



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suivi des migrants en maisons de santé pluriprofessionnelles :
expérience des équipes**

Présentée et soutenue publiquement le 4 Février 2021 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Slimane GRECHE

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :
Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE
Madame le Docteur Nathalie DE POUVOURVILLE

Directeur de Thèse :
Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AME	Aide médicale de l'état
ARS	Agence régionale de santé
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CIMADE	Comité inter-mouvements auprès des évacués
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
COMEDE	Comité médical pour la santé des exilés
C2S	Complémentaire santé solidaire
ESP	Equipes de soins primaires
FEMAS HDF	Fédération des maisons de santé des Hauts-de-France
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MSL	Médecins solidarité Lille
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PUMa	Protection universelle maladie

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	7
A. Contexte	7
B. L'immigration en France	12
1. Terminologie	12
2. Quelques chiffres	9
C. Conditions d'accès aux soins pour les personnes migrantes.....	9
1. Protection Universelle Maladie.....	9
2. Complémentaire santé solidaire	10
3. Aide médicale d'état	11
D. Maisons de santé pluriprofessionnelles	11
1. Définition	11
2. Place des MSP en France	12
3. MSP dans les Hauts-de-France	12
E. Problématique.....	13
II. MATERIEL ET METHODE	14
A. Choix de la méthode.....	14
B. Recrutement des participants	14
C. Guide d'entretien.....	15
D. Déroulement des focus group.....	15
E. Analyse des données	15
F. Recherches bibliographiques.....	16
III. RESULTATS.....	17
A. Caractéristiques des participants.....	17
B. Difficultés de prise en charge des migrants	19
1. Barrière de la langue	19
2. Différences culturelles	23
3. Temps à consacrer	25
4. Manque de connaissance du système de soins	26
5. Difficultés dans le suivi	27
6. Obstacles financiers	29

7.	Difficultés administratives	30
8.	Troubles psychologiques	31
C.	Stratégies d'adaptation et pistes d'amélioration évoquées dans les FG.....	33
1.	Interprofessionnalité	33
2.	Adapter le mode d'exercice.....	34
3.	Faciliter la création d'un réseau plus large	35
4.	Secrétariat physique.....	36
5.	Partenariat médico-social.....	37
6.	Mode de rémunération.....	38
7.	Formation.....	39
IV. DISCUSSION		41
A.	Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature.....	41
1.	Barrière de la langue.....	41
2.	Différences culturelles.....	43
3.	Difficultés dans l'organisation du parcours de soins.....	43
4.	Santé mentale des migrants.....	46
5.	Certains avantages de travailler dans une MSP.....	47
B.	Les forces de l'étude.....	48
C.	Les limites de l'étude	49
D.	Pistes d'amélioration.....	50
V. CONCLUSION		53
VI. BIBLIOGRAPHIE.....		54
VII. ANNEXES		58

RESUME

Introduction : L'augmentation des flux migratoires durant la dernière décennie en Europe, constitue un nouveau défi pour les soins premiers. L'objectif principal était de repérer les différentes difficultés rencontrées dans le suivi des migrants par les équipes de soins premiers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Matériel et méthodes : Etude qualitative par *focus groups* de professionnels exerçant en MSP dans les Hauts-de-France. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement. L'analyse thématique heuristique a été réalisée par encodage dans le logiciel NVivo®.

Résultats : Entre janvier 2019 et septembre 2020, quatre focus group ont été réalisés regroupant vingt-huit professionnelles au total. Les principales difficultés retrouvées étaient la barrière de la langue, les différences culturelles, la consommation de temps, l'organisation du parcours de soins et le suivi des troubles psychologiques.

L'interprofessionnalité des MSP constitue une première réponse à la problématique mais cette réponse semble insuffisante.

Conclusion : Le suivi des migrants est à la fois complexe et consommatrice de temps. Afin de faciliter la relation entre le soignant et le soigné, il est important de sensibiliser aux particularités socioculturelles et aux spécificités des migrants. Il paraît important de continuer à développer le travail en réseau, notamment le réseau ville-hôpital, de développer l'accès à l'interprétariat et d'intégrer des travailleurs sociaux dans les MSP.

I. INTRODUCTION

A. Contexte

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé et de mortalité sont les plus élevées en Europe occidentale. Ces inégalités sociales de santé perdurent en fonction des catégories sociales et s'effectuent au détriment des populations précaires comme les migrants (1) (2).

Devant l'augmentation des flux migratoires durant la dernière décennie en Europe, la question de la migration et des soins de santé des migrants fait débat y compris en France.

Dans un rapport de l'Académie de médecine intitulé « Précarité, pauvreté et santé » datant de 2017 (3), les migrants y sont cités comme une population qui cumule le plus de facteurs de vulnérabilité et qui nécessite donc une attention particulière.

Au Collège national des généralistes enseignants (CNGE), la situation du patient migrant s'exprimant mal en français est décrite comme faisant appel à des compétences essentielles du médecin généraliste (4).

En effet, c'est une situation où la globalité de l'accompagnement est particulièrement important, tant les dimensions sociales et psychologiques sont déterminantes de leur état de santé, leur parcours de soins ou encore dans la mise en œuvre de traitements.

B. L'immigration en France

1. Terminologie

De nombreux termes sont utilisés dans le débat scientifique et public.

Un « étranger » désigne toute personne vivant en France et ne disposant pas de la nationalité française et cela quel que soit son pays de naissance.

Un « immigré » désigne une personne née étrangère dans un pays étranger et qui vit actuellement en France.

Un « demandeur d'asile » désigne une personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays, au titre de la Convention de Genève datant de 1951, mais qui n'a pas encore été reconnue comme réfugié.

Un « réfugié » désigne une personne ayant obtenu des autorités françaises ou européennes un statut de protection après examen de sa demande d'asile. Il renvoie à une approche juridique définie par la convention de Genève.

Un « clandestin » ou « sans-papiers » désigne une personne sans titre de séjour présente sur le territoire en irrégularité.

Un « migrant » désigne toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays.

La terminologie du terme « migrant » est ambiguë dans la littérature comme le souligne le Comité inter-mouvements auprès des évacués (CIMADE) : « *Le mot migrant doit être utilisé avec précaution car il n'est dénué ni d'idéologie, ni d'ambiguïté. Il arrive qu'il serve à opérer un tri entre les personnes qui quittent leur pays selon les causes supposées de leur départ. Les "migrants" feraient ce choix pour des raisons économiques, quand les réfugiés ou les demandeurs d'asile y seraient forcés pour des motifs politiques. Les contraintes économiques et politiques se confondent souvent et la distinction entre différentes catégories de "migrants" est généralement arbitraire.* » (5)

Pour cette étude, le terme de « migrant » a été choisi car il est suffisamment générique pour tenir compte de l'ensemble du processus migratoire. C'est le terme le plus employé dans la littérature scientifique et par les acteurs de terrain.

2. Quelques chiffres

En France en 2019, sur une population totale d'environ 67 millions d'habitants, on dénombre 6,7 millions d'immigrés. On note une progression de cette population en effectif et en pourcentage de la population totale sur les soixante dernières années. La population immigrée correspondait à 9,9 % de la population vivant en France en 2019 contre 7,4 % en 1975 et 5 % en 1946. (6)

C. Conditions d'accès aux soins pour les personnes migrantes

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide médicale de l'état (AME) ont été créés en 1999 afin de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

1. Protection Universelle Maladie

Entrée en application depuis le 1er janvier 2016, la Protection universelle maladie (PUMa) permet à chaque personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Elle parachève ainsi la logique initiée par la CMU de base qui visait à ouvrir des droits à l'Assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

Pour les personnes ayant déposé une demande d'asile, une PUMa est acquise jusqu'à la réponse. Si la demande d'asile est acceptée, ils conservent le droit à la PUMa, si elle est

rejetée, ils se retrouvent sans autorisation de séjour sur le territoire et peuvent alors demander l'AME. Les personnes ayant déposé une demande de titre de séjour pour soins, recevront un récépissé et pourront faire une demande de PUMa si leur demande est acceptée.

Cela simplifie donc les conditions d'ouverture et permet d'assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé. Ainsi,

- les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte
- les travailleurs indépendants ont également droit à la prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle
- les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

2. Complémentaire santé solidaire

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C ainsi que l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sont remplacées par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Selon les ressources, la C2S peut être sans ou avec participation financière. Donc selon les revenus, on se retrouve avec

- C2S sans participation financière qui correspond anciennement à la CMU-C.
- C2S avec participation financière qui correspond anciennement à l'ACS.

Les conditions d'attribution restent les mêmes : être en situation régulière, habiter en France depuis plus de 3 mois de façon ininterrompue et le revenu mensuel du foyer ne doit pas dépasser un certain montant. Les soins sont pris en charge à 100% sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier.

3. Aide médicale d'état

L'AME permet d'assurer l'accès aux soins à des patients en situation irrégulière ne pouvant bénéficier ni de la PUMa, ni de la C2S.

La personne doit prouver avoir résidé depuis au moins 3 mois en France et avoir des revenus inférieurs à un certain plafond. Une fois attribuée, l'AME est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé chaque année. Elle permet surtout de bénéficier de soins de premiers recours : consultations médicales, médicaments remboursables à plus de 30 % et examens paramédicaux.

D. Maisons de santé pluriprofessionnelles

1. Définition

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du Code de santé publique : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* ». (7)

Les maisons de santé sont apparues dans le code de la santé publique avec la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007 donnant la possibilité d'un exercice collectif aux libéraux. Comme il n'y a pas de labellisation, toute structure peut s'appeler maison de santé.

Cependant dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la Direction générale de l'offre de soins : au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels élaborent un projet de santé en commun pour la population de leur territoire.

2. Place des MSP en France

Depuis 2010, on assiste à un essor des MSP. Il existe en 2020 plus de 1000 maisons de santé en activité (49). Elles ont été créées pour répondre aux différents défis que représentent la désertification médicale, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Elles permettent d'améliorer les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres et facilitent l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe.

Dans un contexte de disparité des professionnels de santé et de démographie médicale vieillissante, les MSP traduisent la volonté d'améliorer les soins de santé des patients.

3. MSP dans les Hauts-de-France

Selon la FEMAS-HDF (Fédération des maisons de santé des Hauts-de-France), il y a 162 MSP en activité dans la région (Annexe 1). La FEMAS-HDF est une association loi 1901 résultant de la fusion des Fédérations de Picardie et du Nord-Pas-de-Calais qui a eu lieu en juin 2018.

Ses objectifs sont de promouvoir l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins premiers, d'accompagner la mise en œuvre des projets de santé, d'apporter une expertise aux Equipes de soins premiers (ESP). Elle représente les ESP, MSP et Communautés professionnelles territoriales de santé auprès des acteurs institutionnels régionaux.

E. Problématique

A notre connaissance, en 2020 aucune étude n'évalue les difficultés rencontrées dans les soins de santé des migrants par les équipes professionnelles exerçant dans les MSP.

Notre objectif principal était d'identifier les difficultés rencontrées par les équipes professionnelles exerçant en maison de santé dans les soins de santé des migrants.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les expériences de ces équipes et de tenter de préciser d'éventuelles possibilités d'amélioration.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

Parmi les méthodes qualitatives, celles ayant une approche inductive et heuristique peuvent réaliser un recueil de données par des entretiens individuels ou collectifs. Ces méthodes permettent d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions ou des comportements. Elles servent également à faire émerger des idées nouvelles et parfois inattendues, permettant ainsi d'explorer des domaines de réflexion inconnus (8,9).

Le recueil de données par focus groups semblait le plus adapté pour répondre à la question de recherche concernant le fonctionnement d'équipes professionnelles. Cette technique d'échange permet de créer une dynamique de groupe et de faire émerger différents points de vue (10).

Dans un focus group, on retrouve un animateur qui modère la discussion, un observateur qui collecte les informations et plusieurs intervenants qui échangent sur un nombre limité de sujets définis à l'avance par un guide d'entretien.

B. Recrutement des participants

Les critères de recrutement étaient : 1) tout professionnel exerçant au sein d'une MSP des Hauts-de-France et 2) intervenant dans l'accueil ou les soins de santé de patients migrants.

Le recrutement des participants a principalement été réalisé par téléphone.

C. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 2) a été élaboré en collaboration avec M. Sylvain Derensy (SD, Coordinateur de la MSP de Steenvoorde) afin de fournir un cadre aux focus groups ainsi qu'une reproductibilité des données recueillies lors des entretiens. Il proposait des pistes de réflexion et de discussion, tout en étant ouvert et modulable au fil de l'entretien. Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes et il était prévu de le faire évoluer au fur et à mesure de la collecte des données si cela s'avérait nécessaire.

D. Déroulement des focus group

Les entretiens ont été modérés par SD. L'observateur était SG (investigateur). Ils ont tous débuté par une présentation de l'étude, du modérateur, de l'investigateur ainsi que des différents participants.

Au début de chaque focus group, le consentement éclairé ainsi que l'autorisation d'enregistrement ont été recueillis oralement auprès de chaque participant et il était révoquant à tout moment. Les participants ont également été informés de l'anonymisation des données lors de la retranscription.

E. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés par la fonction dictaphone d'un smartphone et retranscrits par SG puis anonymisés. Pour éviter la perte d'information, la retranscription a été réalisée *verbatim*.

Le codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 12[®] (QSR International, Melbourne (Victoria), Australie). Les transcriptions ont été lues en entier plusieurs fois pour en retenir le sens général, puis un premier codage ouvert a été réalisé pour isoler des citations et leur attribuer un sens (*nœuds*). Ces nœuds ont été regroupés par

catégories au cours d'un second niveau de codage, le codage axial. Un ensemble de sous-thèmes ont ainsi été définis, regroupés ensuite par thèmes. Une partie de texte peut recouvrir plusieurs sens et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes. L'analyse thématique a permis d'éliminer les informations hors sujet. Afin de limiter le biais d'interprétation, une triangulation des données a été effectuée par un investigateur extérieur (RA) à l'étude.

F. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées dans les sources documentaires suivantes : SUDOC, PUBMED et Google Scholar.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des participants

Le premier focus group était composé de huit professionnels de santé parmi lesquels figuraient deux médecins généralistes, une sage-femme, une infirmière, une orthophoniste, la coordinatrice de la MSP ayant une formation d'assistante sociale. La responsable de la PASS ainsi qu'une assistante sociale de la PASS située dans le secteur avaient été conviées par la coordinatrice de la MSP. Il a eu lieu le 26 mars 2019 à Dunkerque et a duré 66 minutes.

Le deuxième focus group était composé de quatre professionnels de santé qui étaient tous médecins généralistes. Il a eu lieu le 11 juillet 2019 à Lille et a duré 55 minutes.

Le troisième focus group était composé de trois professionnels de santé parmi lesquels figuraient deux médecins généralistes et une psychologue. Il a eu lieu le 09 octobre 2019 à Creil et a duré 56 minutes. A noter que deux infirmières devaient être présentes mais n'ont pas pu se libérer.

Le quatrième focus group était composé de treize professionnels de santé parmi lesquels figuraient trois infirmières, quatre médecins généralistes, deux secrétaires, une orthophoniste et trois internes de médecine générale. Il s'est déroulé le 2 septembre 2020 à Marly et a duré 67 minutes.

Les entretiens ont été classés par ordre chronologique de réalisation. L'ensemble des caractéristiques des participants ont été récapitulé dans le tableau suivant.

P	FG	AGE	GENRE	PROFESSION	MILIEU
P1	1	50 – 60	M	Médecin généraliste	Urbain
P2	1	60 – 70	M	Médecin généraliste	Urbain
P3	1	20 – 30	F	Sage-femme	Urbain
P4	1	50 – 60	F	Orthophoniste	Urbain
P5	1	40 – 50	F	Infirmière	Urbain
P6	1	40 – 50	F	Coordinatrice	Urbain
P7	1	30 – 40	F	AS à la PASS	Urbain
P8	1	30 – 40	F	Responsable de la PASS	Urbain
P9	2	50 – 60	F	Médecin généraliste	Urbain
P10	2	40 – 50	F	Médecin généraliste	Urbain
P11	2	40 – 50	F	Médecin généraliste	Urbain
P12	2	40 – 50	F	Médecin généraliste	Urbain
P13	3	30 – 40	F	Psychologue	Urbain
P14	3	40 – 50	M	Médecin généraliste	Urbain
P15	3	40 – 50	F	Médecin généraliste	Urbain
P16	4	30 – 40	F	Infirmière	Urbain
P17	4	40 – 50	F	Infirmière	Urbain
P18	4	40 – 50	F	Infirmière	Urbain
P19	4	40 – 50	F	Orthophoniste	Urbain
P20	4	60 – 70	M	Médecin généraliste	Urbain
P21	4	30 – 40	M	Médecin généraliste	Urbain

P22	4	30 – 40	F	Médecin généraliste	Urbain
P23	4	30 – 40	M	Médecin généraliste	Urbain
P24	4	40 – 50	F	Secrétaire	Urbain
P25	4	40 – 50	F	Secrétaire	Urbain
P26	4	20 – 30	F	Interne de MG	Urbain
P27	4	20 – 30	F	Interne de MG	Urbain
P28	4	20 – 30	F	Interne de MG	Urbain

B. Difficultés de prise en charge des migrants

1. Barrière de la langue

- La barrière de la langue était l'un des principaux obstacles auxquels sont confrontés les professionnels de santé.

P10 : *je dirais qu'il y a d'abord la barrière de la langue qui est l'un des gros problèmes.*

P4 : *elle avait du mal à communiquer avec certains patients, qu'elle était hors communication.*

P23 : *souvent on arrive à se débrouiller un petit peu en anglais.*

P20 : *l'éducation thérapeutique avec la barrière de la langue elle est un petit peu compliqué.*

- La barrière de la langue a pu mener à des situations d'incompréhension entre le soignant et le patient.
 - Il est arrivé que le patient ne comprenne pas et qu'il n'ose pas le dire.

P15 : *parce qu'ils n'ont pas compris pourquoi ils devaient le prendre (en parlant de leur traitement)*

P14 : *j'ai pris trente minutes pour lui expliquer son traitement pour l'hépatite C (...) finalement il n'a sûrement pas compris mais il n'a pas osé me dire qu'il n'avait pas compris.*

- Inversement, il est déjà arrivé à un soignant de ne pas comprendre et de ne pas forcément le dire.

P11 : *mais cela nous arrive à tous de ne pas comprendre et de ne pas le dire.*

P9 : *avec les autres patients qui parlent bien français et qui sont a priori dans le même schéma culturel que nous, quand on ne comprend pas on le dit.*

- L'interprétariat était un des moyens utilisés pour pallier la barrière linguistique. On distinguait deux types d'interprète : l'interprète informel, qui pouvait être un membre de la famille du patient ou un ami parlant la langue du patient, et l'interprète professionnel.
 - Le recours à un interprète informel était le plus fréquent mais il n'était pas sans inconvénient car cela introduisait la présence d'un tiers qui pouvait déséquilibrer la relation médecin-patient et s'ajoutait à cela la question du non-respect des principes de confidentialité.

P9 : *il y a aussi le travail avec l'interprète ou celui qui sert d'interprète. C'est un travail délicat, parce qu'on ne connaît pas ce que sont les gens par rapport aux autres et quels sont les enjeux sociaux ou familiaux (...) Demander l'accord du secret et de faire traduire l'accord du secret c'est quelque chose de primordial.*

P11 : *c'est déjà arrivé que la personne trouve dans la salle d'attente quelqu'un qui puisse traduire.*

P24 : *pour la compréhension (...) c'est mieux d'avoir quelqu'un accompagnant.*

- Il arrivait que la traduction soit faite par les enfants

P23 : *je demande aux parents de venir avec leurs enfants quand c'est l'enfant qui fait l'interprète.*

- Cependant l'une des intervenantes soulignait la difficulté quand la traduction est faite par un enfant dans certains domaines.

P9 : *la difficulté étant la traduction avec les enfants (...) Il y a une vraie hiérarchie dans une famille et il faut la respecter.*

- L'intervention du tiers pouvait se faire au téléphone.

P12 : *parfois on fait par téléphone.*

P23 : *j'ai une personne avec qui je ne sais pas communiquer qui appelle quelqu'un au téléphone.*

- Mais cela demandait aussi beaucoup d'énergie et était difficile compte tenu de l'absence du non verbal notamment.

P9 : *je trouve ça extrêmement difficile (...) En plus tu n'as pas le non verbal.*

P12 : *c'est très fatigant.*

- La possibilité de bénéficier d'un interprète professionnel a été évoqué plusieurs fois, afin notamment d'éviter les erreurs de traduction ainsi que les problèmes de confidentialité.

P21 : *dans un monde idéal on aurait accès à un interprète.*

P20 : *on a besoin effectivement d'un recours plus facile à un interprète*

P24 : *c'est rare quand certains migrants ne parlent pas l'anglais donc avoir des interprètes ou faire des formations en anglais avec les termes médicaux*

P24 : *quelqu'un qui serait formé à parler couramment différentes langues*

- Alternatives
 - L'utilisation d'outils comme les applications ou sites de traduction.

P15 : *Ils ont aussi des traducteurs sur leur téléphone*

P11 : *Vous avez déjà utilisé Traducmed (...) un site où il y a plusieurs langues avec les questions types de l'interrogatoire et donc tu cliques et cela prononce la phrase.*

P23 : *il y a les outils tout bête comme Google translate ou Traducmed ça aussi je les utilise souvent.*

- L'utilisation de symboles ou de pictogrammes.

P15 : *on utilise beaucoup de dessins et les gens se repèrent bien dans les dessins.*

P12 : *Je travaille beaucoup avec les gestes et les images.*

P11 : *je me sers d'internet avec les photos pour montrer des choses ou des lieux*

- Il apparaissait donc comme un atout d'être polyglotte et cela est évoqué à plusieurs reprises durant les entretiens.

P2 : *ça ne me gêne pas trop la barrière de langue parce que je suis multilingue.*

P10 : *J'aurais dit que le fait de parler des langues différentes (...) donc voilà, être polyglotte c'est quand même mieux.*

P11 : *Dans un monde de rêve, on parlerait plus de langues.*

2. Différences culturelles

- Les différences culturelles étaient également régulièrement citées.

P5 : *On sait selon la culture un peu le tempérament aussi parce que tout le monde ne nous accueille pas de la même manière.*

P3 : *Les choix de contraception, c'est aussi lutter contre la culture.*

P9 : *On manque de médiation culturelle ça c'est important notamment quand on reçoit beaucoup de gens (...) On va plus vite, on perd moins de temps (rires) et surtout on se comprend.*

P11 : *Oui cela permet de comprendre sur le sens de la maladie, les représentations*

P21 : *ce n'est pas la même culture, ils sont dans l'inconnu.*

- Ces différences de culture étaient parfois à l'origine de représentations différentes notamment au niveau du corps, de la maladie et des traitements. Ce qui peut donc constituer des obstacles dans la prise en charge de ses patients.

P12 : *La représentation qu'ils ont du corps n'est pas forcément comme nous.*

P11 : *La représentation du corps, de la maladie, des traitements*

P10 : *une fois j'ai eu une patiente qui me disait j'ai des boutons, j'ai des boutons pourtant je n'en voyais pas mais je pense que le terme bouton pour elle ne signifiait pas du tout la même chose que ce que moi j'imaginai.*

P13 : *cela ne se fait pas trop dans notre culture, au pays ils n'auraient jamais fait ça*

- Le rôle du médecin généraliste ainsi que le rapport au corps pouvaient aussi être différent selon la culture du patient ainsi certaines parties du corps pouvaient être taboues. Par exemple, certaines patientes refusent d'être examinées par un homme.

P2 : *dans des cultures de tradition turque, c'est inimaginable pour une femme d'être examinée par un homme (...) tout ce qui est pays de l'Est, la gynécologie sort clairement du champ du médecin généraliste.*

- Il apparaissait donc important de former à la dimension interculturelle du soin dans la compréhension de la pathologie, du traitement, les normes et les tabous culturels et religieux.

P9 : *Cela nécessite... d'aller rechercher la vision du monde de l'autre.*

P10 : *C'est des choses auxquelles on pourrait au moins sensibiliser les étudiants.*

P18 : *dans nos études on ne nous a pas forcément parlé de tout ça et donc c'est sur le terrain qu'on arrive et qu'on doit gérer ces situations.*

- Importance de se décentrer de soi et de s'adapter pour essayer de mieux comprendre l'autre.

P9 : *moi le fait de travailler avec des gens qui viennent d'autres endroits et avec des représentations différentes m'a permis de me décentrer avec tout le monde (...) le fait de prendre en charge des migrants cela m'a permis de me dire qu'il faut toujours se décentrer*

- Certains professionnels insistaient sur la nécessité de s'adapter à la personne et donc à sa culture

P3 : *Il fallait s'adapter.*

P4 : *Il y a beaucoup d'adaptation en fait.*

- Enfin pour certains, les différences culturelles étaient plus importantes que la barrière linguistique.

P2 : *les barrières culturelles sont beaucoup plus importantes que les barrières linguistiques.*

3. Temps à consacrer

- La question du temps a souvent été évoquée notamment le caractère chronophage des consultations.

P12 : *Ce genre de consultation, ça peut être extrêmement long.*

P13 : *Je pense que cela nécessite un peu plus de temps.*

P9 : *c'est très chronophage mais cela est très important*

P23 : *s'il y avait trop de consultations comme celle-là c'est chronophage ça prend du temps et puis on a l'impression de faire un travail de qualité médiocre*

- Les patients migrants nécessitent une plus grande disponibilité pour les accompagner notamment dans la compréhension de leurs pathologies et de leurs traitements.

P23 : *On va peut-être plus prendre le rendez-vous pour le patient alors que d'habitude on lui dit bon bah vous prenez un rendez-vous, on va peut-être un petit peu plus loin dans ce qu'on fait pour le patient*

- Ainsi quand on demandait aux professionnelles ce dont ils ont besoin pour mieux les prendre en charge, la nécessité d'avoir plus de temps était fréquemment citée.

P10 : *Du temps, beaucoup de temps et ça c'est de l'argent. C'est le nerf de la guerre.*

P21 : *Alors là, plus de temps.*

P23 : *des journées de 30h...*

- Néanmoins le temps manquait souvent lors d'une journée de consultation.

P2 : *dans la mesure où on travaille à saturation, c'est difficile d'introduire des patients dans le planning.*

- Afin de pallier cette contrainte certains n'hésitaient pas à fractionner les consultations.

P9 : *Moi je fractionne volontiers mais même en les fractionnant cela reste des consultations très longues*

- Certains signalaient que le problème du temps n'était pas exclusif à la population migrante.

P14 : *pour certaines personnes elles ont besoin de plus de temps (...) on peut appliquer cela à plein de publics*

4. Manque de connaissance du système de soins

- Une méconnaissance du système de soins français et de leurs droits participait aux difficultés d'accès aux soins.

P3 : *ce ne sont pas forcément des patientes qui savent ce qu'elles peuvent avoir des différents professionnels. On fait les liens. C'est vraiment le fil rouge au sein de la structure.*

P6 : *C'est aussi important de leur faire connaître le système de santé et les différents professionnels qui exercent ici.*

P12 : *Il ne connaît pas bien le système et les différents intervenants.*

P23 : *je ne pense pas que l'accès aux soins soit identique et facile pour cette population d'une manière générale.*

- Un des intervenants signalait qu'il existait un « livret de santé » bilingue édité par le Ministère de la Santé dans plusieurs langues qui vise à améliorer l'autonomie et la connaissance du système de santé.

P2 : *Il y a le petit bouquin de l'ARS, (...) cela leur permet de savoir comment fonctionne et comment on utilise le système de santé en France*

- Certains évoquaient le fait que certains migrants pensaient que le système de soins était tout puissant.

P9 : *on n'est pas des bons samaritains, on n'est pas des sauveurs du monde et on ne sait pas tout faire.*

P12 : *Une des difficultés c'est de dire parfois non ou bien ça je ne peux pas faire.*

P10 : *ils savent qu'on est médecin et que pour cela on ne pourra pas les aider mais ils ont une telle confiance.*

5. Difficultés dans le suivi

- Refus de soins
 - Certains intervenants signalaient le risque de refus de soins par certains professionnels de santé soit parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME ou soit parce que ce sont des migrants.

P3 : *la première question est toujours « est ce que vous prenez les patients bénéficiant de la CMU ? » (...) Cela veut dire aussi qu'ils vont chercher la personne qui ne les refuse pas.*

P15 : *ce n'est pas tout le monde qui voudrait avoir une personne migrante dans sa salle d'attente.*

P20 : *Beaucoup de structures de soins n'accueillent pas les migrants*

P18 : *il y a aussi le problème de la représentation de ces personnes. On est dans une société (...) où clairement le migrant est très mal vu.*

- Les difficultés dans le suivi
 - Le suivi était décrit comme difficile.

P15 : *le suivi est très compliqué*

P15 : *on assiste très souvent à un abandon des soins.*

P14 : *c'est rester dans le soin qui est compliqué.*

- Le suivi était tributaire des décisions administratives et des envies des patients.

P14 : *s'ils sont demandeurs d'asile et qu'ils sont déboutés, ils vont souvent ailleurs et bien c'est fini pour le suivi.*

P14 : *il y en a qui ont obtenu la protection demandeur d'asile mais donc du coup ils peuvent partir dans d'autres endroits...*

P15 : *C'est très compliqué ce suivi là il y en a quelques-uns qui donnent des nouvelles. Ils passent dire je suis à tel endroit mais il n'y en a pas beaucoup.*

P13 : *j'avais commencé à suivre quelqu'un puis après elle s'est déplacée en Ile-de-France.*

- A cela s'ajoutaient parfois des problèmes d'identification qui venaient complexifier le suivi.

P1 : *J'ai eu le cas... de deux patientes qui s'étaient refilées les papiers et donc des débuts de grossesse et de bilans qui étaient devenus incohérents (...) c'était le groupe sanguin qui n'était plus le même 3 mois après.*

6. Obstacles financiers

- Il existait une limite d'accès à certains traitements chers et non remboursés voir parfois dans le choix du parcours de soin.

P3 : *on a eu des cas de personnes migrantes qui avaient des prescriptions, des nécessités de suivi, des examens avec des traitements qui n'étaient pas couverts par l'AME.*

P15 : *ces personnes n'ont pas de revenus (...) Donc ce sont des personnes qui sont très démunies*

P15 : *Le frein financier est un gros frein pour eux.*

- Il a été soulevé qu'il était primordial que le patient ait un logement fixe pour assurer certains soins (notamment soins infirmiers à domicile)

P15 : *Très souvent, on reçoit des migrants qui viennent de Paris (...) et se retrouvent sans logement.*

- Les actes gratuits
 - Les professionnels étaient différemment touchés par cette problématique. Ainsi les professionnels exerçant à proximité de la région parisienne se trouvaient beaucoup plus souvent confrontés à des patients sans droits.

P15 : *on nous oriente ces patients-là, en maison de santé, parce qu'ils ont aussi une idée que la maison de santé c'est comme une structure hospitalière qui est gratuite.*

- Contrairement à leurs homologues exerçant dans le nord de la région.

P2 : *on peut faire des consultations gratuites. Il y en a très peu. Ce sont des situations assez exceptionnelles.*

- Ainsi ils orientaient plus facilement les patients n'ayant pas de droits vers des associations ou la PASS de leur secteur.

P10 : *comme on travaille beaucoup avec MSL, quand les gens n'ont pas de droits on les oriente vers MSL*

P1 : *Moi j'envoie de temps en temps à la PASS des gens en attente de droits (...) Parfois on les voit, on diffère et on attend que les papiers soient faits.*

- Certains soulignaient que cela ne sert pas à grand-chose de faire des actes gratuits s'ils ne pouvaient pas être suivis de la délivrance des médicaments ou d'investigations complémentaires.

P15 : *on peut faire l'examen clinique, poser un diagnostic mais après c'est la suite qui va poser problème. Car il faut pouvoir avoir les médicaments (...) Pareil, s'il faut des imageries.*

7. Difficultés administratives

- Un obstacle important pour des patients, qui souvent ne maîtrisaient pas la langue française, était les procédures administratives.

P14 : *il ne parle pas la langue, il ne s'y retrouve pas dans ses papiers, il ne sait pas lire donc là il faut bien lui expliquer.*

P9 : *il faut voir comment les aider à classer les papiers... et il y a donc une espèce de repérage à faire... ils ont beaucoup de choses dans leur cabas et il faut faire attention à respecter leur propre classement.*

- Cela nécessitait un investissement supplémentaire de la part des professionnels qui devaient remplir de plus en plus de formulaires.

P11 : *qui s'occupe de mettre en place la demande d'accès à l'AME ou de CMU.*

P12 : *il y a l'aide sociale avec les éducateurs, les associations qui sont là. Mais parfois on a du mal à rentrer en contact (...) du coup c'est vraiment un travail de lien avec tous les aidants qui sont déjà en place.*

P10 : *après une fois qu'ils ont leurs droits cela retire une grosse épine du pied.*

P9 : *On fait tout un travail d'ouverture de droits de monter les dossiers AME, les dossiers CPAM (...) c'est vraiment un truc qui est prioritaire (...) Après il y a d'autres tâches administratives aussi qui sont par exemple les déclarations de grossesse mais parfois les demandes MDPH tous ces trucs autour de la santé (...) Pour ce qui est des prises de rendez-vous on s'en occupe parfois aussi, des inscriptions en maternité, de téléphoner ou d'inscrire une consultation sur internet quelque part donc ça on s'en occupe beaucoup.*

P15 : *On a aussi des bénévoles qui prennent directement rendez-vous pour la personne.*

- Un des médecins soulignait que c'est un accompagnement et on ne faisait pas cela « à la place » des patients.

P9 : *Donc monter les dossiers CMU ou autre c'est « monter avec » et non « à la place de » c'est à dire que la personne accueillante se met dans un bureau et elle récupère, elle demande avant ce qu'il faut ramener et ensuite elle fait le dossier avec.*

8. Troubles psychologiques

- Il y avait de nombreux facteurs qui pouvaient être à l'origine de troubles psychologiques par exemple les violences subies et les traumatismes vécus dans le pays d'origine mais aussi durant le parcours migratoire ou l'incertitude sur l'avenir après l'arrivée en Europe. Les professionnels exprimaient une difficulté à les soigner, voire même à les aborder.

P9 : *Il y a des gens qui sont dans des situations de stress post traumatique et bien nous on est là on est gentil quoi*

P20 : *c'est quand même des gens qui ont souffert de façon intense pendant des semaines, des mois, qui ont frôlé la mort plusieurs fois et c'est des choses dont ils ne parlent pas*

P11 : *Moi je ne m'aventure pas sur ça (...) je n'en demande pas trop car déjà je ne sais pas si je pourrais tout entendre.*

- Ces souffrances psychologiques étaient accentuées par l'isolement notamment familial.

P2 : *Le certificat pour notifier que la présence de la conjointe est importante pour l'accompagnement des soins mais aussi sur le plan psychologique.*

- De plus, le non-remboursement des séances de psychothérapie ne jouait pas en faveur des psychologues. Ainsi l'une des MSP avait tenté une expérimentation concernant la prise en charge des migrants par la psychologue. Cela était basé sur un autofinancement avec une participation selon les moyens de chacun.

P14 : *On avait fait une expérimentation... mais c'est nous qui avons financé... Comme les soins de la psychologue il y a toujours cette idée que les migrants ne savent pas.*

P13 : *Ce n'est pas qu'ils n'osaient pas en parler aux médecins mais (...) moi, j'ai beaucoup plus de temps à leur offrir.*

- Le bilan final de cette expérimentation n'a pas encore été fait mais les premiers résultats semblent positifs.

P14 : *Moi j'ai trouvé le bilan positif mais je n'ai pas tout analysé*

C. Stratégies d'adaptation et pistes d'amélioration évoquées dans les FG

1. Interprofessionnalité

- De manière générale, l'interprofessionnalité était un avantage dans les soins globaux des patients et ce d'autant plus lorsqu'il s'agissait d'une population vulnérable comme les migrants. La collaboration entre les professionnels de la MSP permettait notamment de partager les expériences mais également de bénéficier des compétences des différents professionnels.

P9 : *il vient, il me montre sa peau et je ne vois rien donc on essaye de voir ensemble*

P13 : *Il y aussi des traducteurs parmi nous.*

P15 : *On peut discuter avec les autres professionnels de santé sur des cas et leur demander ce qu'ils en pensent et si tu as du temps on voit la personne ensemble.*

P15 : *Bien souvent cela permet de diminuer le circuit à l'extérieur (...) Cela permet d'écourter le circuit si on sait faire certains gestes donc il faut en profiter.*

- Plusieurs professionnels insistaient sur la nécessité de communiquer entre les différents intervenants.

P10 : *Oui un élément qui est important avec les migrants c'est qu'il faut communiquer.*

P9 : *On échange beaucoup et on a une culture commune qui est celle du respect (...). Et puis voilà avoir des vigilances particulières, il y a des choses auxquelles on ne penserait pas.*

P14 : *il y a comme ils ont dit la vie de tous les jours au contact d'autres collègues qui ont telle ou telle expérience et qui vont partager.*

P15 : *on a aussi la psychologue qui va aussi dans des associations faire des consultations et qui fait des retours.*

- Afin de faciliter cette communication, le dossier médical partagé était un bon outil qui facilitait la prise en charge comme le soulignaient certains professionnels.

P20 : *ils ne vont pas consulter toujours le même médecin et pour une demande urgente le fait d'avoir accès aux dossiers c'est un plus*

P9 : *ici, comme on a un dossier médical partagé c'est beaucoup plus simple. On note ce qui a été fait dans les antécédents, dans les prises de sang et tout ça, donc c'est plus simple que de se requestionner toujours.*

2. Adapter le mode d'exercice

- Le mode de consultation sans rendez-vous a été évoqué comme étant le plus adapté afin de faciliter l'accès aux soins pour les patients précaires au sens large.

P20 : *pour les personnes très précaires (...) il est clairement démontré que le système de consultation par rendez-vous n'est pas adapté.*

- Une MSP a créé des demi-journées de consultations sans RDV réparties entre les différents médecins ainsi que des plages de consultation pour les patients migrants en cas de demande

P14 : *ils apprécient le fait de savoir que l'on peut envoyer sans rendez-vous*

P15 : *vous avez cette possibilité de me solliciter par mail pour ce créneau-là dans la semaine.*

- Cependant d'autres MSP, à défaut d'avoir un effectif suffisant, fonctionnaient sur rendez-vous et essayaient de libérer des créneaux de consultation le jour même.

P23 : *ces patients sont souvent dans une demande de soin rapide pas souvent dans un suivi chronique donc des consultations avec une exigence d'être présent rapidement*

P2 : *les plages libérées pour l'accueil le jour même sont très vite saturées.*

- L'un des médecins précisait que s'il était interpellé par la secrétaire pour recevoir certains patients n'ayant pas rendez-vous, il y aurait forcément une réponse peu importe la personne.

P1 : *C'est-à-dire que s'il y a un migrant qui pousse la porte, la secrétaire demandera à un des médecins présents ce qu'elle fait avec lui. Donc ça se terminera vraisemblablement quand même par une consultation*

P2 : *On verra si ça peut être réglé là ou si cela doit être réorienté par exemple.*

P1 : *On va faire une espèce de débrouillage, de tri, si on peut dire, quitte à reporter ou à adresser sur la PASS s'il faut.*

3. Faciliter la création d'un réseau plus large

- Plusieurs intervenants signalaient l'importance de se créer un réseau en allant aux différentes réunions. Ce travail était facilité lorsque l'on travaillait en groupe.

P11 : *ça veut dire qu'il faut régulièrement venir dans les réunions, les synthèses, les PASS, les intervisions. C'est là où l'on rencontre du monde*

P12 : *les contacts changent aussi, ce n'est pas du tout figé. On peut par exemple faire une liste au mois de mai et au mois de décembre, elle ne sera plus bonne.*

P9 : *S'il y a un problème administratif, moi ce n'est pas mon métier mais il faut que je sache où envoyer donc je passe un coup de fil ou j'envoie un mail. C'est là qu'il faut connaître les gens, les lieux et donc avoir un réseau, comme réseau santé solidarité*

4. Secrétariat physique

- L'accueil avec le secrétariat physique était vu comme un secteur important car il intervenait dans différentes actions.
 - Dans une période où se développent les plateformes numériques de rendez-vous médicaux, on notait l'importance du secrétariat physique pour les patients dans la prise des rendez-vous, notamment pour cette population souvent démunie n'ayant bien souvent pas d'ordinateur ou d'accès à internet.

P9 : *L'autre avantage, c'est d'avoir quelqu'un au secrétariat qui gère beaucoup de choses (...) les gens ont peur de téléphoner, ils vont passer prendre un rendez-vous directement en venant ici du coup cela fait partie de notre façon de travailler, d'accrocher les gens au lieu par rapport à leur santé.*

P15 : *C'est difficile pour certains car il y a toujours des gens qui n'ont pas un forfait internet, qui n'ont pas d'ordinateurs chez eux. Donc il y a une partie qui vient à l'accueil et qu'on essaye d'aider dans la prise de rendez-vous*

- Il facilitait aussi le travail des professionnels en permettant la récupération de compte rendus ou en joignant un autre professionnel. Cela permettait d'améliorer le suivi du patient mais était aussi un gain de temps pour les professionnels.

P9 : *Donc pour parler à tel docteur, on dit à la secrétaire tu peux appeler à tel endroit pour parler au docteur trucmuche et puis moi je continue de travailler.*

P11 : *C'est un gain de temps et d'efficacité.*

P10 : *C'est vrai que du coup nous on met quand même pas mal de moyens dans l'accueil c'est un luxe et un avantage.*

- Il tenait aussi une place importante dans l'accompagnement de certaines démarches administratives, parfois même pour des dossiers n'ayant aucun lien avec le domaine médical.

P9 : *on a un secrétariat qui gère énormément par exemple beaucoup de tâches administratives que les gens ne savent pas faire car ils ne connaissent pas comment fonctionne le système*

P11 : *La secrétaire c'est ça aussi elle aide à remplir les dossiers pour que les enfants puissent partir en colonie de vacances et tout ça...*

5. Partenariat médico-social

- La résolution des problèmes administratifs semblait passer par le renforcement du partenariat médico-social. Cette nécessité de renforcer les liens entre professionnels de la santé et les travailleurs sociaux a été évoquée.

P20 : *on a besoin (...) d'avoir de meilleurs contacts et un meilleur recours à tous les travailleurs sociaux et de pouvoir coordonner les soins entre soignants et travailleurs sociaux*

P23 : *après il y a plusieurs choses qu'on n'a pas encore faites mais dont on a plusieurs fois parlé qui est d'essayer d'améliorer les contacts entre les soignants et les services sociaux*

P22 : *je rajouterai juste une petite chose, un outil pour suivre la demande sociale des gens, les aides qui ont été mis en place et ce qui est en attente d'accord cela pourrait être un truc*

- Ainsi la possibilité de bénéficier de permanence d'un travailleur social au sein des MSP, comme c'est le cas dans l'une des MSP, participerait à favoriser la prise en charge des migrants.

P2 : *éventuellement l'assistante sociale, on peut l'avoir dans son entretien si on a besoin d'un certain nombre de précisions. Cela permet donc de bien huiler les rouages et de résoudre des situations.*

- Le fait de pouvoir consulter une assistante sociale au sein de la MSP permettait aussi aux patients et plus particulièrement aux migrants d'en bénéficier plus facilement, sans réticence ni crainte, car sur place un service social est vu comme aidant, par opposition au service qui contrôle.

P3 : *Pour mes patientes, leur terreur aussi, c'est que dès qu'on se met en lien avec tout ce qui est social, c'est "pourquoi ?" (...) des personnes migrantes qui sont sans repère, pour eux l'assistante sociale retire les enfants.*

P2 : *Quand on les a orientés vers le service social ici dans nos locaux, ils viennent et le service ici dans nos locaux est un service social qui aide. Mais si on les envoyait vers un service social de la CAF, de l'assurance maladie, ou n'importe quoi, je suis sûr qu'ils n'iraient pas. C'est du contrôle.*

6. Mode de rémunération

- Concernant le volet financier, certains intervenants mettaient en avant la nécessité d'une modification du mode de rémunération sous la forme d'un forfait. Ainsi les patients pourraient bénéficier de soins par un psychologue ou les actes pourraient être revalorisés s'agissant des consultations longues.

P14 : *S'il y avait une consultation avec une cotation précarité ou cotation consultation longue ou des forfaits parcours comme cela commence à se faire maintenant.*

P15 : *Il faudrait qu'on ait la possibilité de ses différents parcours. D'en faire profiter à tous les patients qu'ils soient migrants ou pas. Là il n'y aurait plus la question de moyens.*

7. Formation

- Au sujet de la formation, certains participants souhaitaient que les étudiants soient davantage sensibilisés à la prise en charge des migrants ainsi qu'aux questions sociales.

P12 : *D'une manière un peu générale, mais pas seulement pour les migrants, on est un peu formaté pour savoir quoi faire et comment faire. Mais des fois, on a quand même des difficultés à se mettre au niveau de la personne (...) Et ça on ne l'apprend pas dans les livres.*

P9 : *C'est la mise en situation, la formation avec des jeux de rôles.*

P10 : *Tu vois, par exemple à l'hôpital, tu as des migrants et le nombre de fois où tu reçois des courriers avec écrit interrogatoire impossible alors que la personne tu la vois régulièrement et que tu arrives à communiquer avec elle. Pourquoi eux ils n'y arrivent pas ?*

P12 : *Moi je pense qu'on n'apprend pas ça mais plutôt le contraire. On doit tout savoir, avoir des certitudes et on doit apprendre la conduite à tenir, le protocole (...) Si tu ne sais pas tu n'es pas bon.*

P10 : *Et puis moi je trouve que du côté médical on est très formaté par la fac. On nous apprend des symptômes, des signes, parfois la plainte des gens elle n'a rien à voir avec ce qu'on étudie.*

- Cette sensibilisation devait être effectuée durant l'internat notamment après avoir débuté les stages en médecine générale.

P11 : *J'ai l'impression d'avoir eu des cours là-dessus. Sur la communication, se décentrer ou sur les différences culturelles mais tant que tu ne le vis pas, tu ne comprends pas de quoi on parle.*

P9 : *C'est sûr que c'est plutôt une formation après y avoir été confronté. Donc au niveau de l'internat. C'est ce que l'on fait ici.*

P10 : *Je ne dis pas moi au début je n'étais pas à l'aise mais au fur et à mesure de la pratique, tu as déjà dit pas mal de choses sur les représentations et autres. C'est des choses auxquelles on pourrait au moins sensibiliser les étudiants.*

- La mission d'accueil réclamait entre autres de la part des professionnels une écoute active pour accompagner les migrants. Il apparaissait donc important de mieux être formés à l'écoute.

P2 : *Donc il y a beaucoup d'écoute et peut être que la seule formation véritable est la formation à l'écoute qui est difficile mais parfois il faut quelques années pour comprendre des situations qui ont provoqué la migration.*

P5 : *Pourquoi pas des formations qui pourraient développer ou peut être ce qu'on a déjà à la base quand on est professionnel de santé, des capacités d'écoute, une tolérance, enfin plein de qualités humaines qu'on a déjà théoriquement en tant que professionnels de santé.*

P14 : *C'est important le rôle que l'on a et pour n'importe quel public cela doit être une écoute bienveillante (...) Donc ce n'est pas la formation initiale de médecine où on apprend à écouter un peu alors qu'on devrait écouter beaucoup plus.*

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

1. Barrière de la langue

La barrière de la langue a été régulièrement citée dans notre étude.

Ainsi une insuffisance de communication entre le patient et le médecin peut nuire à la décision partagée et à l'adhésion du patient au projet thérapeutique, conduire à une augmentation du nombre de consultations pour un même problème et aboutir à une insatisfaction du patient et du médecin. Une mauvaise interprétation des symptômes peut conduire à des diagnostics erronés et des traitements inappropriés. Comme souligné par plusieurs études, la barrière linguistique est donc un frein à la santé et au suivi médical (13,14).

Afin de pallier cet obstacle, les principales stratégies d'adaptation de la communication retrouvées dans notre étude étaient l'intervention d'un tiers (membres de la famille ou de la même communauté) faisant office de traducteur informel, l'utilisation de logiciels de traduction ainsi que l'utilisation de gestes, de schémas ou d'images.

Le langage oral est un vecteur fondamental de la communication. Plusieurs études ont démontré que la satisfaction du patient ainsi que la globalité de ses soins sont améliorées lorsque le médecin communique efficacement (15).

Selon le discours des participants à l'étude, le moyen le plus fréquent semble être l'interprète informel avec notamment la présence fréquente d'un membre de l'entourage lors des consultations mais cette pratique soulève de nouvelles difficultés. Le professionnel de santé accueille le patient migrant en présence d'un tiers, en renonçant au

dialogue singulier. Cela ne garantit pas totalement le respect du secret professionnel et du droit du patient à la confidentialité. Il peut en résulter la rétention ou la déformation de certaines informations. Une difficulté supplémentaire est notée lorsque l'enfant joue le rôle de traducteur. On assiste alors à une inversion des générations qui met l'enfant à une place particulière en le « parentifiant », parfois très tôt.

Un des sites de traduction, le plus souvent cité, est Traducmed qui a été lancé en 2005 par le Dr Vanbelle et qui est disponible gratuitement. C'est un outil de traduction numérique facilitant la communication avec des migrants allophones par des questions types en 42 langues (et en langue des signes) afin d'expliquer le déroulement de l'examen médical et d'évaluer les urgences médicales, sociales ou administratives (16).

Dans la littérature, l'interprétariat recommandé passe par un interprète professionnel. Ce dernier est tenu de respecter le secret professionnel par obligation déontologique et il renforce le libre choix ainsi que l'autonomie des patients dans le suivi de leur santé. L'intervention d'un interprète professionnel est associée à un effet positif sur la qualité des soins en limitant les incompréhensions liées à la barrière linguistique et contribue aussi à instaurer des rapports plus égalitaires entre les professionnels de santé et le patient (17,18). Cela favorise une relation de confiance. Cependant le recours à l'interprète professionnel n'apparaît pas comme étant la norme. La question du bénéfice médico-économique de la mise en place de l'interprétariat professionnel est difficilement évaluable. Une prise en charge financière de ces services augmenterait probablement leur usage.

Il serait donc intéressant de développer un service d'interprétariat professionnel régional mis gracieusement au service des professionnels de soins premiers comme c'est déjà le

cas en Alsace où ce service est subventionné par l'ARS avec un partenariat entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace et l'association Migrations Santé Alsace (50). Face cette barrière de la langue, le multilinguisme est également bénéfique sur le plan professionnel. Il favoriserait la capacité à interpréter ce que pense autrui et donc à une plus grande empathie. Promouvoir le multilinguisme des étudiants est à envisager avec au minimum une maîtrise de l'anglais médical.

2. Différences culturelles

Les différences culturelles semblent être des obstacles tout aussi importants que la barrière linguistique ce qui est confirmé par la littérature (22). La notion d'adaptation aux patients a souvent été évoquée dans les focus groups. Les différences culturelles sont à l'origine de représentations différentes du corps et de la maladie. Elles peuvent engendrer des obstacles dans l'accès aux soins, dans l'élaboration partagée du projet thérapeutique et dans la relation entre soignant et patient. Les professionnels de santé ont un système de représentations qui leur est propre. Ils peuvent se retrouver désarmés face à un patient ayant ses propres coutumes et dont la signification des plaintes peut être difficile d'interprétation. Ce fossé interculturel peut induire une attitude négative de la part du patient, un manque de confiance, en particulier pour les personnes ayant vécu des conflits politiques ou religieux (22).

Afin de mieux répondre aux attentes de ces patients, il apparaît pertinent lors de la formation des soignants d'envisager une sensibilisation accrue aux différences culturelles.

3. Difficultés dans l'organisation du parcours de soins

D'après l'article L. 1110-3 du Code de la Santé Publique : « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins » (41). Pourtant, des intervenants ont signalé des refus de soins par certains professionnels de santé.

Une étude menée par Médecins du Monde en 2006 dans 10 villes auprès de 275 médecins généralistes contactés par téléphone avait permis d'évaluer le taux de refus de soins des bénéficiaires de l'AME et de la CMU-C. Ainsi environ 37 % des médecins refusaient les soins pour un bénéficiaire de l'AME et 10 % refusaient les soins aux bénéficiaires de la CMU-C. Les médecins du secteur 2 refusaient quasiment deux fois plus souvent leurs soins que les médecins du secteur 1 quel que soit le type de couverture maladie (19). Des médecins peuvent adopter un comportement « discriminatoire » à l'encontre des migrants en raison d'une préférence nationale ou de préjugés sur leur capacité à respecter certaines indications thérapeutiques (20,21).

En 2014, un rapport du défenseur des droits (40), sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, recommandait

- de mieux informer les patients des possibilités de recours,
- de confier aux ARS, la fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes,
- d'autoriser les victimes présumées de refus de soins à se faire accompagner par une association de défense des droits des patients dans les procédures de conciliation ou les recours en justice,
- de faire un rappel à la loi aux professionnels de santé et d'intensifier les sanctions.

Il apparaît donc important de se constituer « un carnet d'adresse » de correspondants acceptant de soigner ces patients afin de contourner les refus qui peuvent aboutir à un renoncement aux soins.

Selon une étude de Médecins du Monde de 2010 (22), la méconnaissance des droits et les difficultés administratives résultant de la complexité des démarches faisaient partie des principaux obstacles à l'accès aux soins. Ces barrières participent au renoncement aux soins de ces personnes (23), accentuant les inégalités de santé.

Cette méconnaissance du système engendre parfois des attentes irréalistes sur la

capacité des médecins à faire le tri des divers problèmes physiques et sociaux en de courtes consultations.

Plusieurs études suggèrent que la connaissance du système de santé et la sensibilisation par l'expérience peuvent changer la façon dont les migrants comprennent et utilisent les services, entraînant une utilisation plus appropriée des services non urgents (24,25).

L'accès aux soins des personnes migrantes pourraient être amélioré par la diffusion d'informations sur l'organisation du système de soins et de couverture sociale, sur les dispositifs et les lieux de consultation, ainsi que les moyens d'y accéder. Des solutions peuvent être envisagées, comme la diffusion de documents édités dans différentes langues tels que le livret de santé bilingue disponible en 15 langues réalisé par le Ministère de la Santé et le COMEDE (41). Ils servent de support de communication, entre migrants et professionnels de la santé ou du secteur social. Ils peuvent améliorer les connaissances du système de santé français et ainsi renforcer l'autonomie des migrants. Ils permettent enfin de les informer sur leurs droits et sur les démarches à effectuer. C'est une partie de la solution mais cela ne semble pas être suffisant.

Compte tenu de la complexité du parcours administratif cela nécessitait un investissement supplémentaire des médecins qui devaient remplir de plus en plus de formulaires. Le manque de ressources financières et l'isolement social peuvent constituer un facteur aggravant sur la santé physique et mentale des migrants (18,26,27). Les migrants n'ont souvent pas accès à internet et cela accentue les difficultés administratives.

Certaines études françaises ont montré que la situation économique des migrants explique en partie leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine ambulatoire (28,29). Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un obstacle important à l'accès à la prévention pour les migrants qui ont bien souvent d'autres priorités (30). Ils ne se préoccupent de leur santé que lorsqu'elle constitue un frein

à leur trajectoire migratoire.

Il apparaît nécessaire pour les professionnels de santé de développer des compétences autres que purement médicales. Ainsi le suivi médical apparaissait indissociable de l'accompagnement social. Le fait de bénéficier de la permanence d'une assistante sociale contribue à réduire cette difficulté. Ainsi l'intégration d'un travailleur social au sein des MSP favoriserait l'accès à la santé des patients migrants et plus généralement des patients précaires. Cela permettrait entre autres d'éviter les réticences que peuvent avoir certains migrants à rencontrer des assistantes sociales et à signer des documents.

4. Santé mentale des migrants

Dans notre étude de nombreux médecins ont fait part de leurs difficultés à soigner ces pathologies et de l'absence de relais de santé mentale pour adresser les patients. Les pathologies mentales des migrants s'inscrivent dans un contexte d'exil marqué parfois par des deuils multiples et par la confrontation souvent brutale à un nouvel environnement. Au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social contribue à la dégradation de l'état de santé des migrants. Tout cela peut être à l'origine d'un stress important. L'effet sur l'état de santé du soutien social est largement documenté (31).

Lors des bilans de santé réalisés par les médecins du COMEDE entre 2012 et 2016, les demandeurs d'asile étaient 79 % à déclarer avoir subi des violences. Les violences ont été subies dans leur pays d'origine ou au cours de leur parcours migratoire. Parmi les troubles psychiques observés, il y avait 60 % de syndromes post-traumatiques, 22 % de dépression, 10 % de troubles divers. Au-delà de leurs conditions de vie précaire, ils doivent prouver aux représentants de l'État français le bien-fondé de leur demande d'asile et donc raconter leur histoire en précisant les violences et les souffrances subies (32).

Selon le dernier rapport du COMEDE de 2019, les troubles psychiques sont les pathologies les plus fréquentes devant les maladies cardiovasculaires (33). La prise en charge sociale de la psychothérapie demeure aujourd'hui problématique. C'est dans ce sens que depuis 2018, le Ministère de la santé et la Sécurité sociale expérimentent dans 3 départements (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Morbihan) le remboursement de la psychothérapie sur prescription médicale pour les patients dont la santé mentale est fragile et âgés de 18 à 60 ans (42). Ce projet associe les médecins généralistes, les psychologues cliniciens, les psychothérapeutes agréés par l'ARS et les psychiatres libéraux. Cette expérience est à suivre et à développer sur l'ensemble du territoire national en cas de positivité de l'évaluation.

5. Certains avantages de travailler dans une MSP

L'interprofessionnalité

Les MSP sont des lieux d'échange favorisant l'émergence de projets répondant aux besoins identifiés au niveau individuel, local et territorial, ainsi qu'aux compétences et aux souhaits des professionnels concernés (47).

En MSP, la disponibilité des uns pour les autres des professionnels de santé représente un gain de temps. Les suivis des patients sont donc plus efficaces et plus rapides car ils mettent en commun leurs compétences et leurs réseaux. La coordination des suivis et la collaboration entre les professionnels de santé apparaissent comme la pierre angulaire des MSP. Cette coordination est facilitée par l'informatisation du cabinet et le partage du dossier médical. Les logiciels doivent être labélisés afin d'éviter d'avoir une hétérogénéité des logiciels comme c'est le cas pour les logiciels individuels (34).

Le rôle du secrétariat

La secrétaire semble jouer un rôle de facilitatrice et de conseillère chez les patients les

plus précaires. Ce recours à la secrétaire semble fréquent dans la prise des rendez-vous pour une population allophone qui souvent ne dispose pas d'ordinateur ou d'accès à Internet.

Dans une thèse qualitative réalisée dans la Vienne en 2018 n'ayant pas donné lieu à un article, on retrouve le rôle social de la secrétaire, le côté humain du métier ainsi que le gain de temps médical qu'apporte leur présence (35).

Afin de diminuer les tâches annexes pour les médecins au profit du temps médical, une des solutions envisagées serait d'élargir le champ des compétences des secrétaires afin d'en faire des assistantes médico-sociales (43,44).

B. Forces de l'étude

Intérêt en santé publique

L'étude s'intéresse à une population particulière : celle des patients migrants. La détérioration de l'état de santé des migrants en raison de leur fragilité sociale et économique est une priorité pour l'équité de l'accès aux soins.

La qualité du modérateur

Le modérateur était expérimenté et neutre. Il avait l'habitude d'animer des groupes d'échange et redistribuait au mieux la parole pour favoriser l'expression de tous. Il encourageait l'expression des idées personnelles sans orienter les participants. La même personne a animé l'ensemble des entretiens collectifs.

Les bonnes conditions du déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient, dans une ambiance conviviale, dans les locaux de la MSP correspondante ce qui permettait la libération de la parole. Les participants se connaissaient mais des présentations étaient quand même faites au début de chaque

rencontre. Il n'existait pas au sein des MSP de liens hiérarchiques de subordination qui auraient pu empêcher certains participants de s'exprimer. L'enregistrement n'a pas perturbé la dynamique du groupe. L'anonymisation des données était garantie.

C. Limites de l'étude

Biais liés au recrutement

Plusieurs MSP contactés ont refusé l'invitation pour cause d'indisponibilité, par manque d'intérêt pour le sujet, ou faute d'accueil de migrants. On note un possible biais de sélection lié au fait que les interviewés étaient des gens motivés qui se rendaient disponibles et étaient intéressés par le sujet. Nous avons interrogé 22 femmes et 6 hommes cela correspond à la féminisation des professionnels de santé qui est accentuée dans les structures d'exercice regroupé (11,12). Bien qu'en recherche qualitative la représentativité ne soit pas nécessaire pour faire émerger les concepts, on peut souligner la faible participation de professionnels paramédicaux.

Le premier FG comportait deux intervenantes de la PASS du secteur qui ne remplissaient pas les critères d'inclusion par conséquent leurs interventions n'ont pas été utilisés pour ce travail.

Le troisième FG ne rassemblait que trois participants, ce qui est peu pour faire émerger des échanges de qualité : selon la littérature, un minimum de quatre participants serait nécessaire (46). Nous en avons toutefois intégré les données car il apportait de nouveaux thèmes.

En raison de la méthode utilisée et de l'épidémie de Covid-19, nous avons rencontré des difficultés à organiser les différents focus groups : le dernier focus group initialement programmé au mois d'avril 2020 n'a pu être réalisé qu'au mois de septembre 2020.

Biais inhérent à la dynamique de l'entretien collectif

Dans les groupes, certains participants étaient très à l'aise à l'oral alors que d'autres participants étaient plus introvertis. Le modérateur a essayé de minimiser cela en redistribuant régulièrement la parole afin que chacun puisse s'exprimer et ainsi réduire au maximum le biais lié à l'existence d'un ou plusieurs leaders.

Biais d'interprétation

Il est indissociable de l'approche heuristique, cependant il est minimisé par la retranscription *verbatim* des enregistrements et par le codage indépendant par deux investigateurs.

D. Pistes d'amélioration

Développer le partenariat médico-social

Dans un esprit d'approche globale du patient, le recours aux équipes psychosociales permettrait d'aider cette population précaire à améliorer sa situation.

Dans l'étude de C. Flye-Sainte-Marie (36), 92,5% des médecins interrogés déclarent avoir des difficultés lors de la prise en charge des patients précaires, qui résident dans deux tiers des cas dans les contraintes financières.

Il paraît difficile d'envisager un suivi ambulatoire pour un patient dépourvu de ressources financières. Les actes gratuits ne sont pas une solution satisfaisante car les problèmes financiers se représenteront pour la délivrance des médicaments en pharmacie ou lors de la réalisation d'exams complémentaires. Pour les patients sans couverture sociale, il est nécessaire de s'informer et de développer des partenariats avec les structures d'aide aux plus démunis que sont notamment les PASS. Dans la thèse d'A. Aubry de 2011 n'ayant pas donné lieu à un article (48), on retrouve une méconnaissance de ces structures avec plus de 75 % des médecins qui déclaraient ne pas connaître la PASS de leur secteur.

Les PASS étant majoritairement affiliées aux hôpitaux, il apparaît donc logique de penser que l'optimisation du système de soins passe aussi par le développement de partenariats entre la médecine communautaire et les structures hospitalières.

Intégrer des plages de consultations sans rendez-vous

L'obligation de prendre rendez-vous pour avoir une consultation de soins premiers peut être un frein pour certains migrants (51). Les difficultés de communication et d'accès aux informations peuvent fournir une explication, d'autant plus que dans certaines régions du monde les consultations sur rendez-vous n'existent pas.

Dans un article publié en 2013 (37) interrogeant des migrants suivis en médecine générale, ils acceptaient difficilement le temps d'attente pour les rendez-vous.

Adapter son planning en créant des plages de consultations sans rendez-vous peut être une solution pour faciliter l'accès aux soins. L'exercice en MSP permet de proposer aux patients des plages de rendez-vous plus étendues et de varier les modes de rendez-vous au sein d'un même établissement selon les préférences des professionnels.

Modifier le mode de rémunération

La conséquence de l'ensemble des difficultés précédemment citées est de rallonger la durée de ces consultations comme il a été rapporté à plusieurs reprises dans les différents focus groups. L'expérience professionnelle montre que les médecins courent après le temps et qu'il est source de frustration. Les médecins généralistes libéraux sont payés à l'acte, leurs revenus sont donc directement liés à leur activité. Une des solutions proposées est de créer une cotation spécifique pour les migrants ou le versement d'une gratification forfaitaire. L'Accord conventionnel interprofessionnel permet actuellement une majoration forfaitaire de la rémunération pour les MSP si le taux de patients bénéficiaires

de la CMU-C ou de l'AME suivis dans la structure dépasse les taux nationaux (45).

Améliorer la formation

Soigner des patients migrants nécessite une pratique adaptée donc probablement une formation elle aussi adaptée. Cependant au cours de leur cursus et de leur formation initiale, les professionnels de santé sont peu formés sur les inégalités sociales de santé. Il paraît important d'intégrer dans leur formation un module sur les soins des populations précaires, et en particulier des migrants, portant sur la dimension interculturelle du soin ainsi que sur le travail en réseau avec les structures partenaires.

La dimension interculturelle du soin permettrait d'aborder la dimension culturelle dans la compréhension de la pathologie et du traitement, les normes et les tabous culturels dont ceux en lien avec les croyances religieuses. Cela nécessite de s'adapter et de naviguer entre le respect du patient dans ses différences et le risque d'assignation à une culture stéréotypée. Tout cela passe par l'apprentissage d'une écoute attentive du patient comme il l'a été souligné dans notre étude.

V. CONCLUSION

Les migrants sont fortement touchés par les inégalités sociales de santé. Ces dernières années les différents conflits ont amené chaque jour de nouvelles personnes sur les routes de l'exil et de la migration.

Les difficultés retrouvées dans la prise en charge en soins premiers de cette population sont la barrière de la langue, les différences culturelles, la consommation de temps requise, les difficultés administratives, le manque de connaissance du système de soins, les obstacles financiers, le problème des actes gratuits, les ruptures dans le suivi ainsi que la prise en soins des troubles psychologiques. L'interprofessionnalité développée dans les MSP constitue déjà une première réponse à la problématique des soins de santé des migrants. Elle semble cependant insuffisante. Il apparaît nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de santé par l'intégration de la dimension socioculturelle et l'amélioration de la communication. Les modes de rémunération des professionnels de santé n'apparaissent pas adaptés aux soins apportés à ces populations. Il serait profitable de développer le travail en réseau, notamment le réseau ville-hôpital, d'inclure d'avantage les travailleurs sociaux dans les MSP et de développer au niveau régional un service professionnel en ligne d'interprétariat en santé.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Lang T. Inégalités sociales de santé. Les tribunes de la santé. 2014
2. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. IRDES. 2012 [Internet]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
3. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bulletin Académie Nationale de Médecine. 2017 ; 201(4-6):567-87.
4. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf
5. Qu'est-ce qu'un migrant ? [Internet]. La Cimade. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>
6. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
7. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929923/2016-10-22
8. Focus Groupes méthodologie [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer. 2008
10. Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du Praticien. 2004
11. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
12. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2004
13. Pétrègne F, Montariol Y, Castera P, Beelur A, Ducos G. Le médecin généraliste et la barrière linguistique. Utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale. Médecine. 2014;10(8):372-375. doi:10.1684/med.2014.1147
14. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. Disponible sur: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_

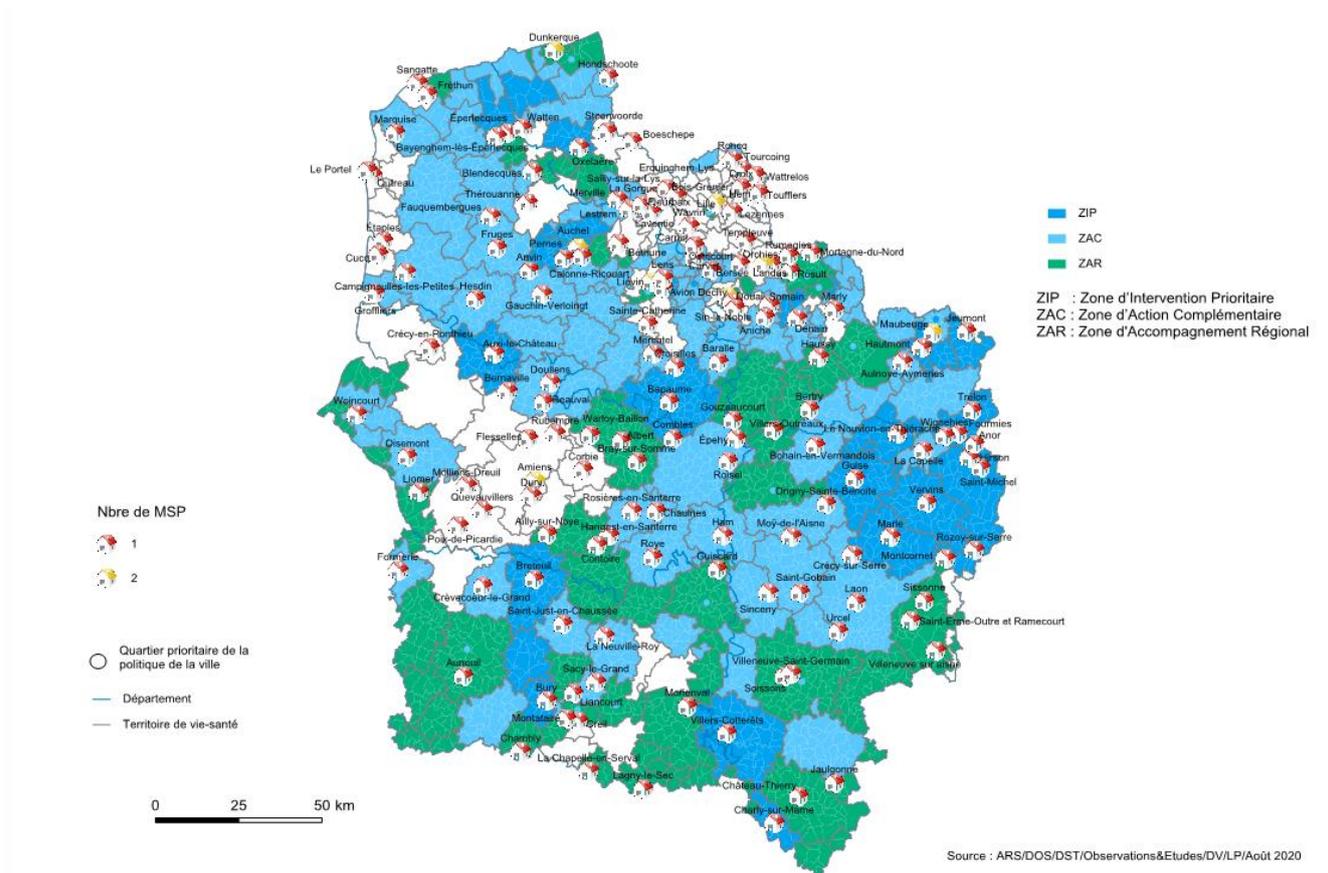
- les_femmes_en_situation_de_precaire_2017_05_29_vf-2.pdf
15. Kurtz SM. Doctor-patient communication : principes and practices. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol*. juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.
 16. Traducmed Accueil migrants : un outil pour l'accueil des personnes étrangères allophones. La Cimade [Internet]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/traducmed-accueil-migrants-un-outil-de-traduction-pour-laccueil-des-etrangers-allophones/>
 17. Reiff M, Zakut H, Weingarten MA. Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *Am J Public Health*. déc 1999;89(12):1814-8.
 18. van Wieringen JCM, Harmsen JAM, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*. mars 2002;12(1):63-8.
 19. Médecins du Monde. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes de France. 2006. Disponible sur: http://site-2003-2017.actuparis.org/IMG/pdf/EnquA_te_CMU_AME.pdf
 20. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(2):99-109.
 21. Boisguérin H. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. DREES. 2008
 22. Drouot N, Tomasino A, Pauti MD, Corty JF, Luminet B, Fahet G, Cayla F. L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2012, n°. 2-3-4, p. 41-4
 23. Mechali D, Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G, La Santé des populations vulnérables. *Rev Proj*. 19 févr 2018;N° 362(1):90-1.
 24. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *J Immigr Health*. 2004 Jan;6(1):15-27. doi: 10.1023/B:JOIH.0000014639.49245.cc. PMID: 14762321.
 25. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. oct 2007;17(5):497-502.
 26. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, et al. Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health Place*. sept 2005;11(3):261-73.
 27. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. juill 2009;69(2):246-57.

28. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite Soc.* 2005;no 46(3):89-129.
29. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. IRDES. 2009.
30. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. 2008.
31. Folland S. Does « community social capital » contribute to population health? *Soc Sci Med* 1982. juin 2007;64(11):2342-54.
32. d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 1 nov 2009;(1282):66-75.
33. Rapport d'Activité et d'Observation 2019. Comede [Internet]. Disponible sur: <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>%M
34. Label « Logiciels Maisons et Centres de Santé » Document de présentation du label : contexte, finalités, évolution, orientations [Internet]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/16408771-Label-logiciels-maisons-et-centres-de-sante-document-de-presentation-du-label-contexte-finalites-evolution-orientations-2-30.html>
35. Lestapis-Auroux B. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes: étude qualitative auprès des secrétaires [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2018.
36. Flye-Sainte-Marie C, Querrioux I, Baumann C *et al.*, « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé Publique*, 2015/5 (Vol. 27), p. 679-690. DOI : 10.3917/spub.155.0679. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>
37. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. *Rev Exercer* 2013
38. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards Croisés Sur Econ.* 24 avr 2009;n° 5(1):144-58.
39. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-11) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000026268220/2015-01-15/>
40. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC de l'ACS et de l'AME. Rapport du défenseur des droits. 2014 [Internet]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_refus_soins_DDD.pdf
41. Livret de santé bilingue. Comede. 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.comede.org/livret-de-sante/>
42. Assurance Maladie. Guide pour psycho Remboursement actes [Internet].

- Disponible sur: <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/506/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
43. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*. 2018;66(3):171-80.
 44. Arrêté du 22 octobre 2012 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e) modifiant l'arrêté du 27 décembre 2004 modifié relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000026564862/2019-04-05/>
 45. Guide méthodologique ACI structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/01/ACI-Guide-m%C3%A9thodologique.pdf>
 46. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. 2008 Mar;49(3):256-60; quiz 261. PMID: 18363011.
 47. De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties? *Fam Med Community Health*. 2019;7(4):e000044
 48. Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Descartes; 2011.
 49. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
 50. Interprétariat en médecine libérale - URPSML Grand Est [Internet]. Disponible sur: <https://www.urpsmlgrandest.fr/interpretariat-en-medecine-liberale.html>
 51. Kaoutar B, Gatin B, Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. *Revue Médecine Interne*. 2014.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des MSP en activité en région Hauts de France en 2020



Annexe 2 : Guide d'entretien**Présentation de l'investigateur, du modérateur puis des participants.****Présentation de l'étude**

- Que pensez-vous de l'accueil des migrants dans les structures de soins en France ?
- Que pensez-vous de l'accueil des migrants dans votre MSP ?
- Que pensez-vous de votre rôle en tant que professionnels de santé dans l'accueil et la prise en charge des migrants ?
- Pouvez-vous décrire comment sont accueillis les patients migrants dans votre structure ? Si non évoqué, aborder la place du secrétariat.
- Comment assurer un suivi dans la durée pour les patients migrants ?
- Que pensez-vous de la formation actuelle ? Avez-vous bénéficié d'enseignement sur la prise en charge des migrants ?
- Dans un monde idéal, de quoi auriez-vous besoin pour mieux accueillir des patients migrants ?

Annexe 3 : Entretiens

Les entretiens se trouvent sur le CD-ROM fourni, derrière la quatrième de couverture.

AUTEUR : Nom : GRECHE

Prénom : Slimane

Date de soutenance : 4 Février 2021

Titre de la thèse : Suivi des migrants en maison de santé pluriprofessionnelles : expérience des équipes

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Migrant, Médecine générale, Système de santé, Maison de santé pluriprofessionnelle.

Résumé :

Introduction : L'augmentation des flux migratoires durant la dernière décennie en Europe, constitue un nouveau défi pour les soins premiers. L'objectif principal était de repérer les différentes difficultés rencontrées dans le suivi des migrants par les équipes de soins premiers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Matériel et méthode : Etude qualitative par *focus groups* de professionnels exerçant en MSP dans les Hauts-de-France. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement. L'analyse thématique heuristique a été réalisée par encodage dans le logiciel NVivo®.

Résultats : Entre janvier 2019 et septembre 2020, quatre focus group ont été réalisés regroupant vingt-huit professionnelles au total. Les principales difficultés retrouvées étaient la barrière de la langue, les différences culturelles, la consommation de temps, l'organisation du parcours de soins et le suivi des troubles psychologiques. L'interprofessionnalité des MSP constitue une première réponse à la problématique mais cette réponse semble insuffisante.

Conclusion : Le suivi des migrants est à la fois complexe et consommatrice de temps. Afin de faciliter la relation entre le soignant et le soigné, il est important de sensibiliser aux particularités socioculturelles et aux spécificités des migrants. Il paraît important de continuer à développer le travail en réseau, notamment le réseau ville-hôpital, de développer l'accès à l'interprétariat et d'intégrer des travailleurs sociaux dans les MSP.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE
Madame le Docteur Nathalie DE POUVOURVILLE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT