requis pour bénéficier de ce mode de consultation. La téléconsultation

nécessite une connexion Internet performante, ainsi qu'un équipement informatique adéquat. Cela pourrait être un obstacle pour la population ciblée, âgée et peu instruite. Il est important de noter que la téléconsultation ne remplace pas complètement les consultations médicales présentiels classiques ; il convient d'en limiter la fréquence et de bien cibler les motifs de consultation adaptés à ce mode de consultation. Il faut toujours se demander : Puis-je résoudre ce problème aujourd'hui avec la téléconsultation lorsque le patient nous expose sa problématique ?

La télémédecine permet à un professionnel de santé de consulter un patient à distance. Il en existe 5 types :

- **La téléexpertise**, qui permet au médecin de demander un avis d'expert auprès de ses confrères spécialistes en échangeant des informations sur le patient.
- **La téléconsultation** qui permet au praticien de réaliser une anamnèse et un examen clinique limité envers un patient en demande.
- **La télésurveillance médicale**, qui permet de recueillir à distance des données sur l'état de santé du patient à l'aide d'un dispositif connecté.
- **La téléassistance médicale**, qui permet à un professionnel de santé de réaliser un acte technique en étant aidé par un confrère.
- **La régulation médicale**, qui réalise un premier diagnostic avant de réorienter le patient vers une structure adaptée. C'est le centre 15 SAMU.

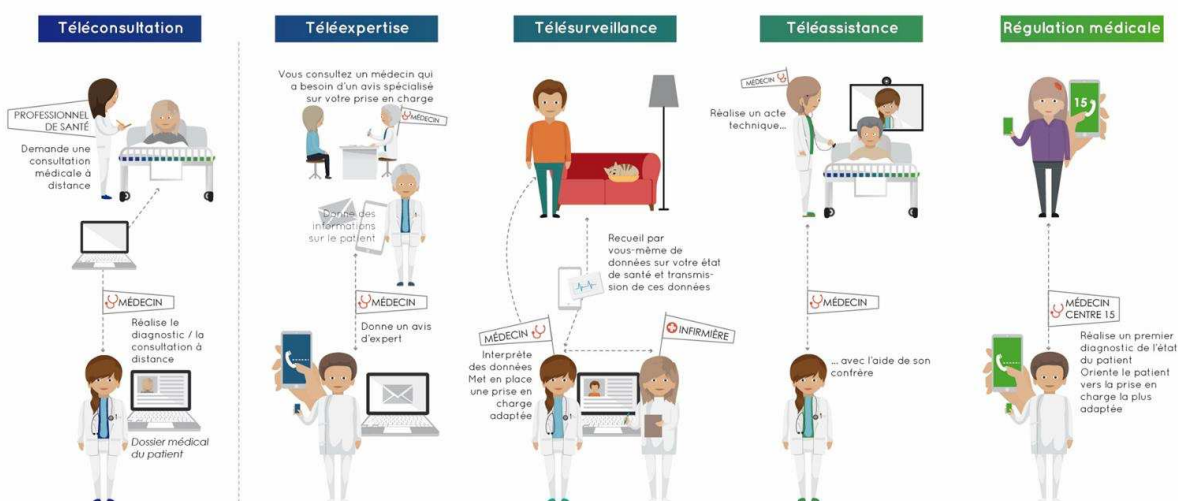


Figure 1 : [Le financement des actes de télémédecine, en pratique. L'Hermitte T. Journée Régionale de la télémédecine – CPAM pays de la Loire - 2019] (16)

L'infirmière en Pratique Avancée : Rôle et Décret

Le rôle des IPA est régi par le décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. (1) Ce décret encadre le rôle de l'infirmière en pratique avancée au sein du système de santé. Les IPA possèdent un niveau de formation et de compétence supérieur, équivalant à un grade master 2. Ce développement de profession permet de jouer un rôle élargi et plus indépendant dans la prestation des soins de santé proposés aux patients. L'objectif principal étant de prendre mieux en charge les patients dans leur globalité en travaillant en étroite collaboration avec le corps médical. (13)



Figure 2 : [Qu'est-ce qu'une IPA ? par Aude THOMAS. www.aidecancer68.fr]

Les IPA peuvent principalement réaliser les missions suivantes :

- Évaluations cliniques approfondies des patients, recueil des antécédents médicaux, réalisation des examens physiques, interprétation des résultats de tests diagnostiques, élaboration des plans personnalisés de soins, renouvellement et adaptation des prescriptions de thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuses.
- Suivi des pathologies chroniques stabilisées comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'asthme, en offrant un accompagnement continu, ajustement des traitements en fonction de l'évolution de la condition du patient et conseils d'appropriation de l'affection.
- Éducation du patient et de sa famille sur les problèmes de santé, les traitements et les pratiques d'autosoins. L'IPA donne les conseils pour améliorer le bien-être et prévenir

les complications. Elle établit une collaboration interprofessionnelle en travaillant étroitement avec d'autres professionnels de la santé, y compris les médecins, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les structures de soins et autres, afin d'assurer une approche intégrée des soins de santé.

Enfin, l'IPA peut jouer un rôle de recherche et de formation en contribuant au développement des connaissances dans son domaine de spécialisation. Elle peut également être impliquée dans la formation et la supervision des étudiants infirmiers et des autres professionnels de la santé.

Nous pouvons considérer que l'IPA est une professionnelle qui dispose de plusieurs options de spécialisation à sa disposition. Une IPA spécialisée en mention pathologie chronique et stabilisée est une infirmière qui, après deux années d'études supérieures, est habilitée à élargir son champ de compétence dans un domaine précis.

Dans ce domaine établi et choisi par l'IPA, il est possible de prendre en charge différents types de patients. J'ai opté pour la mention pathologie chronique et stabilisée, d'où ma recherche afin d'améliorer l'accompagnement des soins des patients atteints d'affections chroniques.

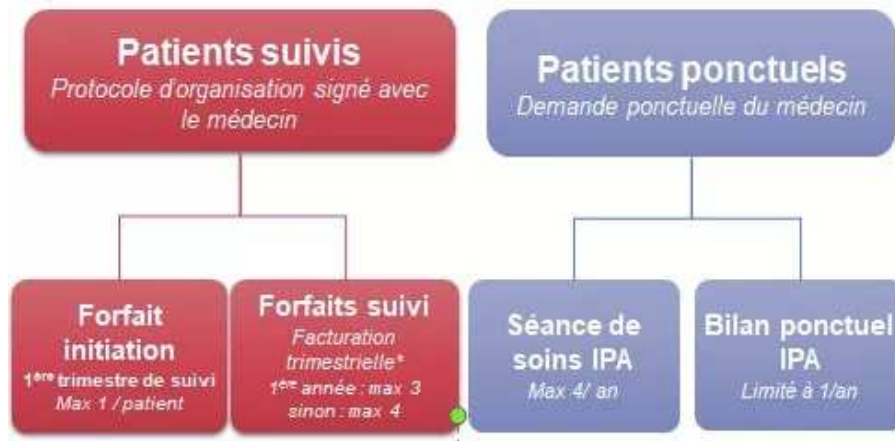
J'exerce dans une zone géographique précaire et mon objectif professionnel est de poursuivre dans cette voie. C'est une population que j'affectionne particulièrement. L'IPA peut jouer un rôle proche et complémentaire avec le médecin généraliste dans le cadre du suivi des pathologies.

IPA Libérale et le Suivi Trimestriel

« L'Assurance Maladie souhaite encourager le développement de ce nouveau métier pour améliorer le suivi de patients atteints de pathologies chroniques, optimiser le temps médical et renforcer l'accès aux soins des 5,6 millions de personnes potentiellement concernées. » (5)

L'IPA libérale (IPAL) est en mesure d'effectuer globalement quatre suivis annuels pris en charge par l'Assurance Maladie, toujours avec l'accord du patient et du médecin traitant, mais il existe quelques subtilités de consultation pour bilan ponctuel qui s'ajoutent à ces quatre consultations comme expliqué dans la figure 3. (5)

Figure 3 : [Schéma explicatif des filières d'orientation du patient vers l'IPA et les modalités de valorisation. www.ameli.fr]



L'exercice de l'IPAL est régi par l'avenant 7 et 9 de la convention nationale des infirmiers. (6) Celle-ci peut être amenée à réaliser ces consultations de suivi sous forme de téléconsultation lorsque cela est nécessaire après avoir réalisé le premier bilan de soins en présentiel. Par cette autorisation d'exercice libéral, l'IPAL constitue un levier important pour la prise en charge holiste des patients multi pathologiques en soins premiers. Par ailleurs, l'IPAL peut organiser ses bilans de consultation en explorant divers fonctionnements d'aide thérapeutique. L'IPAL peut orienter ses consultations en fonction de la demande du patient en réalisant, par exemple, des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans son domaine de compétence. Le but de l'exercice est ainsi, je l'espère, d'avoir un effet sur l'incidence et la prévalence de certaines pathologies chroniques et de leurs complications. Elle constitue alors une valeur ajoutée dans la prise en compte des déterminants de santé.

La santé communautaire : un enjeu

La santé est définie selon l'OMS comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (30)

Toujours selon l'OMS, la précarité est définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». (30)

La santé englobe plusieurs déterminants qui interagissent ensemble et ont ainsi une influence tant positive que négative sur la santé. Lorsque ces déterminants de santé conduisent à une situation délétère, nous les qualifierons de facteurs de risques. Des études démontrent que la précarité entraîne de multiples facteurs de risques liés aux comportements de santé (10).

Cependant, les facteurs de risques ne se limitent pas à un seul déterminant comme la précarité : leur origine est multifactorielle. La précarité se caractérise par une insécurité qui entrave l'atteinte de la satisfaction des besoins primordiaux, à l'instar de ceux énoncés par la hiérarchie des besoins de Maslow. En effet, lorsqu'il est question de santé communautaire, il est inévitable d'évoquer le concept de gradient social, qui met en lumière la disparité de santé entre les individus en fonction de leur rang social.

Le gradient social se réfère à l'observation selon laquelle une personne précaire jouit d'un état de santé inférieur à celui du patient situé au-dessus d'elle dans l'échelle sociale, et ainsi de suite. Ce concept définit le lien entre la santé et la situation socio-économique comme nous le montre la Figure 4 (8).

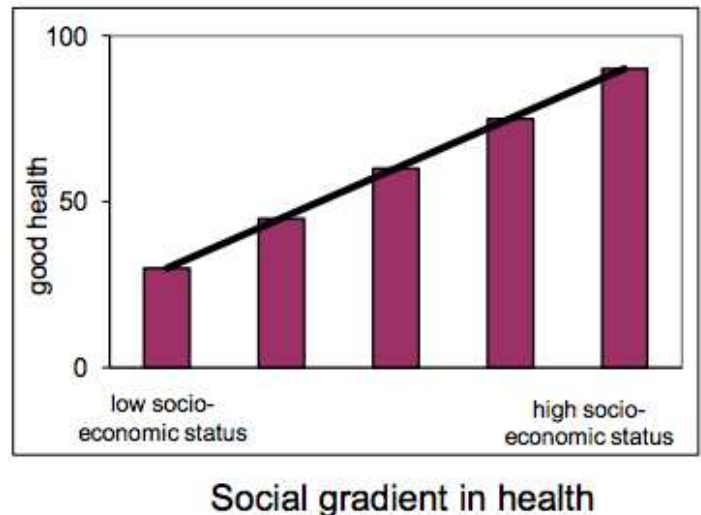
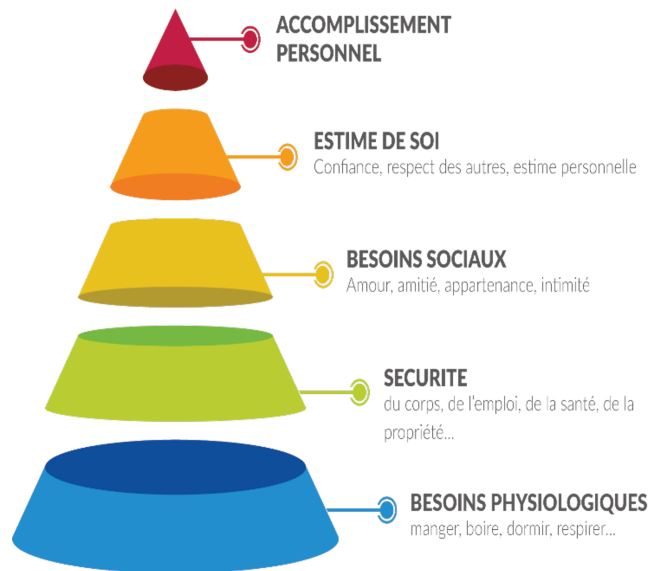


Figure 4 : [Condemned at birth : income inequality is destroying our children. Frank Grubra Mc Callister]

Il en résulte que la précarité n'est pas uniquement synonyme de pauvreté. La précarité n'est pas que financière. Elle englobe une pluralité de facteurs. La maladie fragilise la trajectoire de vie des patients, leur cheminement les amène à l'oubli de soi et de leur santé. Les besoins de la pyramide de MASLOW (Figure 5) nous montrent que le besoin de s'occuper de sa santé passe au second plan, après les besoins de s'alimenter, se vêtir, se loger. (18)

Figure 5 : [La pyramide de Maslow : quels sont nos besoins ? » www.sortlist.fr le 10 mars 2023]



Ces inégalités peuvent parfois être le reflet d'une mauvaise organisation du système de santé sur laquelle nous pouvons encore intervenir en réalisant l'empowerment.

La précarité éducative est le reflet d'un manque de savoirs et d'acquisition de compétences des patients, entraînant un manque d'autonomisation et d'accès soins. Cela définit selon Zenklusen *et al* la littératie en santé : « Les carences en littératie en santé touchent principalement certaines populations à risque en limitant l'accès aux soins, l'interaction avec les soignants et l'auto prise-en-charge. [...] On définit la littératie en santé comme étant « la mesure dans laquelle l'individu a la capacité d'obtenir, traiter et comprendre les informations de base en matière de santé et le fonctionnement des services nécessaires lui permettant de prendre une décision appropriée pour sa santé ». (25) Le soignant doit prendre en compte l'état de compréhension et les connaissances du soigné afin de pouvoir lui apporter les éléments nécessaires à son autonomisation.

La figure 6 explique le processus de la littératie :

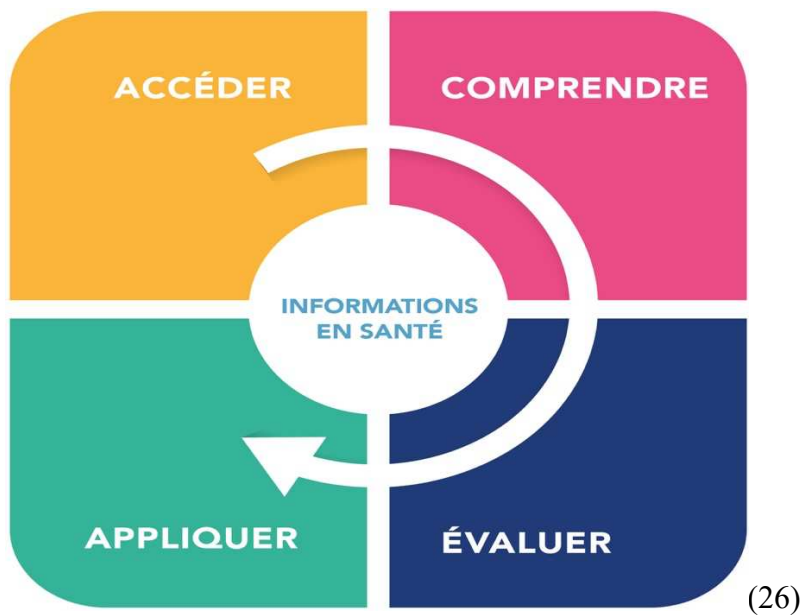


Figure 6 : [La littératie un enjeu majeur de la recherche scientifique. www.reflis.fr]

C'est par ce processus que l'IPA pourra œuvrer afin de réduire l'inégalité et le gradient sociaux face à la maladie en réduisant les comportements de santé délétères et en agissant sur les enjeux de la santé et la perception des risques.

Ce sont des leviers phares de réduction des inégalités chez les patients immigrés passant par les déterminants d'actions décrits dans la figure 7 :

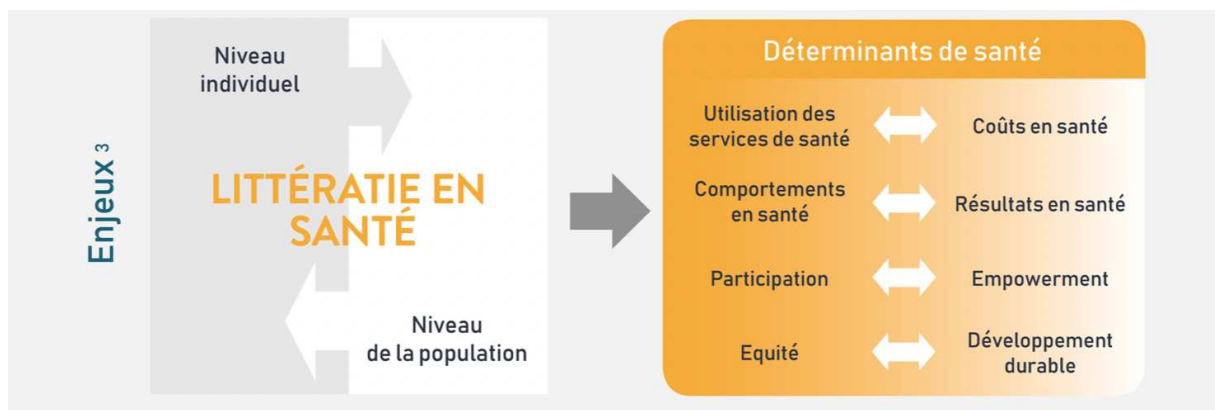
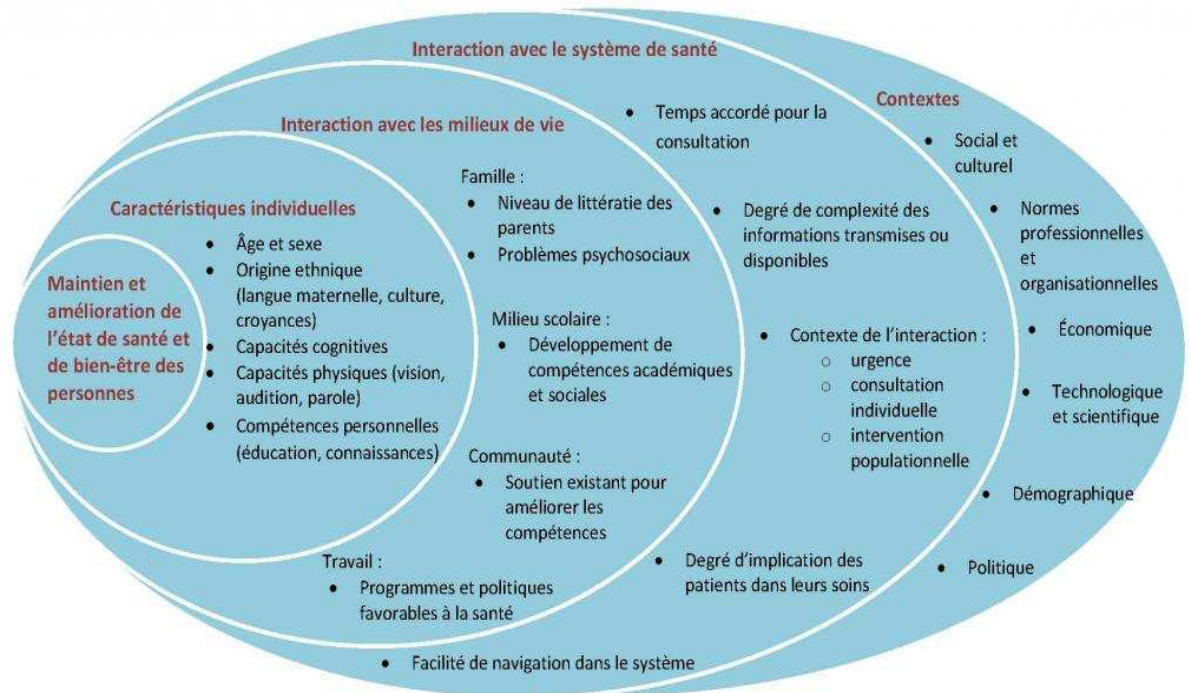


Figure 7 : [Littératie en santé : de l'accès à l'utilisation de l'information santé. www.promotion-sante-idf.fr] (27)

Ces différents champs d'action individuels et collectifs permettront de modifier des déterminants de santé, tout en étant acteur de la promotion de santé, en réalisant l'universalisme proportionné et en prenant en compte la vulnérabilité des populations immigrées.

Disposer d'un meilleur niveau de littératie permet au patient d'accéder à une meilleure compréhension du système de santé en s'adaptant aux pratiques des professionnels de santé. Pour lui permettre d'y accéder, le soignant doit connaître les différents facteurs de prise en charge pour atteindre un résultat optimal en prenant en considération les facteurs influençant le degré de littératie tels qu'ils sont décrits dans la figure 8.



Inspiré de Squiers (2012), Baker (2006), Ishikawa (2008) et Boyer (1992)

Figure 8 : [Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé ? www.inspq.qc.ca](29)

Précarité et Immigration

« L'hypothèse du *healthy migrant effect* suppose tout d'abord que les migrants ont un meilleur état de santé en moyenne que la population de leur pays d'origine, les personnes en meilleure santé étant plus aptes à migrer et les opportunités de travail dans le pays d'accueil étant plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé » (9). Cependant, lors de leur immigration,

leurs états de santé se dégrade, tout d'abord par l'isolement social engendré par l'immigration, mais également par le manque d'accès à l'emploi, une moins bonne maîtrise de la langue du pays hôte, l'absence de contrôle du statut socio-économique, la localisation territoriale, le manque d'activité et de nombreux autres indicateurs de santé.

La perception de la santé varie selon la communauté à laquelle nous appartenons et la qualité de l'entourage. C'est pourquoi il existe des échelles de perception de l'état de santé et des risques perçus. Dans la figure 9, nous pouvons voir une synthèse des déterminants pouvant influencer sur la perception des risques. Il convient de s'appuyer sur ces déterminants afin de mieux prendre en charge ces patients en comprenant leur perception et leur demande.

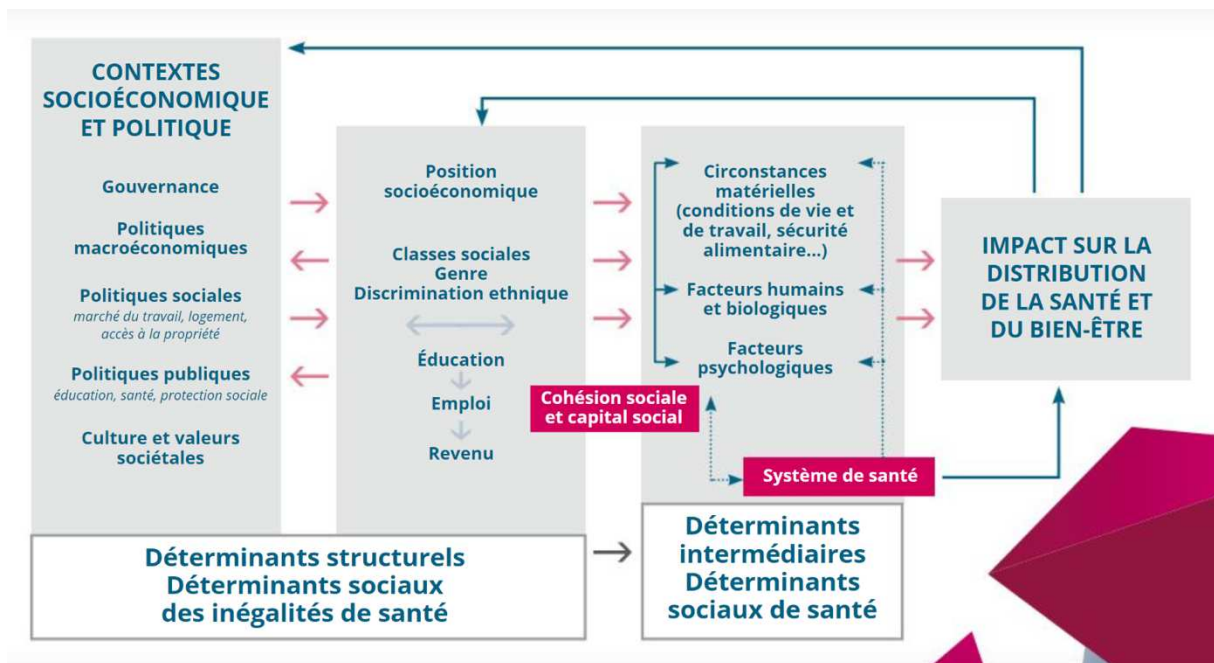


Figure 9 : [Le modèle Pathway.] (19)

Les humains sont guidés par leurs représentations, l'inconscient, la perception du risque et les résultats attendus. De plus, il existe une association entre la perception de bonne santé et les contacts fréquents avec la famille ; cela peut expliquer en partie l'association entre l'état dépressif et l'absence de contact familiaux chez les patients immigrés et isolés.

La loi du 29 juillet 1998 a initié des programmes de lutte contre l'exclusion en mettant en place des programmes régionaux qui sont à l'origine de l'Aide Médicale d'État (AME), l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) et de la Protection Universelle de Maladie

(PUMA). Ces mesures permettent aux personnes en situation de précarité d'accéder aux services de santé.

Depuis 2009 et la loi HPST, la prise en charge a été déléguée aux ARS afin de réaliser au mieux l'universalisme proportionné qui se définit par des programmes de politique universels, mais qui s'adaptent selon une échelle et une intensité proportionnelle au degré de précarité et de besoin. Malgré ces mesures françaises, le renoncement aux soins reste important car beaucoup de soins ne sont malgré tout pas remboursés à 100 % et tous les patients ne sont pas en mesure de régler ces frais.

En somme, il convient de souligner le malaise ressenti par le patient lorsqu'il est pris en charge par un professionnel de santé qui manque de temps et d'empathie pour assurer ce type de situation. Ceci a pour conséquence une prise en charge non holiste. Assurer une prise en charge adéquate d'une population précaire nécessite une formation, une connaissance approfondie de celle-ci et un réseau bien établi avec, par exemple, des structures de soutien. De plus, les professionnels de la santé peuvent ne pas avoir envie de consacrer du temps pour s'occuper correctement de ces patients, qui peuvent cumuler une multitude de pathologies ou du moins nécessiter un important travail de prévention primaire et d'éducation, difficultés de suivi, auxquels s'ajoute parfois la barrière de la langue.

En raison de contraintes de temps auxquelles font face certains professionnels de la santé, ainsi que l'augmentation des affections chroniques et du vieillissement de la population, l'État français, qui valorise l'égalité d'accès aux soins, a réalisé une étude sur le transfert de tâches. L'objectif est de dégager du temps et d'améliorer l'accompagnement des soins des patients. C'est dans ce contexte qu'a été réalisé le rapport Berland en 2003. (20). Ce rapport n'a pas seulement démontré l'absence de détérioration de la qualité des soins, mais a même mis en évidence une amélioration lors de la délégation de tâche. La relation médecin et paramédicaux s'est montrée encore plus convaincante dans le but de mieux prendre en charge les patients. C'est ainsi qu'est né le principe de collaboration et la naissance des IPA en France.

Pathologie chronique

Dans cette étude, nous avons évoqué à plusieurs reprises la pathologie et notamment la pathologie chronique : la pathologie peut être définie comme une altération de la santé, constituant une modification par rapport à son état antérieur. La perception de la pathologie peut varier d'un individu à l'autre, tout comme la conception de la santé, c'est une notion subjective.

« Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. Les maladies chroniques représentent à l'évidence un nouveau paradigme pour notre système de santé et appellent des dispositifs ou des innovations qui permettent une prise en charge globale des personnes concernées, et autant que possible personnalisées. L'impact de la maladie sur la vie quotidienne dépasse largement les domaines de la santé et du soin. Améliorer sa qualité de vie et être plus autonome, c'est aussi pouvoir accéder à un emploi ou s'y maintenir, participer à une vie sociale et vivre le quotidien avec plus de facilité. » (21)

Les pathologies chroniques qui accompagnent le patient tout au long de sa vie, peuvent entraîner des limitations plus ou moins importantes, où le professionnel de santé sera présent dès le début jusqu'à la fin de l'accompagnement. Ce processus d'accompagnement englobe plusieurs aspects tels que l'annonce du diagnostic, l'explication, les conseils, l'apprentissage, l'accompagnement et l'autonomisation du patient : l'*empowerment*. L'accompagnement de ces pathologies chroniques, passant par l'acceptation de la maladie jusqu'à l'éducation thérapeutique, représente une approche cruciale dans la prise en soins de ces patients. Elle vise à développer leurs compétences d'auto-gestion et à favoriser leur autonomie dans la gestion quotidienne de leur maladie. Les deux éléments clés de cette approche sont le coaching et les rendez-vous de maintien par des entretiens motivationnels. L'impact psychologique d'une maladie chronique peut être considérable, et les professionnels de la santé doivent prendre en compte les problèmes émotionnels et psychosociaux des patients. Les consultations peuvent offrir un espace où les patients peuvent exprimer leurs préoccupations et recevoir un soutien moral pour lui-même ou pour son entourage. En combinant un suivi régulier, des conseils adaptés et un soutien, cette approche favorise l'autonomie, l'acceptation et l'amélioration de la qualité de vie des patients vivant avec une pathologie chronique.

Soins primaires

Le terme de **soins primaires de santé** est une traduction française du terme *primary health care* anglais, terme apparu à la fin des années 1960 et défini en 1978 dans la Déclaration de la conférence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'Alma Ata (C'est l'ancien nom d'Almaty, l'ancienne capitale du Kazakhstan) :

- Des soins de santé essentiels ;

- Universellement accessibles, à tous les individus, à toutes les familles de la communauté ;
- Par les moyens acceptables ;
- Avec leur pleine participation ;
- A un coût abordable pour le pays.

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l’American Institute Of Medicine et se définit comme telle :

- Assuré par des médecins responsables ;
- Pour satisfaire une grande majorité des besoins ;
- Entretenir une relation prolongée avec les patients ;
- Exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.

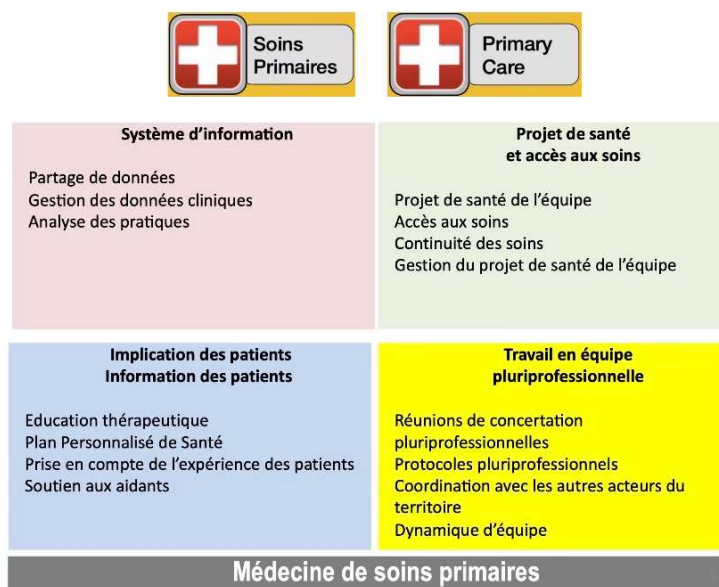
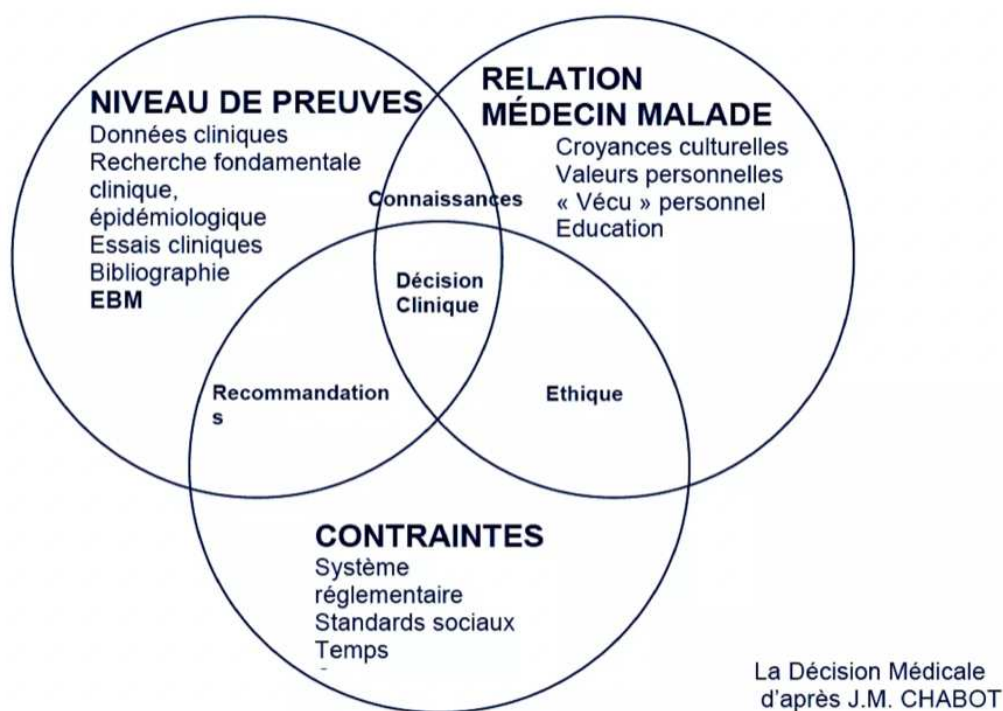


Figure 10 : [La médecine de soins primaires présenté par le Dr Charani Charles maison de santé pluridisciplinaire retrouvé sur www.has-santé.fr]

Et tout en prenant en compte la triangulation de la médecine entre niveau de preuve, relation médecin-malade et les contraintes. (Figure 11)



» (30) Figure 11: [Evidence Based Medicine d'après JM CHARBOT. Prof. N. MIDOUN, Médecin Chef de Service Épidémiologie et Médecine Préventive – EHU Oran. Faculté de Médecine d'Oran, Mai 2014.]

La médecine factuelle, a été définie en 1996 par Sackett *et al* sous le nom d'Evidence based medicine (EBM) comme un paradigme de prise de décision associant l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données de la science disponibles concernant les soins à prodiguer à chaque patient, l'expertise individuelle du clinicien reposant sur son expérience clinique, et prenant en compte les croyances, les représentations et les préférences du patient. (31) Cela se résume également sous forme de décision médicale partagée.

Lien entre décompensation et voyage

Dans l'étude Eurostat, réalisée en 2016, il a été démontré que plus d'un tiers de la population de l'Union européenne n'a pas effectué de séjour touristique et 20 % d'entre elle a mentionné des problèmes de santé (22).

Un patient atteint d'une pathologie, a bien entendu le droit de mener une vie dite normale et donc de voyager, mais cela nécessite une certaine organisation préalable. Le patient doit faire preuve d'organisation, de prudence et d'une connaissance des symptômes de décompensation afin d'agir en autonomie lorsqu'il se trouve à l'étranger. C'est pourquoi, s'éloigner de ses habitudes représente un véritable challenge. Être loin de son professionnel de santé, de sa pharmacie habituelle et de ses routines peut nous amener à penser que le patient pourrait oublier de prendre son traitement, avoir une négligence, adopter une alimentation différente, possiblement plus riche en sucre ou en alcool, une majoration du tabagisme, ou alors à l'inverse, avec une plus grande ou moindre activité physique. Ces changements engendreraient des modifications de protocole chez un sujet diabétique par exemple. Le décalage horaire pourrait induire une modification des horaires habituels et avoir une répercussion sur une pathologie chronique. Tous ces facteurs perturbateurs pourraient conduire à une décompensation de la maladie.

Lorsque le retour du patient n'est pas anticipé, il peut se retrouver à court de médicaments et ne pas être en mesure de retrouver le même traitement ou de se faire délivrer ses médicaments dans le pays où il se trouve en voyage. Lors des pathologies dites invisibles comme un diabète, une pathologie coronarienne stable, ou un autre trouble cardiovasculaire, le patient pourrait être amené à négliger ce temps sans thérapeutique n'y voyant pas ou peu de conséquences immédiates.

Toutes ces situations citées ci-dessus sont des problématiques que j'ai pu constater sur le terrain en qualité d'infirmière libérale, c'est pourquoi je considère que le lien entre le voyage et la décompensation des pathologies est un sujet à anticiper afin de fournir aux patients des informations utiles.

Problématique Principale

La problématique centrale consiste à déterminer les moyens les plus appropriés pour assurer le bon déroulement du voyage et orchestrer efficacement le retour.

Les Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'acceptabilité et la plus-value d'une téléconsultation de suivi durant son voyage pour un patient issue d'une communauté étrangère ayant une pathologie chronique stabilisée.

Les objectifs secondaires sont, d'une part, pallier le manque d'organisation des patients peu enclins à assurer de manière adéquate leur retour de vacances, et d'autre part, identifier les facteurs sous-jacents entravant leur coordination. Ces facteurs pourraient inclure des freins tels que des barrières linguistiques, un découragement vis-à-vis du parcours médical, le sentiment de ne pas être malade, la réticence à déranger le personnel soignant, voire le désir de s'affranchir de la maladie pendant la période de vacances.

Question de Recherche

L'objectif principal de cette étude est de répondre à la question suivante : **dans quelle mesure la téléconsultation peut-elle être appliquée aux patients immigrés afin de maintenir une continuité des soins lorsqu'ils voyagent dans leur pays d'origine ?**

Les objectifs secondaires consistent à **identifier les limites susceptibles d'entraver la mise en œuvre de ces téléconsultations et de mieux organiser le retour.**

Méthode

Conception

La méthode choisie est celle d'une étude qualitative avec recueil de données par entretiens semi-directifs individuels et une analyse inductive généralisée des résultats.

Le rapport de cette étude sera rédigé selon le plan de rédaction SRQR. (Standards for Reporting Qualitative Research).

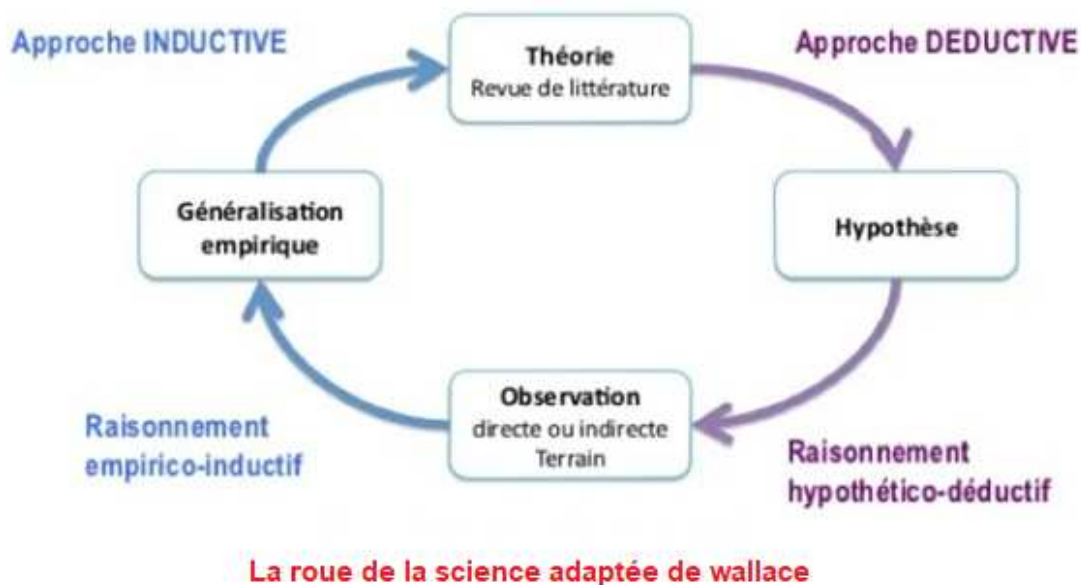


Figure 12 : [La démarche inductive : définition, exemple et méthodologie www.bienenseiger.com] (15)

J'ai mené une étude qualitative avec une analyse inductive généralisée afin de donner un sens à des données brutes en développant les catégories émergentes des entretiens semi-directifs réalisés au vu du manque de littérature sur le sujet traité. Le recueil de données était multicentrique. Le but de cette étude était d'entendre les besoins, les difficultés et les limites du patient lors de son voyage de longue durée. Écouter un échantillon de patient librement et sans contrainte lors d'un entretien a semblé être une bonne solution face à ce questionnement de recherche. Le recueil des données a été réalisé du 17 novembre 2023 au 26 décembre 2023 soit une durée de 39 jours.

Le Guide d'Entretien

Le guide d'entretien a été construit et testé auprès du médecin généraliste qui a participé au recrutement des patients, qui l'a retravaillé avec moi, puis validé. Le guide d'entretien a ensuite été approuvé par mon directeur de mémoire. Lors des entretiens, aucune question de relance n'a été insérée. Je me suis détachée relativement facilement du guide et j'ai réalisé les entretiens en laissant la personne interviewée me guider dans son expérience. Je n'ai pas dû recentrer les entretiens. Les entretiens étaient bien orientés naturellement. Étant librement interprété en fonction des individus interviewés, le guide d'entretien n'a pas été modifié au fur et à mesure des différents entretiens. L'objectif n'était pas d'évaluer les connaissances de l'interviewé mais d'obtenir son expérience vécue et sensible. Une seule personne a éprouvé quelques difficultés

de compréhension face au vocabulaire utilisé dans ce guide, j'ai utilisé des mots synonymes en reformulant.

La Population

Les critères d'inclusion

Patient ayant une ou plusieurs affections chroniques et ayant des origines étrangères, naturalisé français, partant plus de trois mois par an dans son pays d'origine. Par souci de compréhension pour l'enquêteur, seuls les patients parlants français ont été retenus. Le patient devait obligatoirement disposer d'un statut d'assuré social et se trouver de manière légale sur le territoire français. Les affections chroniques étaient : diabète, maladie cardiovasculaire (maladie coronarienne, athérosclérose périphérique, antécédent d'infarctus cardiaque ou cérébral) , asthme, dépression chronique et insuffisance rénale chronique. Le patient interrogé devait suivre un traitement médicamenteux au long cours. Aucune donnée concernant le délai d'instauration du traitement n'a été choisie dans cette étude.

Les critères d'exclusion

Patient partant moins de 3 mois par an dans son pays. Patient ne suivant pas de traitement médicamenteux au long court. Patient ne parlant pas le français. Patient n'ayant pas d'affection chronique. Patient n'étant pas stabilisé au niveau de sa pathologie. Patient n'ayant pas sa domiciliation principale en France, et patient n'ayant pas la nationalité française.

Le Recrutement et le Cadre des Entretiens

L'échantillonnage des patients était raisonné, se basant sur la connaissance des patients par les cliniciens et la vérification des critères d'inclusion. Leur recrutement s'est fait au cours d'une consultation habituelle chez le médecin généraliste à Courrières mais aussi lors de mon exercice en soins infirmiers dans mon activité d'infirmière libérale. J'ai également interviewé des patients en centre d'auto-dialyse toujours en même temps qu'un soin programmé. Concernant les patients rencontrés lors de mon stage chez le médecin généraliste à Courrières, les entretiens ont été réalisés dans un bureau fermé calme, isolé et neutre se situant dans le cabinet du médecin. Concernant les patients retenus dans le cadre de mon exercice d'infirmière libérale, les entretiens se sont réalisés au domicile du patient dans une pièce isolée et en tête à tête. Concernant les patients en auto dialyse les entretiens se sont réalisés pendant leur branchement de cycle dans la salle d'auto dialyse commune, mais dans un endroit à l'écart et au calme. Nous n'avons pas été dérangés par l'infirmière qui n'a pas eu la nécessité médicale d'intervenir durant

notre entretien. Les différentes questions n'ont pas été préparées en avance et le sujet précis n'a pas été annoncé afin de garder toute la spontanéité de l'entretien.

Les Outils de Collecte

Tous les entretiens ont été réalisés dans le cadre d'un soin programmé après signature d'un consentement éclairé par le patient. Chaque patient a également signé une déclaration de traitement de données personnelles afin d'être en conformité avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD) (annexe 2). Le guide d'entretien était imprimé sur une feuille de papier et aucun écran n'a interféré pendant les échanges. L'examineur n'a pris aucune note durant les échanges, tout étant enregistré. Les entretiens ont duré entre 12 et 20 minutes. Les entretiens se sont répétés jusqu'à la suffisance des données atteinte au terme du sixième entretien, l'analyse axiale ne relevant pas de nouvelle catégorie.

L'Analyse

Le recueil des données a été réalisé par moi-même et à l'aide du logiciel NVivo 14[®] (Lumivero, Denver, CO 80202, USA). Le comité de protection des personnes a été consulté et a pris conclu que cette étude ne nécessitait pas d'avis du comité car ne prenait pas en considération des éléments médicaux. Le service de protection des données de l'université de Lille a émis un avis favorable concernant cette étude en date du 12 octobre 2023 (référence n° 2023-164).

Les Limites et Biais de la Recherche

Le nombre de patients correspondant aux critères d'inclusion était limité. Effectivement, j'ai choisi de retenir comme critère d'inclusion une durée de 3 mois au séjour à l'étranger car la durée de délivrance des ordonnances par le pharmacien est de 3 mois. Un séjour dans le pays d'origine plus prolongé est difficile. Ceci a donc réduit la taille de l'échantillon de patients éligibles, soit parce que les patients ne rentraient pas de l'étranger pendant la durée de recueil de données, soit parce qu'ils ne remplissaient pas le critère d'inclusion sur la durée de séjour. Cela n'a néanmoins pas empêché d'atteindre la suffisance des données.

L'exclusion des patients ne maîtrisant pas la langue française, en excluant une partie non négligeable de la population concernée, constituait un biais de sélection.

Le fait de connaître certains des patients interviewés pouvait conduire à un manque de neutralité et à des idées préconçues chez l'investigatrice. Pour vérifier l'absence d'influence de ces préconceptions dans l'analyse des entretiens, l'investigatrice a réalisé une triangulation des

données avec deux autres étudiantes en pratique avancée pour s'assurer de la neutralité des interprétations.

L'enregistrement des entretiens pouvait constituer une gêne pour des personnes de faible niveau d'instruction, en particulier lorsqu'il s'agissait d'exprimer des opinions négatives sur l'infrastructure de leur pays d'origine dans lequel la liberté d'expression n'est pas toujours tolérée.

Description des Données

Codage ouvert

L'analyse inductive ne nécessite pas de cadre prédéterminé car le but étant de développer une théorie. La difficulté fut de ne pas partir avec des apriori et idées fausses. Le regard neutre est de mise pour pouvoir conclure des données fiables. La triangulation des données est un point fort en ce sens. L'encodage s'est réalisé au fur et à mesure dans l'avancée des différents entretiens.

J'ai tout d'abord réalisé un codage ouvert sur le logiciel NVivo 14[®] (Lumivero, Denver, CO 80202, USA) en surlignant des phrases types qui saisissez l'idée en sélectionnant des « extraits » comme le montre cet extrait (Annexe 3). Puis ces extraits se sont précisés dès le troisième entretiens en catégorie me permettant de les rassembler entre eux. Lors du quatrième entretien je fus en saturation des données puis j'ai réalisé deux entretiens supplémentaires.

Codage Axial

Par exemple, nous retrouvons ici sur cette figure 13 l'encodage des différents entretiens toutes les caractéristiques qui ont été maintenues tout au long du processus en fonction de leur fréquence. En effet, le premier entretien s'est avéré très complet probablement grâce à l'âge plus jeune de la patiente et d'une barrière linguistique moins prononcée. Les entretiens ultérieurs ont été plus court en durée. Tous ces entretiens se sont complétés entre eux retrouvant les mêmes idées et encodage. La première appellation de chaque code n'a pas été modifié en cours d'analyse.

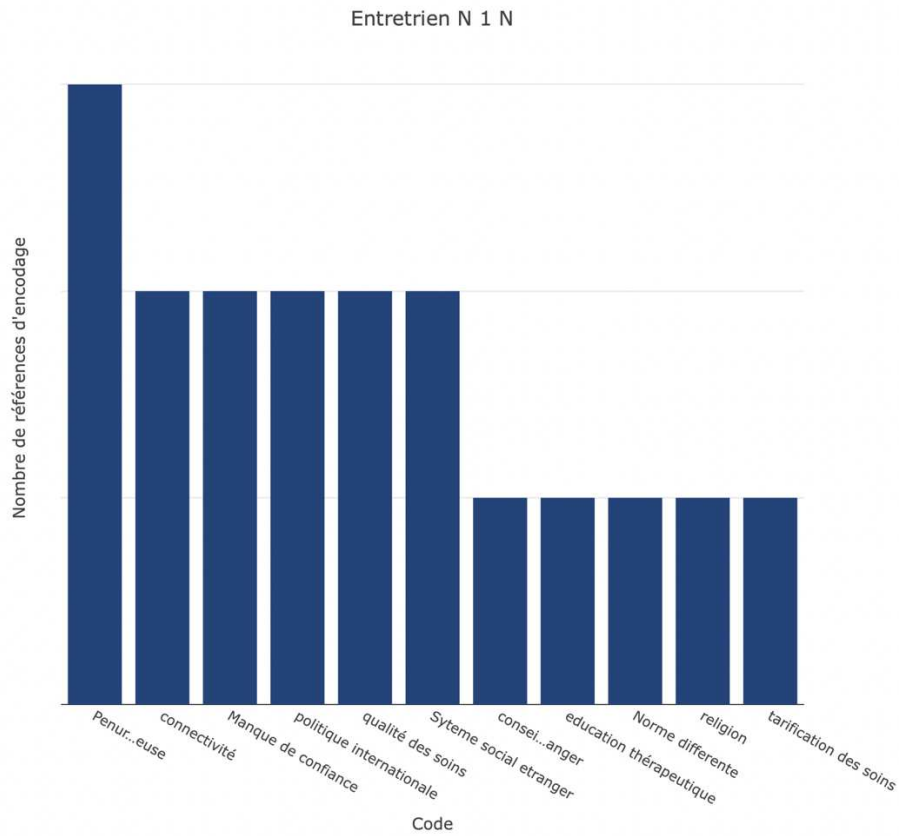


Figure 13 [Encodage et nombre de référence d'encodage de l'entretien numéro 1 du patient N]

Création des thématiques

Après examen de chaque entretien de manière individuels comme le montre la figure 14

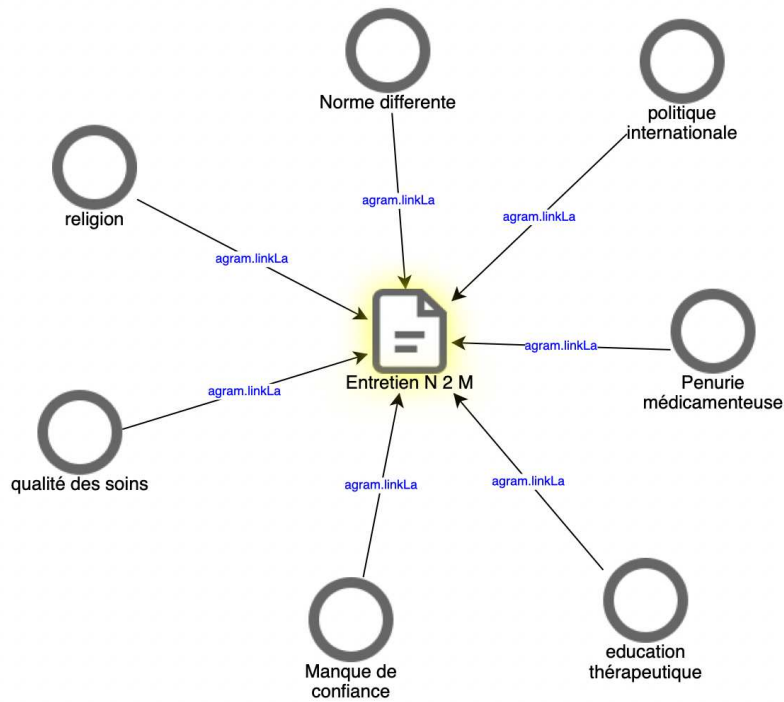


Figure 14 [Diagramme d’analyse individuel de l’entretien N 2 du patient M]

J’ai passé en revue chaque code attribué à chaque segment. La cohérence avec les données originales a été réalisée après plusieurs relectures de l’ensemble des entretiens.

Le logiciel NVivo 14® (Lumivero, Denver, CO 80202, USA) permet de visualiser les fréquences des différents codes sous forme de diagramme circulaire, mettant en évidence la récurrence des codes. Cette représentation permet de déterminer la prévalence des codes les plus fréquents dans les différents entretiens. La Figure 15, qui a été créé par le logiciel nous montre donc cette répartition, nous permettant de visualiser la force des codes dans l'ensemble.

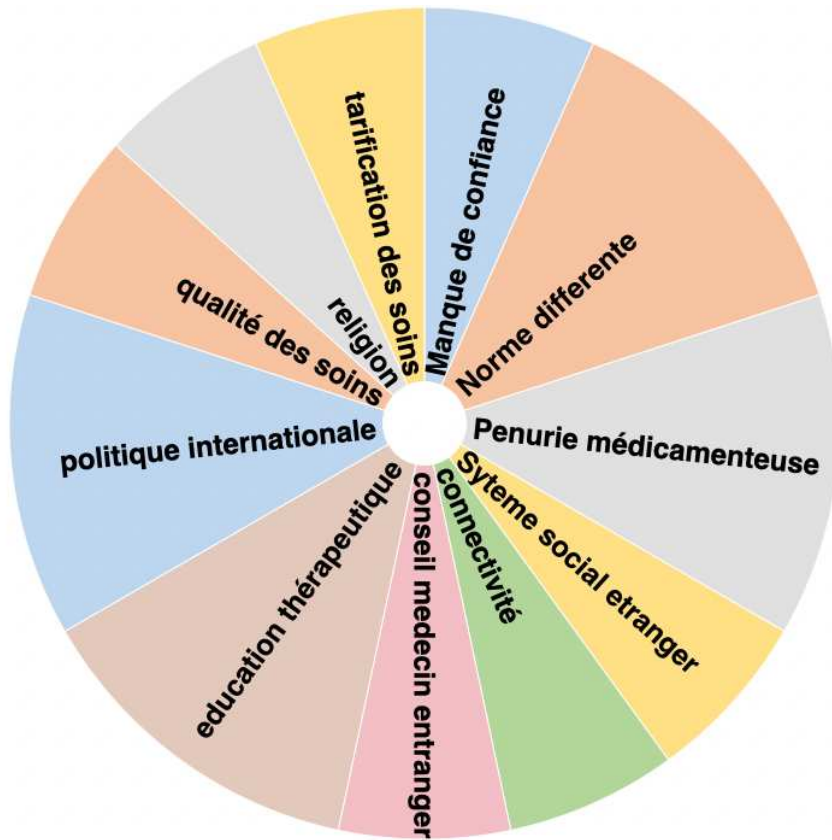


Figure 15 [Diagramme circulaire retraçant les concepts et leur prévalence]

Résultats

Population

Les patients ont été recrutés par un médecin généraliste exerçant en soins primaires sur la commune de Courrières, dans un centre d'auto-dialyse ainsi que par moi-même dans le cadre de mon exercice d'infirmière libérale sur la commune de Lille-Moulin

Le tableau 1 reprend les différentes caractéristiques des patients qui ont été interviewés.

Il permet d'étayer les différences et ressemblances entre les différents patients.

Patient	N	M	K	E	F	G
Age	34 ans	55 ans	64 ans	89 ans	67 ans	45 ans
Genre	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme
Pays de naissance	Algérie	Algérie	Algérie	Maroc	Algérie	Algérie
Pays d'origine	Algérie	Algérie	Algérie	Maroc	Algérie	Algérie
Age d'arrivée en France	15 ans	18 ans	16 ans	28 ans	12 ans	28 ans
Métier exercé	Assureur	Livreur	Femme au foyer (6 enfants)	Femme au foyer (11 enfants)	Maçon retraité	Femme au foyer (4 enfants)

Tableau 1 [caractéristiques des patients interviewés]

Les patients ont été recrutés entre le 16 novembre 2023 et le 11 décembre 2023. Six patients ont donné leur accord pour être interviewés. Trois patients connaissaient l'enquêtrice. Les patients étaient âgés de 34 à 89 ans. La moyenne d'âge des patients interrogés était de 59 ans.

Les questions posées au cours des différents entretiens ont permis d'évaluer les différentes solutions pour venir en aide aux patients ayant des affections chroniques et repartant régulièrement dans leur pays d'origine. Huit thématiques ont pu être dégagées de l'analyse des entretiens : l'organisation à la connectivité, la relation de confiance, la tarification des soins, le système social étranger, la communication interculturelle et la religion, la pénurie

médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient et d'adhésion aux soins, et l'acceptabilité de la téléconsultation et la plus-value perçue.

L'organisation à la Connectivité

Les patients interrogés étaient domiciliés lors de leur voyage dans les pays du Maghreb. Les avis ont été divergents notamment en fonction de l'âge des personnes interviewées. Les plus jeunes m'ont indiqué que la connectivité avec un smartphone était très facile. On notait tout de même parfois la persistance de quelques zones blanches non couvertes.

Les personnes un peu plus âgées m'ont expliqué qu'avoir internet ou un ordinateur n'était pas une priorité notamment à cause du coût et de la logistique. Il fallait acheter une puce spéciale pour le téléphone ou disposer déjà d'internet et d'un ordinateur à domicile. Néanmoins, beaucoup m'ont indiqué une évolution importante dans le sens d'un fort développement de la connectivité dans ces pays depuis ces dernières années, notamment pour garder le lien avec leur famille, ce qui se fait principalement sur smartphone.

Je leur ai suggéré l'utilisation d'une plateforme médicale pour pouvoir réaliser des téléconsultations sur rendez-vous tout comme un rendez-vous médical en présentiel. L'ensemble des patients m'ont expliqué leur inquiétude concernant la prise de rendez-vous durant leurs vacances et leur peur de ne pas honorer le rendez-vous. Ils étaient plus partisans si besoin d'une consultation d'urgence à distance et sans prise de rendez-vous. De plus ils m'ont expliqué que l'accès à la plateforme pourrait être difficile pour eux, soit en raison de leur l'âge, soit en raison d'un manque de matériel performant ou d'une connexion internet insuffisante. Ils m'ont parlé de WhatsApp® et ont ainsi gardé le numéro du téléphone personnel de l'IPA afin de pouvoir l'appeler à distance, si besoin 7j/24h. Dans l'ensemble, les patients ne souhaitaient pas avoir de rendez-vous médicaux programmés durant leurs vacances.

La Relation de Confiance

Il ressortait de ces entretiens un très grand manque de confiance dans les professionnels de santé des pays où ils passaient leurs vacances, même venant des patients natifs de ces pays. Ils étaient unanimes et préféraient tous réaliser leurs soins en France, et ils avaient tous une meilleure relation de confiance et de sentiment d'aide venant des soignants français. Tous étaient très attachés au système de soins de leur pays de résidence (c'est-à-dire, la France).

Tous étaient favorables au fait d'appeler un professionnel français. Certains m'ont parlé spontanément disposer de l'assurance souscrite par leur carte bancaire et m'ont évoqué un rapatriement moyennant cette assurance. Certains m'ont d'ailleurs cité des exemples de prise

en charge lors de leurs différents séjours au cours desquels ils sont rentrés prématurément de voyage pour pouvoir se soigner dans un climat de confiance.

Les patients m'ont indiqué un manque de consentement éclairée : « T'as pas forcément tout de suite accès au scanner, radio et compagnie en règle générale. Quand tu vas à l'hôpital pour n'importe quelle maladie on te fait une piqûre ! Tu vois et tu ne sais pas forcément quel médicament on t'injecte ». Ou encore le patient K « Ouais, ce n'est rien à voir avec. Bah après en France je pense qu'on a le meilleur système social, hein ? »

La Tarification des Soins

Les patients évoquaient spontanément, un problème d'accès aux soins en termes d'apports financiers. Tous ont également évoqué les soins payants dans leur pays d'origine, ce qui n'est pas vraiment le cas en France à leurs yeux. Les coûts sont moindres et mieux pris en charge. Tous ont salué le système de soins français et se sont montrés très reconnaissants et satisfaits. Ils estimaient que la France bénéficiait d'un des meilleurs systèmes de santé au monde et qu'il était incomparable aux autres pays.

Les interviewés ont expliqué que depuis quelques années, l'Algérie avait créé une sorte de carte vitale qui s'appelle la « Chifa » et qui prenait en charge les traitements des affections chroniques. Les patients devaient payer la consultation et tous les traitements d'appoint qui n'entraient pas dans le cadre de cette affection chronique.

C'est en raison de ces problèmes d'argent qu'ils étaient preneurs d'une consultation à distance avec un professionnel de santé français qui pourrait être prise en charge par l'Assurance Maladie, et cela d'autant plus que le climat de confiance était très solide avec leur professionnel habituel en France. Les patients ont insisté sur la différence de soins dans les pays étrangers entre les hôpitaux publics et les cliniques. Contrairement aux soins en France qui se rapprochent, ils estimaient qu'à l'étranger les soins étaient très différents selon qu'on les payait ou pas. Les cliniques étaient *a priori* très onéreuses et ils ont cité certains exemples qui leur tenait à cœur de m'expliquer. Les patients soulignaient le fait qu'ils pouvaient avoir accès à des soins dans les hôpitaux publics étrangers mais qu'ils ne leur faisaient pas confiance, non pas en raison d'un manque de professionnalisme ni de la qualité des professionnels de santé, mais plutôt en raison d'un manque de moyens. Ils ont souligné que lorsqu'on était hospitalisé dans un établissement public, c'était à eux d'apporter le matériel. Le coût des soins ou du matériel nécessaire à la bonne santé relevait d'un problème financier et de confiance comparativement à l'organisation de soins proposée en France.

Le Système Social Etranger

A chaque pays son système de santé. Néanmoins certains pays sont très différents de la France sur ce point. Comment le patient pouvait-il et devait-il jongler entre les systèmes de ces deux pays lorsqu'il partageait par exemple une double nationalité et une double résidence. C'est un peu les grandes idées qui ressortaient de la part des patients. Tous ont exprimé leur désir de se soigner en France et une grande confiance envers son système de soins, ses soignants et ses structures.

Ils ont tous évoqué le problème d'une pénurie médicamenteuse et surtout de matériel de soins dans leur pays d'origine. Ils ont donné des exemples, comme lorsqu'un patient se rend à l'hôpital public pour un accouchement, c'est à lui de se fournir à l'extérieur du matériel : il doit rapporter seringues, fils à suture, et autres. Les patients ont également souligné le manque de transports sanitaires selon leur zone d'habitation, où parfois c'est à la famille de conduire le malade dans des conditions compliquées pouvant le mettre en danger.

Les patients interviewés comparaient la France et le pays étranger où ils passaient une partie de leur temps. Le système de soins Français avait gagné leur confiance concernant les points suivants : échange, tarification, consentement, connaissance, maintien du suivi, complexité du parcours de soins et accès aux soins. Ils soulignaient des normes différentes entre les différents pays qui demandaient au patient qui voyage une souplesse et une adaptation à sa pathologie, surtout en cas de décompensation.

La Communication Interculturelle et la Religion

Les patients ont tous évoqué une approche de la santé autour de la religion. C'est un point à prendre en compte et en considération pour pouvoir bien les prendre en charge dans leur globalité en respectant leurs croyances. En effet, les patients plus âgés m'ont évoqué une fatalité si la décompensation arrivait durant leur voyage et qu'ils n'avaient pas de solution à cause de la conjoncture du pays. Ils renvoyaient cela à la volonté de Dieu et au destin.

Les patients plus jeunes m'ont effectivement parlé de la religion en m'expliquant que les anciens se référaient à la religion mais qu'il fallait leur rappeler que dans la religion, notamment musulmane ou chrétienne, le croyant avait l'obligation de se soigner et de prendre soin de lui. C'est pourquoi ils ne devaient pas observer le jeûne du Ramadan ou le Carême lorsqu'ils n'étaient pas en bonne condition physique et en bonne santé. Ils m'ont expliqué qu'il ne fallait pas laisser les plus anciens croire à la fatalité de la pathologie sous prétexte de destin et qu'il fallait les motiver à se recentrer sur les préceptes de prise en soin de la religion.

La Pénurie Médicamenteuse

Les personnes interviewées ont toutes évoqué une nouvelle politique en Algérie ou au Maroc depuis environ 2020 afin d'éviter l'import de médicaments pour faire vivre le pays avec ses propres ressources et faire travailler les populations locales. Il en résulte une pénurie et le développement d'un marché noir du médicament.

L'ensemble des patients a indiqué que lorsqu'il consulte dans son pays d'origine, le médecin prescrit les traitements nécessaires en abordant systématiquement la pénurie de médicaments et en demandant si le patient connaît des personnes qui pourraient les lui rapporter de France.

On en revient également au sujet de la religion, car les interviewés ont indiqué rendre relativement souvent service à chacun de leurs aller-retours entre la France et leur pays d'origine en transportant les traitements nécessaires à différentes personnes. En contrepartie, ces personnes auxquelles ils ont rendu service leur sera apportera leurs propres médicaments à leur tour. C'est un système de débrouille communautaire de solidarité, englobé dans la religion dans le sens où la personne qui rend ce service réalise une bonne action dans une perspective religieuse. Les différents patients ont indiqué ne jamais rencontrer de problème de délivrance en France, notamment avec une ordonnance étrangère : les médicaments sont payants mais délivrables et délivrés. L'acheminement vers le pays d'origine est parfois plus compliqué et très contrôlé aux douanes afin d'éviter la revente et le marché noir dans le pays. Les passeurs doivent se prémunir de quelques précautions afin de pouvoir assurer le transport, comme de justifier l'apport des médicaments en produisant une ordonnance. De plus, ils disent connaître des solutions de « débrouille » d'acheminement tel que Chronopost® mais qui est relativement cher.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et L'Adhésion aux Soins

Pour accepter une téléconsultation, les patients ont ressorti à plusieurs reprises la nécessité d'avoir en amont une adhésion aux soins avec leur professionnel de santé. Ils priorisaient une confiance thérapeutique non négligeable pour se sentir en sécurité avec une approche par téléexpertise et télé-suivi. Selon eux, l'adhésion thérapeutique était nécessaire pour appeler ce soignant.

Les patients ont spontanément orienté l'entretien vers l'ETP en amont, avant le départ en voyage de longue durée. Ils souhaiteraient un accompagnement avant le voyage et pas forcément en ligne. Les patients avaient une préférence pour les rendez-vous en présentiel et n'étaient pas fervents de la téléconsultation dans la mesure du possible. Ils imaginaient que la consultation IPA pourrait aider à réaliser une check-list en duo pour pouvoir prévenir ce qui

pourrait survenir lors de leur voyage et même pallier au manque de médicaments. Ils aimeraient, par exemple, que l'IPA les oriente vers un rappel de bien prendre leur matériel (type appareil d'autosurveillance glycémique, appareil d'apnée du sommeil, tensiomètre, stock de traitement médicamenteux) et savoir si l'IPA pouvait réaliser une ordonnance pour trois mois de délivrance, voir même une liste de traitement nécessaire en trousse de secours en fonction de leur pathologie et du pays où ils voyageaient.

L'Acceptabilité de la Téléconsultation et la Plus-Value Perçue

Les patients trouvaient que le soignant devait d'abord connaître la conjoncture du pays où ils se situaient afin de pouvoir réellement les aider. Si le soignant ne s'adaptait pas à la conjoncture du pays, les patients pensaient que le soignant ne pourrait pas les aider à distance. A l'évocation des repérages de symptômes ou des conseils, en dehors des délivrances thérapeutiques, les patients ont rétorqué que, selon eux, ces soins pouvaient être réalisés en amont.

Discussion

Synthèse

En résumé, la téléconsultation dans ce contexte dispose de forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT) (figure 16) :

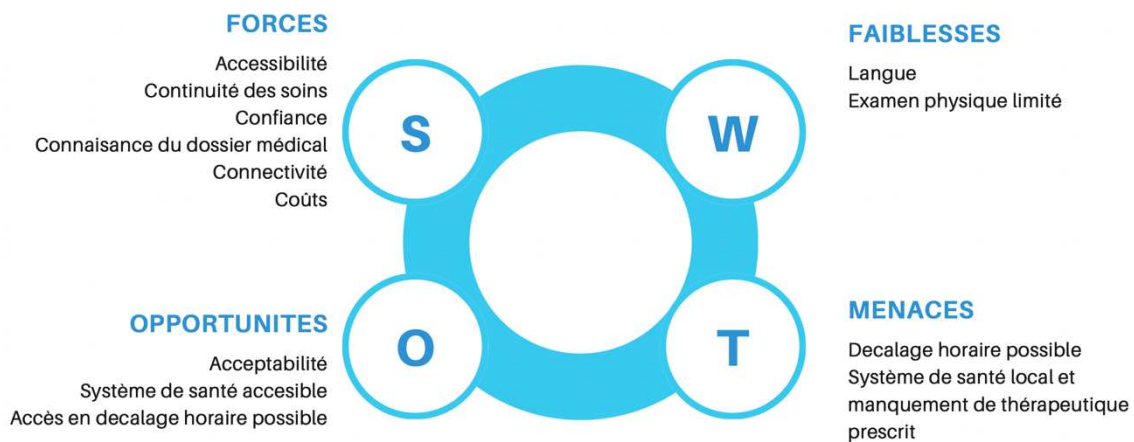


Figure 16 [SWOT concernant la téléconsultation à l'international]

Analyser ces concepts nous permet de mieux comprendre la perception et les besoins des patients afin de comprendre le degré d'acceptabilité mais surtout sur la plus-value de cette téléconsultation dans ce contexte particulier en voyage.

Afin de mener à bien cette téléconsultation à distance, les différents entretiens nous ont démontré qu'il faudra anticiper les barrières éventuelles en éliminant les obstacles tels que l'expérience négative, le manque d'outil informatique, la connectivité, la barrière linguistique, la satisfaction globale du patient au sujet d'une consultation à distance, une confiance soignant-soigné, une aide possible à distance ou non et enfin la faisabilité due à l'examen physique limité.

Le soignant doit prendre en compte les composantes propres du patient en explorant le défi potentiel lié à la communication et aux croyances du patient mais également en fonction de son âge. L'échantillon de patients interviewés est représentatif d'un large panel d'âges.

Limites

La principale limite de cette étude réside dans un biais de sélection par lequel la population qui a été interviewée était maghrébine et musulmane. Dans l'échantillon sélectionné, nous n'avons pas eu de patients de religions orthodoxes de l'Europe orientale, pas de juifs marocains ou

israéliens, pas d'arméniens ou de géorgiens, pas de turcs, pas d'asiatiques, pas d'africains subsahariens.

Les conclusions tirées ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des populations immigrées séjournant en France car l'échantillon est très spécifique et non exhaustif de la diversité.

Interprétation

Cette analyse m'a permis de prendre en considération l'importance de la gestion de la coordination avant de travailler dans « l'urgence » d'une téléconsultation qui offre peu de moyens.

Nous l'avons compris, la téléconsultation comporte des limites importantes surtout à l'international.

Les patients interviewés ont néanmoins démontré une confiance et un attachement envers leur soignant français et habituel. La confiance liée avec leur pays d'habitation est forte, ils apprécient le système de soins français. Une des solutions que l'IPA pourrait offrir afin de pallier cette problématique à distance serait de travailler au préalable en sensibilisant le patient au manque de disponibilité de traitement dans leur pays d'origine avant leur voyage en les informant sur les différentes démarches afin de pouvoir transporter les thérapeutiques ou matériels médicaux nécessaires mais également en leur donnant les moyens de détecter et prévenir les signes de décompensation.

En effet notre population cible est moins rigoureuse que d'autres populations. Elle fait preuve de nombreuses limites à l'autonomisation en raison par exemple de la barrière de la langue, du manque d'étude, de la culture, de croyances et de normes différentes. C'est pourquoi l'IPA joue un rôle fondamental dans cet accompagnement.

Par ailleurs il serait intéressant après l'éducation thérapeutique de maintenir un lien en réalisant des entretiens motivationnels surtout en amont du voyage tout en favorisant l'*empowerment*.

J'ai réalisé cette figure (17) sous forme de pyramide qui rappelle le processus d'accompagnement du patient atteint de pathologie chronique, d'origine maghrébine et musulmane qui voyage régulièrement afin de pouvoir me situer et m'adapter. Ces points seront à aborder en fonction des besoins du patient et de son niveau d'implication, d'autonomisation, de croyance et de volonté.

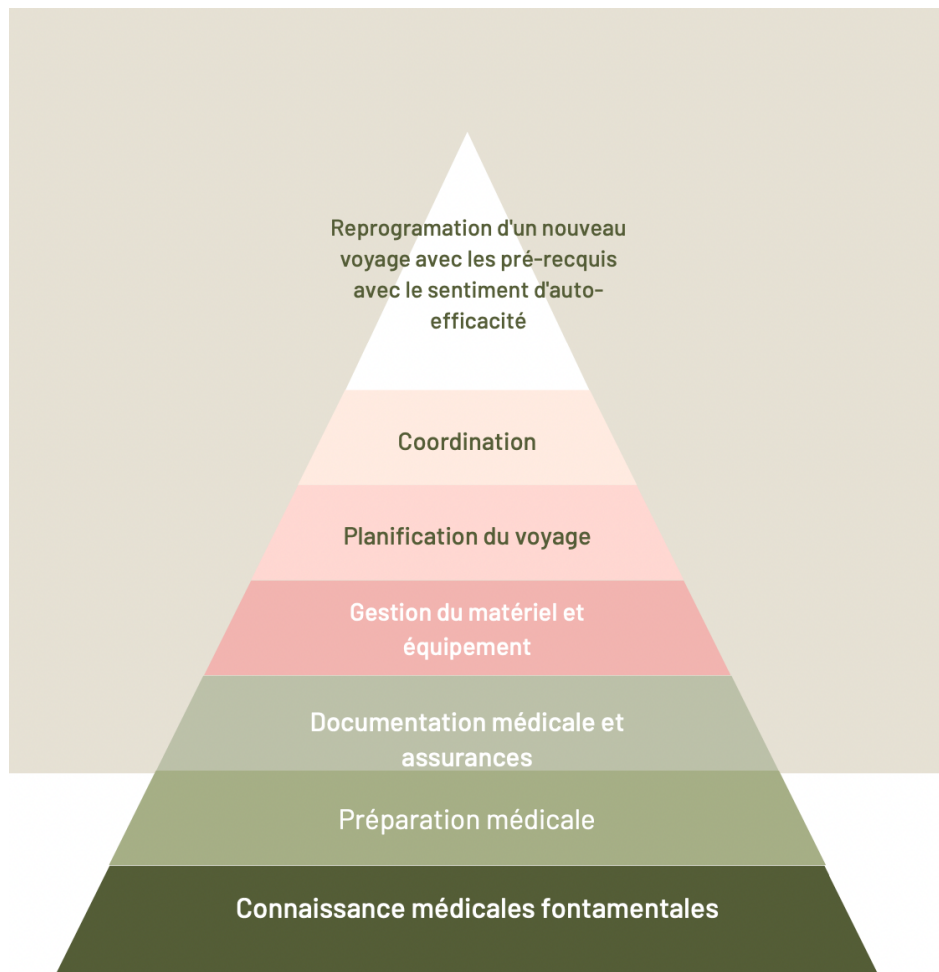


Figure 17 [Pyramide de processus d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique et stabilisés voyageant régulièrement]

Concernant les croyances, le soignant peut opter pour des formations afin de prendre en charge correctement les patients d'origines diverses qui permettent de souligner l'importance de changer les mentalités des soignants pour favoriser une meilleure collaboration soignant-soigné. Les différentes représentations peuvent influencer la prise en charge que nous offrons aux patients. Le soignant doit s'inclure dans une posture neutre et l'altérité (reconnaissance et l'acceptation de la différence de l'autre). L'IPA pourra se former si elle le souhaite afin d'être plus à l'aise avec ce type de patient avec par exemple le programme MIGSANTÉ (28) L'objectif est de favoriser l'interculturalité en dénouant au mieux les stéréotypes enfouis dans l'imaginaire collectif.

Comparaison à la Littérature

L'IPA se montre disponible pour le patient à tout moment de sa vie et quel que soit son état de santé comme le précisent Renaud et Lafontaine : « La promotion de la santé se situe à chaque moment du continuum santé-maladie, en amont comme en aval. Il ne s'agit pas d'un processus linéaire, mais au contraire, d'un processus qui a lieu à tous les stades de la vie, et à tous les états de santé. » (24)

Le soignant peut adopter dans la prise en charge des patients maghrébins et musulmans ayant une pathologie chronique stabilisée un principe de salutogenèse qui est un concept qui permet d'aborder de façon positive l'absence de pathologie en favorisant la protection et le bien-être. Cette conceptualisation du sens de la cohérence n'est possible uniquement qu'en s'axant sur les ressources même de l'individu en se concentrant sur son environnement, les facteurs biologiques et sociaux qui le composent. C'est au soignant de s'adapter au patient qu'il prend en charge afin de créer une adhésion thérapeutique et lui permettre d'obtenir toutes les clés nécessaires à la bonne gestion de sa pathologie en autonomie.

C'est l'art de se maintenir en bonne santé en développant des facteurs positifs. Le processus s'articule entre : compréhension, sens et contrôle de la pathologie.

« La *salutogenèse*, par opposition à la pathogenèse, met donc l'accent sur ce qui explique la santé plutôt que sur ce qui est associé à la maladie. Cette approche positive fait partie intégrante des démarches en promotion de la santé. (33) »

Pour mettre en place ce principe d'approche il faut prendre en compte les concepts suivants :

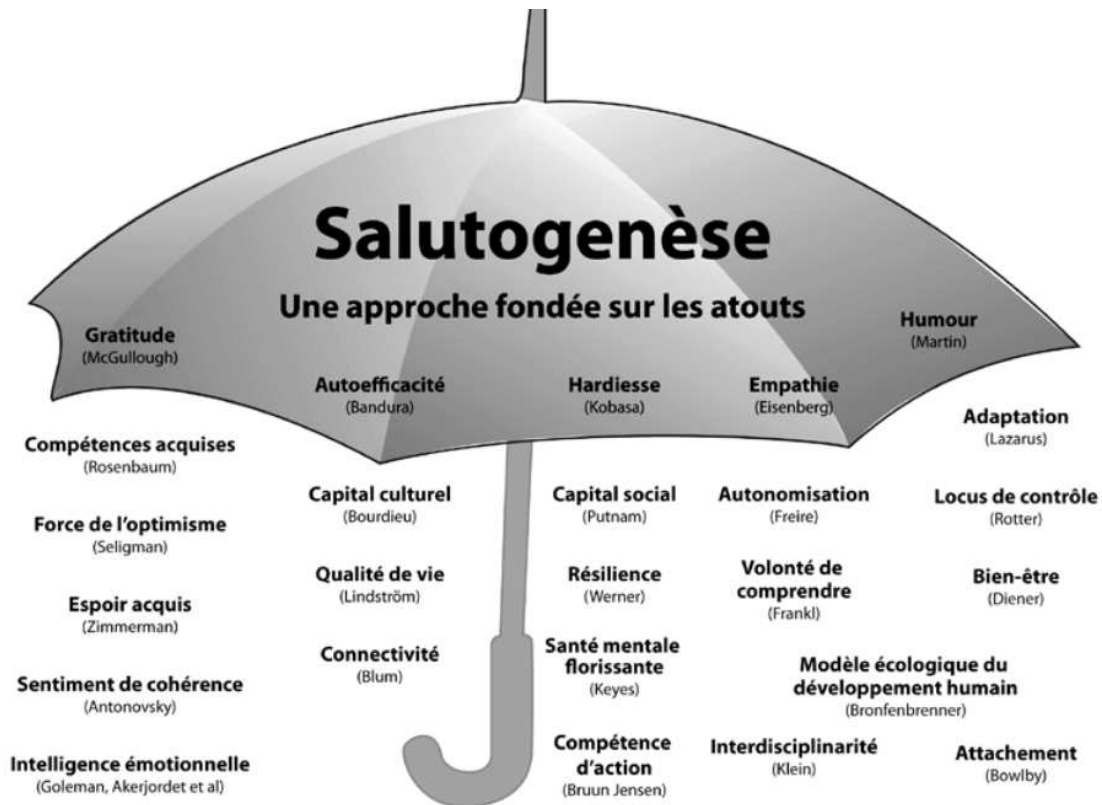
Un sentiment de cohérence : permettant une prise en charge cognitive, comportementale et motivationnelle. Plus le patient se sentira capable de gérer les problèmes qui le concernent, plus il retrouvera confiance en lui-même. Il est essentiel de prendre en considération la cohérence en fonction de son environnement, ainsi que d'un facteur plus subjectif : la qualité de vie perçue par le patient.

Ainsi que des ressources globales de résistance : en effet les ressources que possède l'individu lui permettra d'être dans des conditions optimales pour faire face aux pressions.

Cela implique un travail intensif en amont, comprenant la fourniture de connaissances théoriques, l'éducation du patient, la gestion des échecs, l'utilisation de techniques d'entretien

motivationnel, tout en mettant constamment en avant les aspects positifs pour féliciter le patient pour les progrès déjà accomplis. Rester dans une démarche positive est essentiel.

« Le parapluie salutogénique (figure 18) présente d'autres théories et concepts qui contribuent à cette orientation positive relative à la santé. (34)



» Figure 18 [Le parapluie salutogénique. Lindström, B. et Ericksson, M. (2012)]

Tous ces idées positives et qui encouragent le progrès du patient sont des façons de penser qu'il est important de faire comprendre. Cela leur permettra à la fin d'être indépendant et d'agir pour leur propre santé.

Le rôle de l'IPA est également de pouvoir agir en amont, c'est-à-dire avant que les problèmes ne surviennent, et de travailler en collaboration avec le patient. L'IPA est disponible pour soutenir le patient et pourra proposer des consultations à distance si nécessaire. Cependant, il faut se rappeler que les consultations à distance ont leurs limites et ne conviennent pas à tous les cas. L'IPA peut apporter une aide à distance dans une certaine mesure, mais il est important de prendre en considération les freins de ce mode de consultation. L'objectif de cette démarche est de donner au patient les outils pour être autonome et pour anticiper les éventuels problèmes

de santé, ainsi il sera en capacité de gérer les tensions dans la majorité des cas par lui-même en suivant ce processus (figure 19).

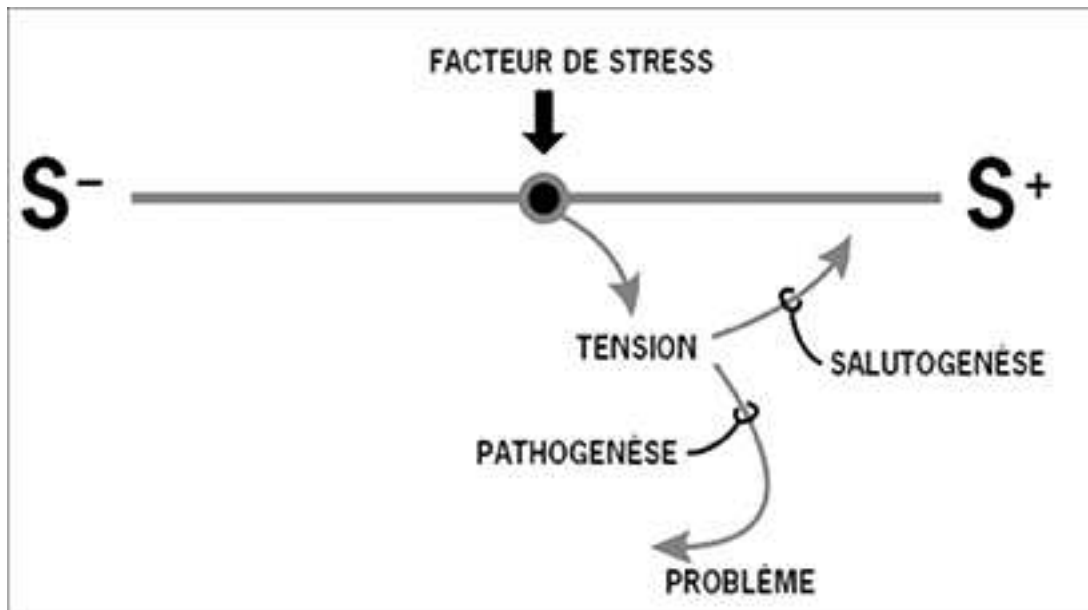


Figure 19 [Le continuum santé-maladie. Source : Roy et O'Neill, 2012] (36)

Plutôt que de se focaliser sur les causes de la maladie, la salutogenèse s'intéresse à ce qui favorise la santé. Antonovsky a étudié (36) des femmes ayant survécu à des événements traumatisants comme l'Holocauste, cherchant à comprendre pourquoi certaines d'entre elles pouvaient maintenir un état de santé satisfaisant malgré ces expériences difficiles. Il a développé la théorie du stress et a proposé que le "sentiment de cohérence" soit crucial pour promouvoir la santé. Ce sentiment, composé de trois concepts : intelligibilité, maîtrise et sens.

Toujours dans l'objectif d'améliorer l'autonomisation du patient, nous avons évoqué dans la phase conceptuelle la littératie en santé qui vient compléter le concept de salutogenèse en renforçant le comportement de satisfaction, de compréhension, d'accès à la connaissance et mise en application.

« Cette meilleure compréhension permet aux individus de porter des jugements et de prendre des décisions dans leur vie quotidienne relatives aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie tout au long de leur vie. » (26) Car en effet, le transfert de connaissance d'un soignant vers un patient permettra une meilleure optimisation des soins. Toutes ces étapes visent un seul objectif : éviter les décompensations.

Dans les entretiens réalisés au cours de cette étude, il est clair que la religion occupe une place importante dans la vie des patients musulmans. Pour une prise en charge adéquate, il est primordial de reconnaître et de prendre en considération leurs croyances religieuses.

L'étude « des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge »

(35) nous montrent l'impact de la dimension comportementale de la religion sur la santé.

« Si l'ensemble de ces résultats semble converger, une distinction non négligeable doit être prise en compte, le rôle des pratiques religieuses publiques ou privées. » (35)

Enfin, lors de l'utilisation de la téléconsultation, il faut toujours partir des caractéristiques propres du patient, son adaptabilité et sa capacité à utiliser l'information afin de prendre des décisions éclairées le concernant, comme le soulignent à nouveau Zenklusen *et al* :

« L'efficacité de la santé numérique est étroitement dépendante de compétences spécifiques pour naviguer dans cet environnement, compétences parfois nouvelles pour nombre de patients et inégalement réparties au sein de la population. Ces compétences relèvent de la littératie en santé numérique, concept adossé à ceux de littératie en santé. » (25)

La télémédecine peut compléter des soins traditionnels de manière sporadique, mais son déploiement appelle à la prudence. Les aspects humains tels que la relation soignant-soigné essentiels peuvent être perdus. Les interactions non verbales et émotionnelles sont atténuées. Selon Grimaldi A : « Le progressisme croit que le progrès technique est la source d'un progrès humain continu. Alors que le siècle passé nous a appris que le progrès technique est par nature ambivalent, selon l'usage que l'on en fait. Ce que le nouveau siècle nous confirme chaque jour de façon plus angoissante. Il peut libérer ou opprimer, favoriser l'autonomie ou accroître la dépendance, réduire ou accroître les inégalités sociales. » (37)

Conclusion

Les principaux résultats obtenus dans cette étude s'inscrivent dans la logique que :

La téléconsultation internationale permet de surmonter les obstacles géographiques lorsque des soins sont nécessaires en dehors du lieu de résidence habituel, comme la prescription de médicaments ou la réalisation d'analyses médicales, tout en tenant compte des diverses difficultés potentielles.

Un autre abord concernant la religion musulmane, une personne qui aidait un malade gagnait « des bons points » (*hassanate en arabe*), en considérant cela comme une très bonne action, et que si l'IPA pouvait agir à distance auprès d'une personne qui en a besoin, elle gagnerait alors beaucoup de « points » et gagnerait à son tour la bienveillance, avec à la clé une plus grande instauration de la confiance envers le patient.

Les différents échanges que j'ai eu m'ont aidé à préciser les attentes et les besoins des patients atteints de maladies chroniques qui peuvent participer activement à leur suivi. La prise en charge de ces patients est pluridisciplinaire, impliquant une équipe formée à l'éducation thérapeutique du patient ainsi qu'aux entretiens motivationnels afin d'intervenir préventivement avant le départ à l'étranger. Chaque membre de cette collaboration joue un rôle crucial, et c'est dans ce contexte que l'IPA pourrait apporter sa contribution grâce à ses compétences.

L'approche communautaire de la santé centrée sur les individus représente un défi dans la réponse aux besoins de santé, la nécessité d'une reconnaissance locale, politique et religieuse.

L'IPA devra donc s'adapter au type de population qu'elle aura en face d'elle en fonction de leur pays d'origine, de voyage, croyance et niveau d'éducation. Les résultats obtenus dans une communauté spécifique ne seront pas généralisables à un autre type de population.

L'éducation thérapeutique passe par la répétition jusqu'à amener vers l'*empowerment* tout en passant par le sentiment d'auto-efficacité, encourager la participation active du patient en respectant ses préférences, valeurs et ceux sans passer par des soins paternalistes.

L'IPA et le patient sont des partenaires de soins qui collaborent activement dans ce processus de santé. Les aspects de ce partenariat de soins passent par la communication, prise de décision partagée, autonomie du patient, respect mutuel, éducation et responsabilisation. Ce processus est indispensable afin que le patient gère au mieux sa santé en voyage loin de ses soignants habituels mais également mieux anticiper son retour.

L'objectif est de prévenir les décompensations, les situations de détresse, les manques et interruptions thérapeutiques, et ainsi limiter le sentiment d'échec tant pour le patient que pour

le soignant, tout en réduisant l'épuisement psychologique lié à la maladie, entraînant ainsi une amélioration des échanges, de suivi et de qualité de vie.

L'IPA pourra tout de même se rendre disponible par le biais de la téléconsultation lors du voyage des patients s'ils en ressentent le besoin en fonction de leur adhésion à ce type de consultation et de la nécessité. **Cependant, cette étude révèle qu'une utilisation sera relativement faible de la téléconsultation à distance**, car les solutions qui seront offertes seront finalement très restreintes. La téléconsultation, lorsqu'elle implique des consultations entre différents pays, présente une double complexité.

Cette recherche souligne surtout l'importance de prévenir la nécessité de recourir à la téléconsultation, en évitant que le patient ait besoin de l'assistance du soignant pendant ses voyages et en prévenant toute décompensation en amont.

Enfin, l'objectif ultime est de renforcer la confiance, littératie et salutogenèse du patient afin qu'il ne se prive pas de vacances pour des raisons telles que celles mentionnées dans l'étude Eurostat, réalisée en 2016, qui a démontré que plus d'un tiers de la population de l'Union européenne n'a pas effectué de séjour touristique dont 20 % d'entre eux pour des raisons de problèmes de santé.

ANNEXE I

Guide d'entretien mémoire

- 1 - Comment qualifieriez-vous votre état de santé de santé ?
- 2 - A quelle fréquence et combien de temps repartez-vous dans votre pays d'origine ?
- 3 - Comment se passe la gestion de votre/vos pathologies durant votre séjour ?
- 4 - Avez-vous déjà rencontré des difficultés pendant un séjour de longue durée ?
- 5 - Avez – vous déjà rencontré des difficultés lors de votre retour de séjour (manque de traitement à domicile, prise de rdv long ...) ?
- 6 - Selon vous, quel aurait pu être le moyen de vous aider ?
- 7 - Pensez-vous qu'un rendez-vous en ligne avec un professionnel de santé en France lors de votre séjour aurait pu vous aider suite à votre difficulté ?
- 8 - Avez-vous facilement un accès aux nouvelles technologies dans votre ville d'origine pour pouvoir réaliser une télé consultation ?
- 9 - Pensez-vous avoir toutes les structures (pharmacie, cabinet, laboratoire, hôpital) nécessaire au maintien de votre santé dans votre pays d'origine lors de votre voyage ?
- 10 – Pensez – vous qu'un contact avec un professionnel de santé Français aurez pu vous aider à anticiper les problématiques de retour ?
- 11 – Trouvez-vous que votre état de santé s'est déjà dégradé durant vos voyages dans votre pays d'origine ?
- 12 - Avez-vous quelque chose à ajouter ou à suggérer ?

ANNEXE 2

Déclaration de traitement de données personnelles

Bonjour, je suis Boudersa Coralie, étudiante en tant qu'Infirmière en Pratique Avancée.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'intérêt de la téléconsultation dans l'orientation en soins primaire.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'avantage et les inconvénients de la téléconsultation de suivi lors des voyages à l'étranger dans votre pays d'origine et également afin de voir si nous pouvons mieux prévoir votre retour pour éviter les décompensations.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être français, ayant des origines étrangères, partant dans votre pays d'origine plus de 3 mois/an et ayant une pathologie chronique et stabilisés.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-164 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats Scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : coralie.boudersa.etu@univ-lille.fr

ANNEXE 3

Exemple de bande de codage par entretien : Entretien N 1 patient N.

Requête non... Entretien N 1...

Entretien N 1 N

Bandes de codage Surligner Encodage Annotations Panneau de code Édition

CB : C'est à dire quand tu dis que on ne peut vraiment pas se soigner, c'est pas vraiment ?

N : Parce que système médical, pas le même, les infrastructures. Et la manière de soigner n'est pas la même qu'en France.

CB : Et toi, tu préfères celle en France ou tu penses vraiment que là-bas tu ne peux pas acquérir le même soin ? Enfin qu'est-ce qui te dérange ?

N : TOUT !!! (Très fort) T'as pas forcément (rire), non mais c'est vrai. Alors si t'interroges ma mère, elle va te dire tu vas là-bas quand tu rentres à l'hôpital, c'est pour mourir hein ! T'as pas forcément tout de suite accès au scanner radio et compagnie en règle générale, Quand tu vas à l'hôpital pour n'importe quelle maladie on te fait une piqûre ! Tu vois et tu ne sais pas forcément quel médicament ont injecte forcement. Tu as une petite allergie, tu as un truc, on te pique. Et Ah ouais, exemple, je suis allergique, moi aux punaises de lit.

Et je suis allée chez l'oncle de ma mère. J'étais, jeune quand même j'étais gonflée de la tête au pied, mon œil m'est vraiment triplé de volume et tout du coup je vais à l'hôpital et la première chose qu'ils vont faire, c'est m'injecter, me faire une piqûre et quand tu parles à la population genre : t'es malade c'est « Ah bah va au centre ils vont te faire une piqûre. » C'est normal pour eux. C'est normal, c'est normal. Et tu vas chez le médecin, on va te prescrire des médicaments, on va te donner une ordonnance mais parfois bah t'as pas les médicaments. Exemple typique, ma grand-mère qui a des problèmes cardiaques, qui doit prendre un médicament, elle doit prendre un médicament par jour du Xarelto qui n'existe pas en Algérie. Il n'y a pas d'équivalent en dehors, mais c'envoyé de France par notre famille. Et il y a genre en Algérie, en fait, les cardiologues demandent si genre il y a de la famille à l'étranger ou pas pour pouvoir se procurer ?

CB : Non ? Bah ils ont un autre médicament en Algérie non ?

N : Avec tous les effets secondaires, parce qu'au départ ma grand-mère, elle avait un autre médicament et la cardio lui avait dit Bah il y en a un autre mais ici c'est introuvable ou tu as une boîte tous les 10 ans tu vois, ici c'est introuvable. Elle dit : est-ce que vous pouvez vous fournir à l'étranger ? Et du coup elle est dit bah oui moi j'ai mes filles donc du coup elles pourront elles pourront fournir donc elle lui a prescrit et maintenant elle a plus les effets qu'elle avait avec l'autre médicament.

CB : Pourquoi l'Algérie ne se fournit pas en France ?

N : Alors ça, il en ai aucune idée

PANNEAU DE CODE

Faites glisser le contenu sélectionné dans ce panneau pour coder vers des codes et des cas existants.

Codes

- connectivité
- conseil medecin etranger
- education thérapeutique
- Manque de confiance
- Norme differente
- Penurie medicamenteuse
- politique internationale
- qualité des soins
- religion
- Sytème social etranger
- tarification des soins

Cas

Aucun cas pour l'encodage. Vous pouvez créer des cas dans l'onglet Créer.

BIBLIOGRAPHIE

Documents en ligne

1. INSEE. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>. Consulté le 16 juin 2023.
2. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liée à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique 2009/2 (Vol. 60), pages 385 à 411.
3. INSEE. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/~:text=Les%20immigrés%20sont%20donc%20plus,écart%20résulte%20de%20plusieurs%20facteurs>. Consulté le 16 juin 2023.
4. Légifrance. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324513> Consulté le 17 juin 2023.
5. Ameli. [En ligne] <https://www.ameli.fr/lille-douai/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>. Consulté le 17 juin 2023.
6. Ameli. [En ligne] <https://www.ameli.fr/lille-douai/infirmier/textes-referance/convention/avenants>. Consulté le 17 juin 2023.
7. Cairn. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-563.htm>. Consulté le 17 juin 2023.
8. Promo Santé Ile-de-France. [En ligne] <https://www.promosante-idf.fr/file/237>. Consulté le 17 juin 2023.
9. Cairn. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-385.htm?ref=doi>. Consulté le 18 juin 2023.
10. Cairn. [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-4-page-313.htm>. Consulté le 18 juin 2023.
11. INSEE. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793314?sommaire=6793391>. Consulté le 4 août 2023.

12. IRDES. [En ligne] <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf>. Consulté le 4 août 2023.
13. Aidecancer68. [En ligne] https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Faidecancer68.fr%2Fle-parcours-patient%2Fipa-infirmiere-de-pratique-avancee&psig=AOvVaw2D51nrOrThGYKpZoT_M-3D&ust=1691230641692000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBEQjRxqFwoTCNC_9Z7jwoADFQAAAAAdAAAAABAQ. Consulté le 4 août 2023.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne] <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>. Consulté le 4 août 2023.
15. Bien Enseigner. [En ligne] <https://www.bienenseigner.com/demarche-inductive/>. Consulté le 21 septembre 2023.
16. L'Hermitte T. Le financement des actes de télémédecine, en pratique. Présenté lors de la Journée régionale de la télémédecine 2019 ; Sarthe, France. Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Thibaut%20LHERMITTE.pdf> consulté le 19 février 2024.
17. IRDES. [En ligne] <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>. Consulté le 23 novembre 2023.
18. Sortlist. [En ligne] <https://www.sortlist.fr/blog/pyramide-de-maslow/>. Consulté le 4 décembre 2023.
19. Société française de santé publique. (2016). Poser le cadre – Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. *Rapport de séminaire*. <https://www.sfsp.fr/images/SFSP-Rapport-ISS1-web.pdf> Consulté le 20 février 2024.
20. CFEF. [En ligne] https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf. Consulté le 4 décembre 2023.

21. Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne] <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/#:~:text=Une%20maladie%20chronique%20est%20une,incapacités%2C%20voire%20des%20complications%20graves>. Consulté le 5 décembre 2023.
22. Eurostat. [En ligne] <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9030510/4-29062018-BP-FR.pdf/af1c8027-b2ec-448d-8953-6affb1cb1941>. Consulté le 5 décembre 2023.
23. Ameli. [En ligne] <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/preparer-trousse-medicaments-voyage>. Consulté le 5 décembre 2023.
24. Renaud, L. et Lafontaine G. (2018). Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique, 2^{ème} éd. Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), Collection Partage. Consulté le 20 février 2024
25. Cairn. [En ligne] <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante--9782880495121.htm>. Consulté le 6 décembre 2023.
26. Reflis. [En ligne] <https://reflis.fr/litteratie/>. Consulté le 7 décembre 2023.
27. Promo Santé IDF. [En ligne] <https://www.promosante-idf.fr/dossier/litteratie>. Consulté le 7 décembre 2023.
28. Migration Santé. [En ligne] <https://migrationsante.org/wp-content/uploads/2023> . Consulté le 7 décembre 2023.
29. INSPQ. [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-projet-l-adapter/quels-sont-facteurs-influençant-degré-littératie-en-santé>. Consulté le 10 décembre 2023.
30. Prof. N. MIDOUN, Médecin Chef de Service Épidémiologie et Médecine Préventive – EHU Oran. Faculté de Médecine d'Oran, Mai 2014. Evidence Based Medicine La médecine fondée sur les niveaux de preuve, lecture critique et aide à la décision. Cours de graduation 6 -ème année de médecine « organisation du système de santé et économie de Santé » Consulté le 18 février 2024.

31. Sackett DL & al., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, no 7023, janvier 1996, p. 71–2 (PMID 8555924, PMCID 2349778) Consulté le 18 février 2024.
32. 1. Khouani, J.; Landrin, M.; Boulakia, R.C.; Tahtah, S.; Gentile, G.; Desrues, A.; Vengeon, M.; Loundou, A.; Barbaroux, A.; Auquier, P.; et al. Incidence of Sexual Violence among Recently Arrived Asylum-Seeking Women in France: A Retrospective Cohort Study. *Lancet Reg Health Eur* 2023, 34, 100731, doi:[10.1016/j.lanepe.2023.100731](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100731). Consulté le 19 février 2024.
33. Breton, E., Jabot, F., Pommier, J. et Sherlaw, W., Chambaud, L., Comeau, L. (2020). *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (2ème éd.). Presses de l'EHESP. Consulté le 20 février 2024.
34. Lindström, B. et Ericksson, M. (2012). *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Presses de l'Université Laval. Consulté le 20 février 2024.
35. Bailly N, Roussiau N, Fleury-Bahi G. Étude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge. *Bull Psychol.* 2011/2 ;512 :149-154. Consulté le 20 février 2024.
36. Antonovsky A, Pour une promotion de la santé : la salutogénèse [Internet]. Québec: CHU de Québec; [1 août 2013]. Disponible sur : <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/nous-joindre/autres/pour-une-promotion-de-la-sante-la-salutogenese.aspx>". Consulté le 20 février 2024.
37. Grimaldi A. La télémédecine va-t-elle bouleverser la relation médecin-malade ? *Les Tribunes de la santé.* 2019 ;2 (60):81-85. Consulté le 21 février 2024.

Cours d'enseignement filière IPADE

Baudry AS. Prédiction des comportements de santé. Master Coordination des Trajectoires de Santé, Master Infirmier en Pratique Avancée. – Modèles de comportements de santé et changement de comportements. Octobre 2022

DEFEBVRE MM. Cours d'enseignement filière IPADE Master de coordination Modules de santé publique A1A2. Médecin de santé publique. Novembre 2022.

(30) CHARANI C. Le médecin de premier recours - Les modèles d'offre de soins de premier recours. Médecin de famille en MSP à Croix Praticien HAD SYNERGIE / GHICL – chef de service Président de la CPTS de la Marque. Mars 2023.

ALCARAZ Morelle I. Personnes en situation de précarité. Master Coordination des trajectoires de santé novembre 2022.

BERKHOUT C. Analyse des vulnérabilités et des risques liés à la situation du patient. Février 2023.

MATHIEU P. Conférence Cartésia sur la télémédecine. Médecine du travail. Consulté le 29 octobre 2023.

GUEDON-MOREAU L. Télémédecine et télésurveillance des dispositifs électroniques cardiaques implantables. Le 24 novembre 2023.

Ouvrages et revues

Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité. Revue économie et statistique N° 391-392, 2006. UMR379, épidémiologie et sciences sociales appliquées aux innovations médicales – INSERM. Consulté le 8 septembre 2023.

Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique 2015/5 (Vol. 27), pages 679 à 690. Consulté le 8 septembre 2023.

Domin JP, Raully A. Téléconsultation médicale : les enjeux d'un nouveau marché pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. RECMA 2019/2 (N° 352), pages 26 à 41. Consulté le 8 septembre 2023.

Marx P. La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? Regards 2020/2 (N° 58), pages 191 à 197. Consulté le 9 septembre 2023.

Eliçabe R, Guilbert A, Overney L, Haeringer AS. Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie. Jusqu'à la mort accompagner la vie 2013/1 (n° 112), pages 11 à 25. Consulté le 9 septembre 2023.

Société française de santé digitale. Le télé soin au Cœur de l'innovation des parcours n santé : ADDENDUM : les infirmier(e)s en pratiques avancées (IPA) au cœur du télésoin - Préconisations et témoignages pour mener à bien son projet. Consulté le 20 septembre 2023.

Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? Les soins primaires en question(s) (2021), pages 5 à 13. Consulté le 23 novembre 2023.

Faussat C, Bonnin A, Hilt D, Rivière-da Silva F, Baissin C, Michels D, et al. Étude qualitative de l'acceptabilité de la téléconsultation pour le traitement préventif du VIH. Santé Publique 2022/4 (Vol. 34), pages 537 à 547. Consulté le 23 novembre 2023.

European General Practice Research Network. Approche communautaire en médecine de premier recours - Les leçons du congrès de l'automne 2006. Développement professionnel continu. Consulté le 4 décembre 2023.

Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? Volume 14, Issue 2. Consulté le 4 décembre 2023.

Grimaldi A. La télémédecine va-t-elle bouleverser la relation médecin-malade ? Les Tribunes de la santé 2019/2 (N° 60), pages 81 à 85. Consulté le 5 décembre 2023.

Cargnello-Charles E, Franchistéguy-Couloume I. Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? *Management & Prospective* 2019/3 (Volume 36), pages 69 à 89. Consulté le 5 décembre 2023.

Zenkhusen S, Bischoff T, Panese F, Bodenmann P. Évaluation de la littératie en santé. *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* (2022). Consulté le 5 décembre 2023.

Bodenmann P, Jackson Y, Vu F, Wolff H (éditeurs). *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*. Médecine & Hygiène, 2022. Consulté le 6 décembre 2023.

Haut Conseil de la Santé Publique. *Stratégie nationale de santé 2023-2033 : contribution du haut conseil de la santé publique*. Collection Avis et Rapports- Mars 2023. Consulté le 7 décembre 2023.

Promo Santé ile de France. Focus #6 - Littératie en santé et migrants/immigrés. 02.12.2019. Consulté le 7 décembre 2023.

La Santé en action, Décembre 2017, n°442 Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. Consulté le 7 décembre 2023.

Mokrane S, Tilmans-Cabiaux C, Ravez L. *Interculturalité et soins de santé. Un questionnement éthique*. Namur : Presses universitaires de Namur, coll. Épistémologie et Éthique du vivant, 2013 : 253 p. Consulté le 7 décembre 2023.

Migrations Santé. *Rapport d'activité 2022 : Se mobiliser, Agir, Accompagner, Soutenir*. Consulté le 8 décembre 2023.

Table des matières

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	6
Glossaire	7
Introduction Générale	8
Introduction Théorique	10
Expérience Personnelle	10
La Téléconsultation	11
L’infirmière en Pratique Avancée : Rôle et Décret	13
IPA Libérale et le Suivi Trimestriel	14
La santé communautaire : un enjeu	15
Précarité et Immigration	19
Pathologie chronique	21
Soins primaires	22
Lien entre décompensation et voyage	24
Problématique Principale	25
Les Objectifs	25
Question de Recherche	26
Méthode	26
Conception	26
Le Guide d'Entretien	27
La Population	28
Les critères d’inclusion	28
Les critères d’exclusion	28
Le Recrutement et le Cadre des Entretiens	28
Les Outils de Collecte	29
L’Analyse	29
Les Limites et Biais de la Recherche	29
Description des Données	30
Codage ouvert	30
Codage Axial	30
Création des thématiques	31
Résultats	34
Population	34

L'organisation à la Connectivité	35
La Relation de Confiance	35
La Tarification des Soins	36
Le Système Social Etranger	37
La Communication Interculturelle et la Religion	37
La Pénurie Médicamenteuse	38
L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et L'Adhésion aux Soins	38
L'Acceptabilité de la Téléconsultation et la Plus-Value Perçue	39
Discussion	40
Synthèse	40
Limites	40
Interprétation	41
Comparaison à la Littérature	43
Conclusion	47
ANNEXE I	49
ANNEXE 2	50
ANNEXE 3	51
BIBLIOGRAPHIE	52
Documents en ligne	52
Cours d'enseignement filière IPADE	56
Ouvrages et revues	56
Table des matières	59
ENTRETIEN N 1 anonymisé patient « N »	61
ENTRETIEN N 2 anonymisé patient « M »	66
ENTRETIEN N 3 anonymisé patient « K »	69
ENTRETIEN N 4 anonymisé patient « E »	73
ENTRETIEN N 5 anonymisé patient « F »	76
ENTRETIEN N 6 anonymisé patient « G »	79
JOURNAL DE BORD	82
Synopsis	85

ENTRETIEN N 1 anonymisé patient « N »

CB : Comment tu qualifierais ton état de santé ?

N : Mon état de santé, je dirais entre 0 et 10.

CB : Ouais, comme tu veux, en chiffre ou en mot.

N : Ouais, je le mettrai à 6.

CB : Très bien. Et à quelle fréquence et combien de temps repars-tu dans ton pays natal ?

N : Maintenant une fois par an, avant, c'était plus. Je reste souvent toute la période de l'été.

CB : Avant, c'était plus OK, très bien. Comment se passe la gestion de ta pathologie durant le voyage ?

N : Oh plutôt bien.

CB : Plutôt bien. Et est-ce que tu as déjà rencontré des difficultés pendant un séjour de longue durée au niveau de ta santé ?

N : Oui, parce que tu ne peux pas vraiment te soigner là-bas.

CB : C'est à dire quand tu dis que on ne peut vraiment pas se soigner, enfin pas vraiment ?

N : Parce que système médical, pas le même, les infrastructures. Et la manière de soigner n'est pas la même qu'en France.

CB : Et toi, tu préfères celle en France ou tu penses vraiment que là-bas tu ne peux pas acquérir le même soin ? Enfin qu'est-ce qui te dérange ?

N : TOUT !!! (Très fort) T'as pas forcément (rire), non mais c'est vrai. Alors si t'interroges ma mère, elle va te dire tu vas là-bas quand tu rentres à l'hôpital, c'est pour mourir hein ! T'as pas forcément tout de suite accès au scanner radio et compagnie en règle générale, Quand tu vas à l'hôpital pour n'importe quelle maladie on te fait une piqûre ! Tu vois et tu ne sais pas forcément quel médicament ont injecte forcément. Tu as une petite allergie, tu as un truc, on te pique. Et Ah ouais, exemple, je suis allergique, moi aux punaises de lit.

Et je suis allée chez l'oncle de ma mère. J'étais, jeune quand même j'étais gonflée de la tête au pied, mon œil m'est vraiment triplé de volume et tout du coup je vais à l'hôpital et la première chose qu'ils vont faire, c'est m'injecter, me faire une piqûre et quand tu parles à la population genre : t'es malade c'est « Ah bah va au centre ils vont te faire une piqûre. » C'est normal pour eux. C'est normal, c'est normal. Et tu vas chez le médecin, on va te prescrire des médicaments, on va te donner une ordonnance mais parfois bah t'as pas les médicaments. Exemple typique, ma grand-mère qui a des problèmes cardiaques, qui doit prendre un médicament, elle doit prendre un médicament par jour du Xarelto qui n'existe pas en Algérie. Il n'y a pas d'équivalent en dehors, mais c'envoyé de France par notre famille. Et il y a genre en Algérie,

en fait, les cardiologues demandent si genre il y a de la famille à l'étranger ou pas pour pouvoir se procurer ?

CB : Non ? Bah ils ont un autre médicament en Algérie non ?

N : Avec tous les effets secondaires, parce qu'au départ ma grand-mère, elle avait un autre médicament et la cardio lui avait dit Bah il y en a un autre mais ici c'est introuvable ou tu as une boîte tous les 10 ans tu vois, ici c'est introuvable. Elle dit : est-ce que vous pouvez vous fournir à l'étranger ? Et du coup elle est dit bah oui moi j'ai mes filles donc du coup elles pourront elles pourront fournir donc elle lui a prescrit et maintenant elle a plus les effets qu'elle avait avec l'autre médicament.

CB : Pourquoi l'Algérie ne se fournit pas en France ?

N : Alors ça, j'en ai aucune idée.

CB : On sait pas pourquoi il préconise d'aller se soigner en France, mais pourquoi il s'inclut pas dans le marché mondial des traitements ?

N : Je sais pas, après je pense qu'ils se fournissent aussi beaucoup en en Chine tu vois genre pour COVID c'était le vaccin Chinois.

CB : Ouais donc là si je veux savoir, faut plus que je parte dans des trucs politiques, aller voir un petit peu pourquoi ?

N : De savoir pourquoi, comment, comment se fournissent les pharmacies algériennes ? Est-ce que tu as des est-ce que tu as des industries algériennes du médicament, tu sais même de genre dans la famille ou quoi ? Les amis nous demandent du Doliprane français parce qu'ils n'ont pas le même doliprane. Il y a aucune équivalence. Tu as du Doliprane en Algérie, mais tu sais ce n'est pas la même forme, apparemment ce n'est pas le même.

CB : Ouais donc en fait t'as quand même je trouve que si je résume t'as aussi moins confiance toi ?

N : Ah totalement hein. Totalement. En revanche, je ne mets pas en cause la qualité et la formation des médecins. C'est un souci d'infrastructure, d'accès au matériel d'accès aux médicaments. Dans les hôpitaux, il y a des fois où bah ils vont t'envoyer à l'extérieur pour faire une prise de sang. Tu vois alors que tu es à l'hôpital. Ils vont t'envoyer à l'extérieur pour faire un scanner.

CB : En fait, toi tu toi bah en fait tu peux comparer parce que tu habites en France. Mais les Algériens qui n'ont jamais bougé d'Algérie, bah ça leur convient ?

N : Non, ça non. Je pense qu'ils n'ont pas de je pense qu'ils voient aussi que c'est un peu n'importe quoi. Après tu sais tu as l'accès à la mondialisation, la télé et compagnie. Ils savent comment ça se passe ailleurs et comment c'est ici. Je pense qu'ils se rendent bien compte que

ce n'est pas génial mais ils n'ont pas le choix surtout. Tu vois un accouchement là-bas se fait pas du tout de la même manière. Déjà tu rentres dans la journée même. Je l'ai bien vu avec mes cousines, eux ils sont tu sais comme au Brésil un peu pro césarienne. Le Brésil, c'est très devenu comme ça, genre ne t'as pas envie de de d'accoucher par voie basse, tu peux prévoir une césarienne, ouais donc enfin je veux dire, c'est moins protocolisé que la France quoi.

CB : Et du coup tu m'as dit que t'as du coup t'as rencontré des problèmes dans tes voyages en Algérie pour te soigner, qu'est-ce que tu penses qu'ici en France, on aurait pu mettre en place pour t'aider à distance ? Est-ce que tu penses que, enfin qu'elle aurait pu être les moyens selon toi pour te venir en aide quand tu as eu un problème de santé par exemple ? Ton l'exemple que t'as pris pour ton allergie de punaises de lit, à ton avis ? Quel moyen j'aurais pu mettre en place pour te venir en aide à distance ?

N : Le problème, c'est que j'ignorais cette allergie. Donc l'ignorance de cette allergie fait que Ben pas le choix, tu vois de de de faire appel à eux directement. Si j'étais au courant, peut-être que genre une ordonnance par visio genre t'as l'habitude, t'as l'habitude d'avoir ça, t'as pas t'as pas ton traitement sur toi et ben tu prends contact avec ton médecin en visio comme ça se fait maintenant et il peut te faire peut-être une ordonnance en disant bon ben il faut ça, ça, ça et essayer de le fournir sur place.

CB : Est-ce que t'as le médicament ou pas ?

N : Tu ne le sais pas à l'avance mais après franchement à distance je ne vois pas comment. Comment ça aurait pu m'aider en fait ?

CB : Peut-être plus dans ta pathologie chronique, s'il te manque quelque chose, par exemple, t'es parti sans ton traitement peut être plus à distance où là-bas tu peux acheter des médicaments sans ordonnance ?

N : Alors tout dépend. T'as des médicaments qui se vendent avec et des médicaments qui se vendent sans après j'imagine qu'une ordonnance française est valable aussi en Algérie parce qu'une ordonnance algérienne est valable en France. Par exemple de ma grand-mère, on l'achète avec l'ordonnance algérienne, sinon ce n'est pas un médicament que tu peux acheter sans ordonnance.

CB : Ah ouais, l'Algérie elle ne veut pas quand même, ils ne sont pas ouverts à donner des médicaments comme ça ?

N : Ouverte, non, non, ils font des ordonnances, T'as quand même une législation derrière. Mais je suppose qu'une ordonnance française fonctionne comme une ordonnance algérienne fonctionne en France. En règle générale, il y a toujours la réciprocité, donc j'imagine que...

CB : Et est-ce que tu penses que partout en Algérie, là où en tout cas, toi tu vas, tu as accès à

Internet ?

N : Alors là où je vais, oui, mais il n'y a pas accès à internet partout.

Encore maintenant en 2023 ils sont encore qu'en 4G, ils viennent de mettre la 4G, ils ne sont pas passés à la 5 encore.

CB : Et du coup la dernière c'est avez-vous quelque chose à me suggérer du coup ? Ou à rajouter ?

N : Ouais, du coup peut-être plus genre sur les législations que tu te renseignes plus sur ça quoi. Enfin sur l'accès, l'accès aux médicaments.

CB : Toi, tu penses que tu pourras à l'avenir penser à appeler sur Doctolib par exemple en visio un professionnel de santé quand tu seras en problème en Algérie, c'est une possibilité que tu avais déjà dans ta tête ?

N : Ah c'est oui, c'est clairement possible. Enfin parce que là où je vis, il y a l'accès, il y a l'accès à internet et compagnie et mais après je pense que le médecin en face de moi ou l'infirmière ou quoi il faut qu'elle sache comment.

Le système fonctionne aussi, tu vois s'il ne sait pas comment je peux me fournir des médicaments et compagnie, je ne vois pas comment il va m'aider davantage.

CB : Après il pourra peut-être t'aider à diagnostiquer à t'apprendre, à diagnostiquer certains signes d'urgence.

N : Ah oui, sur ça oui je trouve ça. Bah comme si tu faisais aussi une visio chez toi.

Enfin ça ne change rien. Moi j'imagine très mal les personnes âgées tu vois ? Enfin je vois même ma mère si ce n'est pas nous qui la pousseront à faire ça. Genre on lui prend son rendez-vous et compagnie elle ne le fera pas c'est une question de génération. Ouais, je ne sais pas si c'est parce qu'ils se négligent, ou parce que c'est des gens qui sont nés en Algérie, qui sont plus dans la résilience. Après c'est parce que déjà c'est cher. Je le, je le vois, regarde la simple différence entre. Dans la même famille, entre ma mère et sa grande sœur, elles ont quoi ? 5 ans d'écart qui elle en plus a une pathologie, elle a du diabète. Elles ne se soignent pas comme elles devraient se soigner parce que par les opérations sont hyper chères, parce que les médicaments sont chers, parce que je trouve que la prévention n'est pas assez n'est pas assez présente dans le pays. Tu vois ? Enfin je trouve qu'en France on parle beaucoup du diabète, on fait vachement gaffe et tout elle, elle prend ça tellement à la légère je trouve. Enfin elle doit se faire opérer des yeux. Ben ça fait déjà 6 mois qu'elle doit se faire opérer des yeux. Bah du coup ouais ce n'est pas grave ... Après t'as aussi peut-être aussi une question de religion qui rentre en compte. Tu vois du genre « Ah c'est le destin si j'ai ça tout ça » après faut leur faire comprendre que non, dans la religion on te dit qu'il faut te soigner, qu'il ne faut

pas abandonner son corps et c'est hyper important, tu vois de faire de soigner son corps comme le sport, comme une bonne alimentation et compagnie. Tu vois enfin pour le coup, c'est comme chez les cathos, tu vois la gourmandise c'est un péché, mais tu ne dois pas manger à outrance, tu dois faire du sport, tu prends soin de ton corps en fait tu prends soin de ta santé. Tu ne fais rien qui puisse détruire.

CB : Intéressant. Et puis je vois que ça ne va pas être facile de mettre en place de la téléconsultation chez mes patients à distance quoi.

N : Qui déjà, il faut qu'ils arrivent là-bas, qu'ils se mettent une puce avec une connexion. Tu vois. Enfin parce que t'as pas dans toutes les maisons un ordinateur. Voilà en règle générale, si t'as Internet c'est que via le téléphone.

Là, donc, il faut qu'ils aient un smartphone aussi. C'est moins important pour eux la connectivité par rapport à la France, ils sont moins connectés quand même. Alors les jeunes sont très connectés, les vieux un peu moins. Moins que les Français, quoi. Alors en revanche, les jeunes, ils sont hyper connectés autant. Plus que nous. Après, ça se fait beaucoup parce que surtout s'ils ont un lien avec la France, tu vois Face Time et WhatsApp et tout du coup ils aiment bien. Tu vas appeler en visio et tout.

CB : Ça ouais, j'ai remarqué que c'était une force par rapport à mon objet de recherche parce que souvent ils sont connectés à leur famille, même les personnes âgées justement pour avoir des liens avec leur famille à l'étranger.

N : Voilà pour avoir le lien, tu vas l'avoir après en fait, il faut que ce soit simple pour eux. Il faut limite que tu sois enregistré déjà dans leur WhatsApp, ils cliquent et ils te parlent. T'en demande trop d'aller sur Doctolib et prendre le rendez-vous, tout ça. En revanche, le numéro il est enregistré, il clique dessus, il le ferait beaucoup plus facilement. Je pense ouais, voire même sans rendez-vous quoi. Ah ah. Il le ferait sans rendez-vous. Tu vois, il t'appelle et limite ils prennent leur rendez-vous là sur place mais. Il m'appellerait pour me dire Oui, ça ne va pas. Ils sont capables. Ça oui, oui, tu vois si tu leur laisse l'accès, tu leur dis voilà mon numéro, il est sur WhatsApp il faut cliquer quand ça ne va pas vous m'appeler, Bah là ça ils le feront. Je pense aussi là le moindre petit truc, il faut t'appeler.

CB : Ouais ouais, je pense, je suis d'accord. Et bien écoute je te remercie de cet entretien très bénéfique pour moi.

N : Je t'en prie.

ENTRETIEN N 2 anonymisé patient « M »

CB : Alors à quelle fréquence et combien de temps tu repars dans ton pays d'origine ?

M : Trois mois, je n'ai pas de contraintes particulières. Jamais plus que trois mois. Et c'est déjà pas mal.

CB : Comment gère-tu tes pathologies, tes maladies durant ton séjour ?

M : Je m'organise avant en amont Coralie. C'est à dire, s'organiser en amont, c'est à dire que je mets au préalable comme là c'est trois mois maxi, elle fait une ordonnance pour trois mois et après on s'arrange avec la pharmacie, même si la délivrance avait déjà été donnée en avance. Il y a une précaution à prendre. Coralie à la douane parce qu'il y a des trafics de médicaments qui sont un petit peu litigieux tu vois ? Genre tout ça oui. Et eux, ils pensent qu'on apporte des médicaments pour vendre, c'est une drogue, hein ? Pour eux là-bas.

CB : Et comment et quelles sont les précautions du coup ?

M : Avoir une ordonnance en son nom avec ce qu'on a comme médicament. Et effectivement, ça peut être contraignant à partir du moment où on excède le temps donné. Si je peux m'exprimer, c'est à dire d'avoir tous les médicaments pour toute la partie du séjour. C'est compliqué, ce n'est pas simple,

CB : C'est pour cela que vous ne partez pas plus de 3 mois dans votre pays d'origine ?

M : Non, non, ce n'est pas la maladie, c'est lié aux conditions un petit peu du pays. C'est à dire que trois mois, c'est beaucoup déjà resté trois mois là-bas. Après c'est qu'il faut avoir un logement à soi, il faut beaucoup de conditions pour être à l'aise.

CB : Est-ce que tu as déjà rencontré des difficultés pendant ton séjour à cause de tes maladies, de tes pathologies ?

M : Si tu préfères, quand tu vois la pharmacie ils n'ont pas, ils ne peuvent pas te délivrer ce que tu leur demandes, ils sont en rupture de stock. Pour x raisons hein, pas disponibles, plus livrés ils n'ont pas. Plusieurs fois j'ai été voir à la pharmacie, c'est en rupture de stock soi-disant que c'est plus, c'est plus distribué tout ça, on n'a pas la réalité des choses là-bas en Algérie. En Algérie, voilà, ce n'est pas simple. Là ma sœur, elle m'a appelé, elle m'a dit, écoute, j'ai besoin de d'un médicament pour les yeux qu'elle ne peut pas se procurer là-bas à la pharmacie. Et elle, elle voulait m'envoyer la marque pour que je puisse le faire prescrire ici tu vois. Tu vois, c'est ça la difficulté de là-bas, la disponibilité du médicament.

CB : As-tu déjà eu des soucis lors de ton séjours ?

M : Oui, tout à fait. Ah oui, oui, oui, surtout quand j'étais en excès de médicaments comme la

prise excessif de codéine. Et il verrouille ça, il verrouille hein les prises de médicaments abusifs. Pas comme en France.

CB : Du coup, tu restais ou tu avançais ton retour ?

M : je restais il y a le marché au black, l'option black marché noir. Bah oui hein, c'est comme tout, c'est comme la drogue, c'est comme tout.

CB : Quelle selon toi quel moyen en France aurais-je pu aider à distance ?

M : Essayer de faire des espèces de colis, pour le manquement. Des colis, ouais.

CB : Donc moi tu penses en tant qu'infirmière en pratique avancée j'aurais pu faire des prescriptions, aller à la pharmacie et te l'envoyer ? Tu penses, ça t'aurait aidé ?

M : Oui, c'est possible, c'est possible. Il doit avoir un chemin, ça coûte énormément cher. Il y a Chronopost et tout hein, ça coûte très cher mais il y a toujours la possibilité. Entre guillemets, quand c'est des médicaments, il faut prouver que c'est des médicaments, montrer les médicaments avec une ordonnance et tout et demander à des gens qui partent là-bas.

D'ici à l'aéroport, on va prendre un peu de traitement mais c'est toujours contrôlé.

Et derrière ça en fait, y a du bien fait quand ils prennent des médicaments. T'as une bénédiction entre guillemets, tu vois ce que je veux dire ? C'est une aide à quelqu'un qui est malade et tout, c'est. Un rapport à la religion. Donc tu missionnes la personne et là-bas tu le fais réceptionner par quelqu'un. Donc voilà, s'il y a une pratique comme ça, après il y a une pratique de chrono en colis, mais c'est ça coûte un bras avec les risques que ça n'arrive pas. Et il y a la pratique certainement, qui doit avoir interministériel ou un truc comme ça. Il doit avoir des colis spécifiques genre consulat ou un truc comme ça.

CB : Et est-ce qu'en Algérie, il y a accès un peu partout aux nouvelles technologies et à Internet.

M : Oui, ils ont accès à tout ça, il n'y a pas de souci là-dessus. Le problème c'est les structures, pharmacies, laboratoires, cabinets, hôpital pour maintenir une bonne santé là-bas. Et il y a beaucoup à faire. Ouais. Très, il y a beaucoup à faire. Énormément à faire comparativement à la France. Donc on revient toujours au sujet du manque, ils n'ont pas. Les médecins, ils prescrivent, ils mettent des ordonnances, ils font leur taf, ils font leur boulot, ils prescrivent, ils tout et en réalité quand ils prescrivent, ils sont conscients que la personne elle ne va pas forcément trouver. Et ils n'ont pas un substitut, un palier. Ils savent que le peuple algérien va faire la débrouille, ils vont aller à la débrouille, ils ont un besoin et ils vont aller à la débrouille. Tu peux acheter un médicament qui vient de Belgique, ce n'est pas très simple. Moi j'ai testé un truc pour ma maman, j'étais là-bas, il me fallait une chaise roulante. J'ai regardé sur leur site à eux, j'ai trouvé une chaise roulante, j'étais à côté d'Alger, à la

madrague, tout ça. Et en 01h00 de temps ils me l'ont livré le fauteuil roulant. Donc en Algérie, il y a des manquements, mais par contre niveau transport, ils sont très organisés quoi, ils arrivent à ramener les choses dans l'heure qui suit.

CB : Est-ce que tu penses que si tu avais eu un contact avec un professionnel de santé à distance pendant que tu étais en Algérie, ça aurait pu t'aider à anticiper les problématiques de retour à domicile. ?

M : Bah oui, c'est un rappel à l'ordre bien sûr. Coralie, tu aurais fait quelque chose de bien puisque je n'ai pas toujours eu la réflexion de le faire de mon initiative. Tu es là, tu programmes tes choses, nous on programme, on dit voilà attention il ne me reste pas assez de médicaments, de l'insuline.

CB : Et est-ce que tu penses que ton état de santé s'est déjà dégradé à cause de ton voyage ?

M : Bah oui bien sûr, parce que là c'est un manque, un manque à la norme de traitement donc on est en écart. Donc forcément, forcément le corps, il réagit en fonction

CB : Eh Ben merci. Et est-ce que tu penses avoir quelque chose à ajouter ou à me suggérer ?

M : Effectivement, pour soulager les personnes ça ne peut être que bénéfique dans le sens où il y a une aide morale qui s'y présente parce qu'on se sent préoccupé de l'état de santé. Et aussi il faut se former, savoir comment agir en fonction des pathologies déjà. Apporter des connaissances à avoir, plus de connaissances, la manière de travailler sur la maladie.

CB : D'accord, très bien. Ben merci beaucoup.

M : Bah de rien Coralie, c'est un Plaisir.

ENTRETIEN N 3 anonymisé patient « K »

CB : À quelle fréquence tu pars dans ton pays d'origine et combien de temps à peu près ?

K : Une fois par an, des fois 2 fois et je reste 4 mois maximum, parce que, je n'aime pas trop rester plus longtemps.

CB : Comment se passe la gestion des traitements en Algérie ?

K : De France, de, d'Espagne, d'Italie et tout ça, et ils avaient leur traitement local, tu sais. Sauf que le président a décidé qu'il y a aucune importation, donc il a arrêté tout comment ça. Il y a une incapacité d'importation, ou quoi que ça soit, médicament ou matériel ou peu importe, tu sais. Et rien du tout. Que dalle. C'est que en fait c'est pour en gros pour faire travailler le pays et pour un peu pour qu'ils travaillent quoi. C'est parce qu'ils comptaient trop sur l'extérieur et tout ça. Et en fait il laissait un peu de côté le peuple. Enfin il ne travaillait pas. Il veut éviter que l'Algérie dépende de tous les autres pays. En fait pour avoir fait un peu d'économie locale quoi, tu sais tout ce qui est production locale et tout ça ? Le souci, c'est que en fait, comme ils n'ont pas vraiment les moyens de bah fabriquer des traitements et compagnie du coup BAH c'est un peu compliqué de trouver des médicaments tu vois ça ?

CB : Fait combien de temps qu'il a pris cette décision ?

K : Ça fait, on va dire, 3 ans. C'est une situation très récente. Et il ne revient pas en arrière vu qu'il voit que les gens ont du mal à se fournir. Pour le moment c'est comme ma sœur qui est en Algérie, qui est malade du cœur. Il n'y a pas son médicament. Il y a on va dire comme un équivalent, sauf que en fait quand elle le prend son sang n'est pas assez fluidifié. Et Donc maintenant qu'est ce qu'on fait ? Ben nous on lui ramène ça. Que je pense que c'est un peu ça le problème.

CB : Et quand tu pars, est ce que le médecin fait une ordonnance la durée du séjour ?

K : Oui, par contre pour le droit de passer des traitements parce c'est sous prescription. Elle part avec son ordonnance et ses traitements avec tu vois ?

CB : Est-ce que malgré ça, est ce que tu as déjà rencontré des difficultés pendant ton séjour ?

K : Non jamais, j'anticipe tu sais. Ouais, parce tu vois, j'ai beaucoup de maladies chroniques quand même. Du coup je suis obligée de d'anticiper comme ça. D'être rigoureuse, quoi. Ça ne rigole pas quoi.

CB : Est-ce qu'au pays partout vous avez accès aux nouvelles technologies pour la connexion pour éventuellement faire une téléconsultation ?

K : Ce n'est pas encore partout, ça commence maintenant, il commence à avoir la

4G. Ils ont-ils ont dans les maisons, ils ont internet tu sais, mais tout le monde n'est pas équipé et n'est pas en capacité, ouais de parce qu'après c'est tu, tu vois, il faut payer. C'est plus cher qu'en France. C'est un peu plus cher comparé à leur salaire, tu vois si je vais te dire c'est autant bah tu vas me dire ouais mais ce n'est pas cher en fait comparé à eux là-bas leur salaire c'est ouais c'est quand même un on va dire que c'est un luxe tu vois ? Donc ce n'est pas leur priorité quoi.

CB : très bien et est-ce qu'on peut faire de la téléconsultation ou pas trop ?

K : Pas autant qu'en France, pas du tout. Après, concernant l'accès aux soins en général, c'est que en fait là-bas, ils n'ont pas de sécurité sociale hein ? Et c'est tout eux qui payent ou ils ont des assurances privées. En fait, ils sont en fait, ils ont un système de sécurité sociale, mais par exemple là c'est déjà, c'est très récent. Genre la carte vitale, c'est très récent et ça fait quoi ? 3 - 4 ans. Ça s'appelle la carte Chiffa. Et en fait pour les pour les gens qui ont des maladies chroniques, par exemple ceux qui ont de l'hypertension, bah ils ont la carte et c'est que les médicaments pour l'hypertension, tu paies quand même la consultation. Et si c'est un médicament qui n'est pas en rapport avec ta maladie chronique, tu le paies aussi. Si tu as du diabète et ben c'est que l'insuline qui est pris en charge, tu vois donc. Tu payes tout de ta poche. Ouais, ce n'est rien à voir avec. Bah après en France je pense que on a le meilleur système social hein.

CB : (rire) c'est sûr, et est-ce que tu penses que tu avais rencontré un problème en Algérie, est-ce que tu penses qu'une téléconsultation en France pourrait aider en quelque chose ?

K : Non, je pense, non. Ça n'aurait pas pu résoudre un problème. Bah non, parce que même si par exemple les consultations avec un médecin tout ça il va dire ça, ça il faut des traitements et Ben ils n'ont pas de traitement. Donc, ou par exemple, il faut. Eh Ben l'intervention elle est payante. Il faut aller dans une clinique privée parce que le public, si t'as pas des connaissances c'est très compliqué dans le public hein. Après dans le privé, oui t'as des médecins. Mais par contre, il faut déboursier quoi ! Et tu payes tout, tu vois ?

CB : Le fait que tu as la double nationalité, est ce que tu pourrais te le faire rembourser en France ou non ?

K : Non, je ne peux pas être remboursée, il y a juste un truc qui marche, c'est quand c'est le rapatriement parce que j'ai une assurance avec ma carte bancaire. J'ai une assurance de rapatriement. Mais dans ce cas il faut que j'aille voir un médecin là-bas qui fait une attestation.

CB : Est-ce que tu penses que par le fait que tu as plusieurs pathologies chroniques cela génère un point qui te stress ?

K : Ben oui, carrément. Ah ouais, ouais. Je suis anxieuse de partir à l'étranger dans un pays que je connaît, dont je suis originaire. Dans le sens où en fait là-bas comme je te disais, l'accès aux soins est très compliqué et on ne sait pas sur qui on va tomber. Des fois t'as des bons, des fois tu peux tomber sur des bons médecins qui vont bien te conseiller, qui vont bien te prendre en charge comme tu peux tomber sur des sur un charlatan qui va te faire n'importe quoi. En fait c'est plus dans ce sens-là que j'ai pas du tout confiance aux médecins là-bas ce n'est pas la peine. (Rire) Non mais c'est vrai hein. Après comme je t'ai dit, si tu vas dans l'hôpital public oui franchement tu ne sais pas comment tu vas sortir de là tu vois ? Si tu connais par exemple des gens qui travaillent-là qui vont te parler avec tel médecin qui va venir bien te prendre en charge c'est OK mais sinon si tu vois comme ça et que tu ne connais personne, là tu peux tomber sur des charlatans et qui vont te faire n'importe quoi. Tu vois pourtant par contre ils ont leur diplôme mais je pense qu'ils s'en foutent en fait. Je ne sais pas si c'est un manque de compétences. Par contre quand tu vas dans le privé et que tu paies, bah là c'est t'es bien pris en charge tu vois. De toute façon, ils ont un manque de moyens, ils ont un manque de tout en fait hein. Exemple : j'ai la femme à mon oncle, elle est partie accoucher dans un hôpital public. Bah elle a dû prendre avec elle le fil à recoudre, elle a dû prendre des aiguilles. Après tu peux aller dans une clinique privée, tu payes 1000,00€ et du coup tu es tranquille, tu vois ?

CB : Oui je vois, et tu trouves que ton état de santé, il s'est déjà dégradé pendant un voyage ?

K : Oui, une fois je suis partie au Bled. Et je suis tombée malade, je chauffais et tout ça, je suis partie voir le médecin il m'a dit il faut rentrer en France, finalement j'avais la salmonelle et tout ça tu vois. J'étais hyper fatigué à pouvoir rien faire, enfin c'est très compliqué. Je n'arrivais pas à manger, avec des nausées enfin.

CB : Eh beh !!! Et dernier point, est-ce que tu as quelque chose à ajouter ou à me suggérer dans la prise en charge du coup dans lequel je pourrais m'améliorer à ce sujet ? Quels pourraient être les moyens pour moi en France, pour pouvoir rendre mes patients en meilleure santé ?

K : Ouais en fait après le seul truc c'est qu'ils prennent bien leur traitement, leur stock de traitement s'ils ont des maladies chroniques comme moi tu vois. Et prendre leur appareil pour faire leur dextro, celui pour la tension, tu vois enfin tous des trucs comme ça. Je pense qu'avec la distance, la téléconsultation c'est inutile et que ça ne peut pas marcher en fait c'est vraiment le en amont. De toute façon, c'est comme ça, c'est même si tu fais une téléconsultation. Parce que si tu fais une téléconsultation, tu vois après des prélèvements genre par exemple enfin on va dire une prise de sang, ils peuvent le faire hein, ils vont donner les résultats tout ça tu vois ? Après, s'ils ont par exemple, après c'est le seul truc que tu leur

dis bah d'aller consulter dans une clinique parce qu'à l'hôpital bof... Après les ordonnances françaises sont valables en Algérie. Ils ne vont pas donner les traitements français, ils vont te donner des traitements équivalents de chez eux. En fait c'est un peu comme les génériques tu vois, c'est un peu ça, c'est des génériques.

CB : D'accord, et bien merci beaucoup.

K : Voilà, j'espère que j'ai pu répondre à tes attentes.

ENTRETIEN N 4 anonymisé patient « E »

CB : Comment vous qualifiez votre état de santé ?

E : Je dirais plus ou moins négligé mais principalement liée à une vie assez sédentaire. En fait je vis 6 mois au Maroc et 6 mois en France. En France j'ai une vie assez ritualisée donc ce qui fait que moi je suis très sédentaire limité par mes connaissances amicales. Enfin voilà ma vie tourne autour de la mosquée, le jardinage ici. Par contre, je suis au Maroc, j'ai une vie sociale et un peu plus en mouvement. Donc je pense que mon état de santé, il est en lien avec mon mode de vie quoi.

CB : OK, donc vous différenciez bien entre les deux pays. Et comment ça se passe la gestion de votre pathologie pendant le séjour au Maroc ?

E : Alors c'est très compliqué parce que quand je pars au Maroc, bah je prends le traitement pour la durée du séjour donc je prends 6 mois de traitement. Quand je suis confronté à un problème de santé au Maroc, c'est très compliqué. Une fois j'ai dû être rapatriée pour être opéré ici en France. Au Maroc, il y a le système, il est assez binaire, c'est où tu as les moyens financiers et tu vas en clinique et ça coûte une fortune ou tu n'as pas les moyens financiers et tu vas à l'hôpital public donc et là c'est catastrophique. Donc ce qui fait que pour les traitements au long cours je prends le traitement avec moi quand on a un pépin de santé, si c'est gérable, Eh Ben en fait genre de la bobologie quoi. Enfin voilà, on fait au mieux et quand c'est plus grave, bah on rentre de manière prématurée en France. On a une assurance rapatriement.

CB : D'accord et Est-ce que c'est déjà arrivé qu'ils manquent de traitement parce que vous n'aviez pas pris votre billet de retour à temps par exemple ?

E : Non, ce n'est jamais arrivé parce que je n'ai pas la nationalité française, donc j'ai une carte séjour. De ce fait, je n'ai pas le droit de quitter le territoire plus de 6 mois. Donc il y a aussi un code administratif qui fait que de toute façon, je ne peux jamais dépasser 6 mois.

CB : Et comment vous arrivez à gérer les médicaments ?

E : Les médicaments pour 6 mois. On s'arrange avec le pharmacien de France et le médecin de famille.

CB : Très bien merci, et est-ce que vous pensez qu'un rendez-vous en ligne en téléconsultation avec une IPA qui vient de France pendant votre séjour au Maroc pourrait vous aider à mieux gérer votre pathologie ?

E : Oui, ça pourrait être un plus. Enfin, autant que s'il y a des examens qui doivent être fait, par exemple, si j'ai besoin que d'un bilan sanguin soit ou des examens complémentaires là ça

rendrait la chose plus compliquée parce que ça voudrait dire en fait déboursier des fonds en au Maroc.

CB : Et donc du coup pour vous si je fais une ordonnance à distance je ne pourrais pas vous aider au Maroc parce qu'il y a des problèmes de structure ?

E : Exactement, en fait, ça serait, ça serait faisable. Il y a les structures nécessaires, mais il y aurait une problématique financière en fait.

CB : D'accord. Et est-ce vous pensez qu'au Maroc, on a accès aux nouvelles technologies facilement où il y a encore des zones un peu compliquées ?

E : Il y a des zones plus compliquées effectivement, il y a des zones rurales où il faut aller dans des dispensaires et puis ou sinon il faut être véhiculé pour pouvoir aller dans la ville la plus proche pour pouvoir avoir des soins plus conséquents. Nous on a une maison à la campagne où là c'est complètement, c'est catastrophique. Enfin on a une tante qui est décédée d'une crise d'asthme hein. Donc voilà et puis par contre, quand nous sommes dans notre deuxième maison en ville, on est dans capitale, donc là par contre effectivement il y a une accessibilité à tout en termes de de prise en charge mais par contre toujours moyennant finance. Mais à la campagne on est à 3 h de Rabat donc, ce qui fait on ne va pas revenir jusqu'à Rabat, on va aller à la ville de El Jadida mais ça a un petit hôpital, ce n'est pas un grand, ce n'est pas un hôpital universitaire, c'est un petit hôpital chez je crois qu'il faut compter à peu près 45 minutes. Notre tante qui est décédé d'une crise d'asthme a fait une crise hyper violente, qui n'avait plus de Ventoline et tant qu'il l'amène... Ils n'avaient pas de voiture donc ils ont dû l'amener en charrette et en fait, elle est décédée sur la route.

CB : Eh beh !!! Est-ce que vous pensez que votre santé s'est dégradée durant votre voyage ?

E : Oui, oui. Ah oui oui, complètement. Bah enfaite c'est sûrement par rapport à l'alimentation parce qu'on beaucoup plus de monde au Maroc donc on mange en fait des quantités plus importantes. Enfin moi j'ai une obésité hein. Donc effectivement, donc en termes d'alimentation, je fais pas du tout attention au Maroc. Et puis j'y pense cet été je me suis foulée la cheville et je suis en surpoids j'ai décidé de pallier ça avec des traitements naturels. On a beaucoup plus recours en fait à des traitements dits naturels, des plantes et des machins. Enfin ici c'est comme ça, c'est beaucoup de la médecine alternative.

CB : Et c'est plus par budget ou par croyance ?

E : Je pense plus par budget enfaite car France, j'utilise les médicaments mais aussi j'y crois et en France on n'a pas trop de médecine parallèle.

CB : Ah oui Et est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter ou à me suggérer pour que je puisse prendre en compte la manière dont je pourrais mieux soigner les patients

qui repartent régulièrement dans leur pays d'origine et qui ont des pathologies chroniques ?
Qu'est-ce que je pourrais faire pour les et vous aider ?

E : En fait on a déjà un mode de consommation de la médecine ici en France, qui est déjà à mon sens hein déjà pour problématique dans le sens où d'un côté une surconsommation du médical enfin. Nous en France on consulte beaucoup le médecin de famille, surtout depuis qu'on a trouvé un médecin de famille qui est arabe. Après faut jouer sur le « avant » même qu'on parte, en fait, en voyage, par exemple, et puis même en termes d'assiduité dans la prise des traitements. Mon mari, il fait d'hypertension artérielle donc alors quand on part au Maroc, il continue à faire de la course à pied et tout le travail de jardinage. Nous sommes assidus dans notre traitement tous les deux. Parce que je pense qu'il y aura un aspect économique au Maroc, comparés à quand ils sont en France.

Clairement, donc voilà, mais tu vois, c'est drôle parce que quand je vais au Maroc, moi je dois donner des conseils médicaux à des dames dans le village, mais au Maroc on recommande de prendre des plantes pour se soigner. Mais je n'ai pas fait des études de médecine mais là-bas, comme je viens et vie en France, je fais partie de la haute classe sociale et donc je suis écouté, en plus mes enfants sont civilisés et cultivés, on ne doit pas se montrer « malade » en public. La maladie c'est tabou.

Je pense que l'infirmière pourrait travailler sur ces aspects ethniques, en fait de se dire bah quand vous partez en fait au pays, il faut être vigilant, faut avoir une connaissance en fait de leur mode de fonctionnement là-bas et de les rendre attentifs et vigilants par rapport à leur maladie pour les gens qui ne savent pas faire la part des choses comme nous. Il faut prendre en compte les croyances. Si l'infirmière ne connaît pas le pays et la religion elle ne peut pas instaurer une confiance, il faut savoir ceux à quoi nous pouvons avoir recours là-bas.

CB : Ouais c'est intéressant, merci beaucoup.

E : Bah de rien, avec plaisir.

ENTRETIEN N 5 anonymisé patient « F »

CB : Voilà et puis Ben du coup on y va alors déjà comment vous qualifiez votre état de santé, comment vous vous sentez ?

F : Ça, c'est une bonne question. (Rire) Oui c'est une bonne question. Ben c'est la dialyse. Ça prend du temps.

CB : C'est difficile, enfin, et vous vous sentez bien ?

F : Oui plutôt.

CB : À quelle fréquence vous repartez dans votre pays d'origine ?

F : Normalement une à deux fois par an. Depuis que je suis dialysé la première fois, je suis reparti 15 jours parce que je n'avais pas confiance à la dialyse là-bas. C'était en février. Ouais et là je suis retourné depuis.

CB : Eh bien, et ça s'est bien passé ?

F : Impeccable. Ouais, très bien.

CB : Comment ça se passe la gestion de votre maladie là-bas ?

F : La dialyse ?

CB : Bah, de tout. Pas que de la dialyse. Votre santé en général.

F : Pour moi ça va souvent comme ça hein. Je prends mon traitement avec moi, j'anticipe. je ne vois pas de médecin là-bas, je ne vois personne là-bas. Tous mes soignants sont ici en France.

CB : Vous gérez tout seul tout le reste ?

F : Oui ça fait 53 ans que je suis diabétique donc c'est pour ça. Ouais donc ça se passe bien. Ça se passe bien.

CB : D'accord, donc vous n'avez jamais rencontré de difficulté pendant votre séjour ? Jamais, jamais un problème de santé là-bas ?

F : Ah si j'ai eu. Je suis parti, j'avais un tampon qui a été percé. Dans l'oreille, j'avais ce problème, j'avais des vertiges et ouais, je suis tombé malade là-bas, je croyais que c'était à cause de ça. Ouais, et enfaite j'avais attrapé le COVID.

CB : Ah ouais, et comment ça s'est passé là-bas ? La prise en charge ?

F : Bah enfaite le médecin m'a dit que je n'avais rien. Ouais, ce n'était pas ça. Je suis allé après dans une clinique qui m'ont fait des perfusions.

CB : Et vous ne savez pas pourquoi ils ont fait les perfusions ?

F : Des perfusions sans savoir. Ils ne disent pas. Ils ne vous expliquent pas, ils disent que ça ira mieux après et puis c'est tout.

CB : Et vous êtes en petits mieux après non ?

F : Non (rire). Pas du tout.

CB : Et ça vous a dérangé cette prise en charge ou est-ce qu'enfin ça vous du coup vous avez eu peur ?

F : Oui on a pris l'avion avant, on est rentrés plutôt pour consulter. C'est ma femme qui à tout géré. Arrivé en France, Ouais, et c'est là que je suis allée à l'hôpital qui est monté que j'avais le covid. Car en Algérie on m'a fait une prise de sang on m'a dit je n'ai rien. Et pour rentrer dans l'avion en Algérie on m'a fait un test et on m'a dit il est négatif. Alors qu'en France ils m'ont fait un test et ils m'ont dit, Vous êtes positif au COVID.

Donc le test était faux en Algérie mais par contre on m'a quand même demandé de payer (rire). En Algérie on paie toujours tout pour les soins. Ce n'est pas pareil qu'en France. Le système financier. Ce n'est pas la même chose.

En plus vous faite des soins et on ne vous explique pas. En France on te dit ce qu'on t'injecte. Là-bas non. C'est comme en France dans les années 1970 on te descendais en radio mais on ne te dit pas pourquoi. Maintenant en France c'est plus comme ça. Moi j'ai connu les aiguilles à insuline en verre et la sécu en France disait les seringues en plastique c'est du luxe monsieur. Maintenant ce n'est jamais comme ça en France mais en Algérie oui. C'est pour ça on est rentré plus tôt ce n'est pas pareil.

CB : Oui j'ai cru comprendre cela. Et sinon est-ce que vous pensez que si vous avez en ligne soit sur le téléphone, soit sur un ordi un professionnel de santé français pendant que vous êtes à l'étranger, est ce que vous avez le sentiment qu'on pourra vous aider à distance ? Vous rassurer ?

F : C'est possible.

CB : Par exemple, quand vous êtes-vous avez eu le COVID si vous aviez la possibilité d'avoir en visio un professionnel de France et de donner tous vos symptômes, est ce que vous pensez que ça vous aurait aidé ou rassuré ?

F : Possible ? Oui, je ne sais pas. Parce que pour le COVID il n'y a pas vrai, il n'y a pas beaucoup de traitements à par les antidouleurs.

CB : Parce que ça vous aurait peut-être rassuré au moins d'avoir un retour d'un soignant que vous connaissez en France ?

F : Oui car je n'ai pas vraiment de soignant attiré là-bas donc il y a le médecin famille à mon épouse mais c'est tout

CB : je vois et, est ce que vous pensez avoir toutes les structures nécessaires là-bas donc pharmacie, cabinet, laboratoire, hôpital, est ce que vous avez tout pour vous soigner ?

F : Là-bas il y a tout mais le problème, c'est la pénurie de médicaments. Trouver un médicament ce n'est pas facile et quand tu trouves ce n'est pas le même par exemple comprimé, pas en poudre. Et ça coûte aussi en pharmacie.

CB : Oui je vois, et est-ce que vous avez accès aux nouvelles technologies, Internet partout ?

F : Ouais, pas de problème.

CB : Et est-ce que vous avez le sentiment que votre état de santé en général se dégrade pendant vos séjours ?

F : Non, ça, ça va.

CB : Et est-ce que vous avez quelque chose à me suggérer ou à ajouter ?

F : Juste bah pour la dialyse j'ai dû payer et je n'ai pas été remboursé par la sécurité sociale. et quand elle rembourse c'est que 86€ sur 125€. Du coup tu pars moins longtemps en vacances. Mais maintenant c'est fini parce que ça fait 5 ans que je suis mariée avec une algérienne donc je me suis mis sur sa carte, j'ai basculé là-bas sur sa sécu à elle. Je suis marié, maintenant je paye plus, je suis sur la Sécu de ma femme. Mais là je me renseigne pour partir à la Mecque. L'agence m'a dit il y a des centres de dialyse aussi là-bas.

CB : d'accord et qui vous aide pour l'organisation ?

F : Ma fille. Ma fille a déjà été à la Mecque en plus. Enfin après les vacances je crois c'est toujours à toi de payer la dialyse. Moi les médicaments je prends à l'avance avec moi le nombre qu'il faut mais en vacances c'est toi qui paies la dialyse. C'est parce qu'enfaite l'Algérie ça va je suis double nationalité donc la sécu dit ok mais si tu vas en Espagne tu paies.

CB : il ne faut pas faire d'entente préalable ?

F : Ah je ne sais pas !

CB : ah bah je regarderais et je vous dirai à la fin de l'étude si vous voulez.

F : c'est bon merci

CB : eh beh de rien bonne journée et à bientôt, au plaisir

ENTRETIEN N 6 anonymisé patient « G »

CB : Comment vous trouvez votre état de santé, comment vous vous sentez ?

G : Pour l'instant, ça va.

CB : Super. À quelle fréquence vous retournez dans votre pays d'origine, l'Algérie ?

G : Fréquence ? (Grimace du patient)

CB : Combien de fois par an vous retournez en Algérie ?

G : 2 à 3 fois par an.

CB : D'accord, et il vous restait combien de temps en général ?

G : Maximum 3mois

CB : A cause de votre état de santé ?

G : Oui le prix.

CB : Est-ce que la maladie en Algérie ça se passe bien ?

G : Ouais, pour la dialyse j'ai peur je me dis et si ça ne va pas avec la fistule je fais comment ? je suis à 5h de la capitale. C'est de ça j'ai beaucoup peur et aussi les médecins. Y'a pas de moyens.

CB : C'est quoi qui manque ?

G : C'est la structure qui ne va pas bien, c'est le manque de choses. Il manque de médecins.

CB : Vous avez confiance aux médecins d'Algérie ?

G : ça va. Je ne sais pas combien d'années d'études ils ont fait là-bas.

CB : Et est-ce que là-bas, en Algérie, vous avez déjà manqué de médicaments ?

G : ??? (Grimace)

CB : Les médicaments, les comprimés, (geste de mettre un comprimé dans la bouche), Vous savez, les médicaments ?

G : Oui, je prends en France ça et j'amène là-bas. C'est il n'y a pas lui-même, n'y a pas les mêmes choses ouai. Une fois il manquait mon Kardegic donc j'ai fait les pharmacies mais y'avait pas alors j'ai trouvé une solution j'ai pris le médicament tous les 2 jours. J'ai fait un jour sur deux. Après j'ai eu peur alors je suis rentré plus tôt.

CB : Ah oui. Et est-ce que vous pensez que si vous avez pu appeler votre infirmière référente à distance ça aurait pu vous aider ?

G : Oui car elle est gentille, elle travaille bien, ça m'aurait aidé

CB : D'accord, mais à distance, ça vous aurait rassuré parce que vous auriez pu poser des questions parce que vous avez confiance. C'est ça ?

G : Hochement de tête

CB : D'accord, et est-ce que vous avez internet où vous êtes ?

G : Ouais, et internet partout sur mon téléphone.

CB : Est-ce que là-bas vous avez toutes les structures ? Est-ce que vous avez pharmacie, hôpital, laboratoire, cabinet de médecin ? Est-ce qu'il y a tout ? Il y a tout et il ne manque rien à part les médicaments ?

G : Moi mais, mais je n'ai jamais les analyses là-bas et tout ça. Même le contrôle de fistule je fais tout ici avant de partir en voyage.

CB : Vous repoussez tout pour le faire en France parce que vous avez plus confiance ?

G : Ouais.

CB : Et là-bas, est-ce que vous payez ?

G : Dialyse ?

CB : Ouais. Et le reste aussi, vous payez ?

G : Moi les médicaments, je prends ici avec moi. Mais la dialyse oui je paie et maintenant encore j'attends le remboursement de la sécu mais y'a pas.

CB : Et la dialyse, qui est-ce qui a trouvé le centre là-bas ?

G : Parce qu'il y a à l'hôpital, ça on ne paye pas. Ouais, c'est gratuit. Mais ils m'ont dit que vous avez l'assurance donc faut aller en clinique. J'ai dit d'accord. Maintenant je ne suis pas remboursé mais on m'a dit y'a plus de place à l'hôpital public alors je reste en dialyse mais maintenant du coup je reste moins longtemps là-bas ou je vais moins souvent. Obligé. La dernière fois j'ai payé plusieurs milliers d'euros de ma poche quelque chose comme ça. Je n'ai pas eu le remboursement pour l'instant.

CB : Et vous avez fait le papier pour la Sécu ?

G : C'est ma fille.

CB : Ouais, vous êtes aidé.

G : C'est beaucoup. Ouais, faut être riche pour se soigner en Algérie.

CB : Et dernière petite chose, est-ce que vous trouvez que votre état de santé, il s'est déjà dégradé ?

G : Grimace

CB : C'est pire ? Est-ce que vous trouvez que votre état de santé a été pire quand vous êtes parti là-bas et du coup, vous êtes rentrés plus tôt ? Non ?

G : Là-bas, la santé, ça va.

CB : Vous n'avez jamais eu de problème ?

G : Moi je fais tout comme l'infirmière ici en dialyse, ouais, je nettoie là-bas du nettoie la machine. Et je nettoie mon bras. Je mets un drap sur la chaise. Je prends des gants avec moi.

CB : Ouais donc c'est grâce à vous que tout se passe bien car vous faites attention.

G : Oui, je prends tout et je regarde, ouais, n'y a pas de problème.

CB : Ça marche. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? À ce sujet-là, non ?

G : Non t'es gentille

CB : Merci beaucoup de votre temps et d'avoir répondu

JOURNAL DE BORD

IPA-value : en quoi l'IPA apporte une plus-value face aux inégalités sociales et comment lutter contre le gradient social dans les pathologie chronique et stabilité en médecine de ville. Comment aider mes patients en libéral pour qu'ils évitent de décompenser à leur retour de voyage au bled ?

Combien de temps le patient décompense ?

3 mois ? Cut off ? pk ? littérature ?

Téléconsult ?

Tarif téléconsultant en libéral à l'étranger ? pris en charge sécu ok ? accord préalable ? remboursement ?

Questionnaire pr les MG : selon vous quel est un patient ayant des ISS

Comment l'évaluer ?

10 à 15 pers d'entretien / 12 c'est pas mal ???

+ 2 Après saturation des données

Pourquoi le nombre d'inscrit en IPA ne répond pas aux attentes du gouvernement (11% de baisse en inscription en 2022)

Communauté particulière + une patho particulière ?

Cardio ou diabète ? Global ?

Suivi sur place + Suivi cs teleconsult

Question : l'Acceptabilité du suivi en télé consultation

C'est l'Approche par analyse inductive généralisé = donner un sens à des données brut

Entretien court, environ 15 min pour faire une évaluation d'une faisabilité intéressante ou non qui pourrait répondre aux attentes ou pas ?

L'IPA aura un suivi trimestriel chez les patients nécessitant une PEC de patho chronique

La Téléconsultation apportera-t-elle une qualité du suivi ?

Méthode : **Guide entretien** : évaluation de savoir comment il se débrouille au bled pr la première partie : état de l'art.

Problématique ; introduction :

Première partie population immigré la moitié de l'année voir plus dans les pays africains

Deuxième partie : Téléconsultation dvpt avec la covid :

Est-ce que c'est transposable à ces patients la pr continuer techniquement et relationnellement

Objectif de mon étude : faire des Téléconsultation ou donner leur avis : l'un ou l'autre ; pas les deux

Orientation communautaire en soin premier = COPC en anglais

En anglais ses recherches ont été initié au départ pr les patients défavorisés qu'on a du mal a suivre né en Afrique du Sud dans les année 60

Ex : les haïtienne et le dépistage utérus aux USA

ENTRETIEN

Objectif :

La difficulté qui se rencontre

Les éléments facilitateurs

Classement

Ressentis coralie pendant entretien : Patient n'ose pas tout dire et est gêné de « critiquer » son pays et d'être enregistré ???

Je mets le ressenti de l'examineur ou pas ?

4 -ème entretien, je me sens déjà à saturation des données, déjà au deuxième j'avais beaucoup de similitude avec le premier. Je vais donc en faire +2. 4 entretiens = saturation des données donc j'ajoute 2 entretiens.

Lien des verbatims : <https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/ze2ocXsWdKAeo3q>

<p>AUTEURE : BOUDERSA SUING Coralie</p> <p>Date de soutenance : 24 JUIN 2024</p> <p>Titre du mémoire : Suivi par l'IPA de la population maghrébine immigrée atteinte d'affections chroniques, partageant son temps entre la France et le Maghreb : intérêt d'une permanence des soins par téléconsultation pendant les périodes de vacances au Maghreb.</p> <p>Mots-clés MeSH : Soins de santé primaires ; consultation à distance ; caractéristiques de l'habitat ; vulnérabilité sociale ; maladie chronique ; infirmières praticiennes .</p>	<p>AUTHOR: BOUDERSA SUING Coralie</p> <p>Defense date: 24 JUNE 2024</p> <p>Title of thesis: Monitoring by the APN of the Maghreb immigrant population with chronic conditions, sharing their time between France and the Maghreb: benefit of constant care by teleconsultation during vacation periods in the Maghreb.</p> <p>MeSH key words: primary health care; remote consultation; residence characteristics; social vulnerability; chronic disease, nurse practitioners.</p>
<p>En 2021, la France comptait 7,0 millions d'immigrés, ce qui représente 10,3 % de sa population totale. Parmi eux, 2,5 millions étaient de nationalité française, soit 36,0 % du total. Il est important de souligner le lien entre l'immigration et la précarité. La précarité conduit souvent à de bas revenus, à des conditions de logement précaires, à l'isolement social, à une mauvaise alimentation et, par conséquent, à un état de santé défavorable. Dans cette étude, cet état de santé était associé à l'immigration.</p> <p>Les personnes immigrées repartent régulièrement en voyage dans leur pays d'origine et certaines d'entre elles ont des pathologies chroniques. L'objet de cette recherche était de savoir comment l'infirmière en pratique avancée pourrait amener son aide approprié à ce type de patient lors de leur voyage dans leur pays d'origine afin de maintenir une bonne santé à distance et éviter une décompensation de l'affection. La téléconsultation peut-elle prévenir et maintenir un état de santé à distance ?</p> <p>C'est une étude qualitative multicentrique qui a été réalisé au sein d'un cabinet médical de ville ou à domicile. Des entretiens semi-directifs ont été réalisé auprès de six patients.</p> <p>L'étude a démontré que le patient pouvait être aidé en amont de son départ en voyage et que l'infirmière en pratique avancée détient une place fondamentale dans cette prise en charge.</p>	<p>In 2021, France had 7.0 million immigrants, which represents 10.3% of its total population. Among them, 2.5 million were of French nationality, or 36.0% of the total. It is important to underline the link between immigration and deprivation. Deprivation often leads to low income, precarious housing conditions, social isolation, poor nutrition and thus, poor health. This state of health, in this study, is associated with immigration. Immigrants return on regular trips to their country of origin and some of them have chronic conditions. The purpose of this research was to search how advanced practice nurses could provide appropriate assistance to this type of patients during their vacation to their country of origin in order to sustain good health at a distance and prevent disease imbalance. Can remote consultations prevent and sustain et a distance a state of health? This is a multicenter qualitative study which was carried out in a private medical office or at home. Semi-structured interviews were performed with six patients. The study demonstrated that the patient can be helped before their departure on a trip and that the advanced practice nurse plays a fundamental role in this care.</p>
<p>Directeur de mémoire : Dr Christophe BERKHOUT</p>	<p>Supervisor: Christophe BERKHOUT, MD, PhD</p>

Synopsis

PROMOTEUR	Faculté de médecine de Lille
TITRE DE L'ETUDE	Intérêt de la télé consultation des prises en charge d'une infirmière en pratique avancée dans l'orientation communautaire en soin premier
Investigateur principal ou investigateur coordonnateur	BOUDERSA Coralie
NOMBRE DE CENTRES (En France)	UN
TYPE D'ETUDE	Mémoire de recherche dans le cadre des études d'infirmière en pratique avancée (IPA) avec entretien semi directif dans le but d'une étude qualitative utilisant la méthode d'analyse inductive généralisé.
OBJECTIFS	OBJECTIF PRINCIPAL : Démontrer l'avantage et les limites de la télé consultation de suivi en tant qu'infirmière en pratique avancée chez les patients présentant une pathologie chronique et stabilisée qui voyage plusieurs mois par an dans leur pays d'origine.
CRITERES DE JUGEMENT	Critère de jugement principal : Juger l'efficacité d'une consultation à distance afin d'éviter les décompensations des pathologie chronique lors des voyages de plus de 3 mois Critères de jugement secondaires : analyser les freins et les leviers pouvant être rencontré durant un voyage à l'étranger en ayant une pathologie chronique
CRITERES D'INCLUSION	Patient ayant une pathologie chronique stable, partant en voyage plus de 3 mois par an dans son pays d'origine Patient parlant français Patient étant français naturalisé ou non
CRITERES D'EXCLUSION	Patient ne résident pas sur le sol français Patient n'étant pas français Patient ne voyageant pas plus de 3 mois par an en dehors du territoire français Patient ne parlant pas français

NOMBRE DE PARTICIPANTS	Nombre de sujets : moins de 10 (jusqu'à saturation des données)
Éventuellement	Études ancillaires : NC Constitution de collection : NC
EVALUATION DES BÉNÉFICES ET DES RISQUES LIÉS À LA RECHERCHE	Bénéfices : adapter une meilleure prise en charge et développer la téléconsultation de suivi des patients en voyage et ayant une pathologie chronique et stabilisé Risques : non connu
MODIFICATION PAR RAPPORT A LA PRISE EN CHARGE HABITUELLE	Aucune
JUSTIFICATION DE LA CONSTITUTION OU NON D'UN COMITE DE SURVEILLANCE	Mode d'étude : Entretien semi directif qualitatif auprès des patients
ANALYSE STATISTIQUE	Analyses statistiques amenées à répondre À l'objectif principal Aux objectifs secondaires (si nombreux, dans un souci de concision, ne mentionner que les plus « importants »)
DUREE DE L'ETUDE	Durée de l'étude : de Octobre 2023 à Juin 2024 Durée d'inclusion : de Octobre 2023 à Février 2024 Durée de participation : de Octobre 2023 à Février 2024