UNIVERSITE DE NANTES

_____

FACULTE DE MEDECINE

_____

Année 2013 N° 026

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S de Médecine Générale

Par

Nadège Lordier
Née le 31 Mars 1984 à Montbéliard (25)

_____

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 2013

_____

DE LA PASS AU DROIT COMMUN : État des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011

_____

Président : Monsieur le Professeur Jacques Barrier
Directeur de thèse : Madame le Docteur Adeline Scanvion

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jacques Barrier,
merci pour votre disponibilité et de me faire l'honneur de présider le jury.

A Messieurs les Professeurs Mohamed Hamidou et Rémy Senand,
merci d'avoir accepté d'être membres du jury et de juger ce travail.

A Madame le Docteur Brigitte Tregouet,
merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'accepter d'être là pour le juger.

A Madame le Docteur Adeline Scanvion,
merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Merci pour ta patience et ton optimisme contagieux.

A toute l'équipe de la PASS du CHU de Nantes,
le passage dans ce service a été un vrai chamboulement pour moi tant sur le plan professionnel que personnel. Vous y êtes pour beaucoup.

A Monsieur le Docteur Canevet,
merci de m'avoir accordé de votre temps pour me guider dans la méthodologie.

A ma famille.
A Julien et à Lola pour le bonheur au quotidien. Sans vous, rien ne serait aussi beau.
A ma mère : pour ton amour et ton soutien.
A mon père : pour toutes les valeurs que tu m'as transmises.
A ma sœur et à mon frère, pour votre soutien et tous les souvenirs. Que la vie ne nous éloigne jamais trop longtemps.

A mes amis.
A Noémie pour ta présence dans les moments joyeux, pour ton réconfort dans les épreuves, pour ton amitié dans sa plus belle définition tout simplement.
A mes collocs et à mes amis de la faculté, pour ces années d'étude passées dans la bonne humeur, et pour les moments à venir.
A Emine pour ta simplicité et ton amitié sans faille.

A mes relecteurs, merci pour votre aide précieuse.

A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont donné envie de devenir médecin généraliste et d'être ici aujourd'hui.

Tables des matières

AVANT PROPOS ... 2
CHAPITRE I : Étude auprès des médecins généralistes accueillant les patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 ... 6
I. Matériel et méthode ... 7
1. Matériel ... 7
2. Méthode ... 7
2.1 Choix de la méthode ... 7
2.2 Élaboration du questionnaire ... 8
2.3 Annonce du questionnaire ... 9
2.4 Recueil des données ... 10
2.5 Analyse des données ... 11
II. Résultats ... 13
1. Profil des patients réorientés pour lesquels les médecins ont été interrogés ... 13
1.1 Données démographiques ... 13
1.2 Données sociales ... 14
1.3 Données médicales ... 15
2. Profil des médecins ayant répondu au questionnaire ... 16
2.1 Données démographiques ... 16
2.2 Expérience personnelle ... 16
3. Difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient ... 19
3.1 Aperçu général ... 19
3.2 Problèmes en lien avec l'organisation des patients ... 21
3.3 Problèmes en lien avec le comportement des patients ... 25
3.4 Obstacles au bon déroulement des soins ... 27
3.5 Investissement du médecin ... 33
3.6 Problèmes d'ordre social ... 35
3.7 Autres difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en question : ... 36
4. Stratégies mises en place par les médecins pour faire face aux obstacles rencontrés ... 38
5. La problématique de la réorientation des patients vers le droit commun ... 39
5.1 Le lien PASS-ville ... 39
5.2 Suggestions pour améliorer la réorientation des patients vers le droit commun ... 39
CHAPITRE II : Discussion ... 41
I. Analyse concernant la méthode utilisée ... 42
1. La méthode quantitative et le questionnaire ... 42
2. Les entretiens téléphoniques ... 43
3. Les critères d'inclusion ... 43
4. Le taux de réponse ... 44
5. Le secret médical ... 45
II. Analyse des données concernant les patients à propos desquels les médecins ont été interrogés ... 46
III. Analyse des données concernant les médecins interrogés ... 47
1. Analyse des données socio-démographiques ... 47

2. Connaissance de la PASS ... 47
3. Réseau externe informel ? ... 48
IV. Analyse des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés ... 49
1. Score global de difficultés ... 49
2. Connaissance de notre système de soins et notion de médecin référent : entre acquis et lacunes ... 50
3. Problèmes en lien avec l'organisation des patients ... 51
4. Problème en lien avec le comportement ... 52
4.1 Des demandes quelquefois non adaptées ... 52
4.2 Des demandes de soins plus fréquentes ? ... 53
5. Obstacles aux soins ... 55
5.1 Barrière de la langue et interprétariat ... 55
5.2 Barrière culturelle ... 59
5.3 Pathologies des migrants et difficultés de prise en charge des souffrances psychologiques ... 65
5.4 Refus de soins ... 70
5.5 Nomadisme ... 72
6. Investissement du médecin ... 73
7. La difficulté de gestion des questions d'ordre social ... 75
8. Le point de vue des médecins sur la réorientation ... 77
8.1 Évaluer ce qui est déjà mis en place ... 77
8.2 Des idées pour améliorer la réorientation ... 78
CHAPITRE III : Synthèse et perspectives ... 83
Bibliographie ... 88
ANNEXES ... 95
Annexe 1 : Questionnaire ... 95
Annexe 2 : Courrier envoyé aux médecins généralistes ... 99

ABREVIATIONS UTILISEES

AIDA : association Accueil et Informations pour Demandeurs d'Asile
AME : Aide Médicale d'État
ANAEM : Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations (ex OMI)
ASAMLA : Association SAnté Migrant Loire Atlantique
CADA : Centre Accueil de Demandeurs d'Asile
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMP : Centre Médico-Psychologique
COMEDE : COmité MEDical pour les Exilés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CST : Carte de Séjour Temporaire
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DMG : Département de Médecine Générale
DNA : Dispositif National d'Accueil
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESPT : Etat de Stress Post Traumatique
FMC : Formation Médicale Continue
GASProm-ASTI : Groupement Accueil Service Promotion du Travailleur Immigré
(Loi) HSPT : (loi) Hôpital Santé Patients Territoire
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
ODRIS : Observation Diffusion Recherche Intervention en Sociologie
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (ex ANAEM)
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMI : Office des Migrations Internationales
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

AVANT PROPOS

Dans le contexte de la montée du chômage et des emplois précaires des années 1980, la question de la précarité devient partie intégrante des préoccupations des pouvoirs publics sensibilisés par le rapport du père Joseph Wresinski en 1987. [1]

Les PASS sont nées d'une prise de conscience collective de la nécessité d'une prise en charge adaptée par l'hôpital des patients en situation de précarité.

Jusqu'alors la prise en charge associative de ces patients palliait les lacunes du système. De nombreuses associations (Médecins du Monde [2] et Médecins sans Frontière [3] avec leurs missions France, ATD quart monde, La Croix Rouge Française, le COMEDE) tentent de lutter contre les exclusions et les inégalités sociales. Elles tirent la sonnette d'alarme en dénonçant des inégalités toujours plus importantes d'accès aux soins.

Dans le même temps, les services d'urgence des hôpitaux voient affluer un nombre important de patients en situation de précarité. Leurs difficultés manifestes d'accès aux soins ambulatoires trouvent diverses explications : difficultés financières certes mais aussi manque de structures adaptées ou rapport à la maladie et à la santé remanié.
S'il n'existe pas de pathologie spécifique de la précarité, ces patients ont plus de risques d'avoir des problèmes de santé de tout ordre. Ce sont pourtant eux qui sont exclus du système de soins.

Des actions ponctuelles et locales sont mises en place dans les hôpitaux publics au cours des années 1990. Elles prennent la forme de dispositif précarité (« ancêtres des PASS ») au sein de l'hôpital comme la consultation Verlaine à l'hôpital Saint-Louis de Paris ou la consultation Baudelaire à l'hôpital Saint-Antoine sous l'impulsion du docteur Jacques Lebas.
Il constate en février 1998 dans un rapport à l'intention de Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité que : *« La montée de la précarité place l'hôpital devant une contradiction apparente entre lieu d'excellence en ce qui concerne les techniques de diagnostic toujours plus sophistiquées, et les thérapeutiques les plus innovantes, mais il reste, dans le même temps, le lieu de recours auquel s'adressent les laissés pour compte de notre société.»* [4]

Les conditions d'accès aux soins des patients en situation de précarité sociale ne doivent plus être l'affaire des urgences ni de la charité. *« Elles exigent des adaptations structurelles, des changements des mentalités et des pratiques professionnelles, des nouvelles manières de penser l'offre de soins […].»*

Le rôle de l'hôpital doit être repensé pour maintenir son « rôle d'excellence biomédicale » certes, mais aussi assumer son « rôle d'excellence médico-sociale ».
C'est au service public de prendre en charge l'exclusion sociale par une réponse adaptée. C'est à l'hôpital de reprendre son rôle d'Hôtel Dieu symbole de l'hospitalité et de la charité.

Afin que l'hôpital public assume à nouveau sa mission sociale, la loi du 29 juillet 1998 [5] d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit, dans le cadre des PRAPS, la création des permanences d'accès aux soins de santé.

« […]les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. »

Les objectifs des PASS sont définis dès la mise en place de celles-ci : [6]

- permettre une meilleure identification des personnes en situation de précarité,
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste pour leur permettre l'accès au droit, aux soins, aux médicaments et favoriser le retour dans le système de droit commun,
- participer à la constitution et au développement de réseaux entre professionnels de santé et professionnels du social,
- informer et former le personnel hospitalier au problème de la précarité.

Dans le sillon de cette loi, celle du 27 juillet 1999 [7] voit la mise en place de la CMU et de l'AME. Elle doit permettre de faire bénéficier au plus grand nombre d'une protection sociale et de limiter encore les inégalités d'accès aux soins.

Le CHU de Nantes a ouvert le 15 novembre 1999 une consultation médico-sociale au sein de son dispositif de lutte contre la précarité. La consultation Jean Guillon est une partie du dispositif PASS.

Initialement situé dans les locaux du service de médecine interne dans le bâtiment de l'Hôtel Dieu, le service a déménagé en novembre 2005 vers le bâtiment Tourville, un bâtiment à proximité mais distinct du CHU.
L'organisation du service repose sur des professionnels qui lui sont spécialement dédiés (médecins généralistes, infirmières, assistantes sociales, secrétaires médicales, aide soignante et des étudiants des différentes formations). Son fonctionnement s'appuie sur un travail en réseau avec d'autres professionnels : en interne (pharmacie, services de radiologie, de gynécologie, de pédiatrie, de psychiatrie et des urgences notamment) et en externe (service d'interprétariat de l'ASAMLA et autres partenaires sociaux, associatifs : CADA, AIDA… ou non : préfecture, DDASS, CCAS…).

La PASS accueille majoritairement des patients étrangers (en grande partie non francophones). Leur nombre ne cesse de croître : 48% en 2000, 82% en 2004 et 87% en 2010.
Elle prend en charge des patients jeunes puisque la tranche d'âge 18-39 ans reste la plus représentée (62% en 2004 et 53% en 2010). [8]

En ce qui concerne l'origine géographique des consultants, si la majorité reste des patients africains (Afrique sub-saharienne et Afrique du Nord), le nombre de ressortissants de l'Union européenne tend à augmenter progressivement.

La file active de patients vus à la PASS reste stable alors que le nombre de primo consultants augmente. Ceci traduit une préoccupation toujours plus importante en matière de réorientation (914 primo arrivants pour une file active de 2534 patients et 3060 consultations en 2004, 1142 primo arrivants pour 1866 patients et 3383 consultations en 2010).
En terme d'effort de réorientation les chiffres sont éloquents : 50 patients en 2004 contre 167 en 2010 et 129 en 2011. [9,10]

INTRODUCTION

Les caractéristiques médico-sociales de leurs consultants et le travail des PASS en matière de dépistage des situations de précarité[11], d'aide à l'accès aux soins et au recouvrement des droits en matière d'assurance maladie[12], ainsi que leurs activités et leurs coûts de fonctionnement[13] ont fait l'objet de diverses études.

La problématique de la réorientation est peu étudiée.
A la création des PASS, différents objectifs étaient fixés parmi lesquels la réorientation dans le système de droit commun. Aucun critère de réorientation n'a cependant été défini.

Pourtant, il s'agit là d'une étape fondamentale et un objectif prioritaire de ces services. Le retour dans le droit commun au terme d'une prise en charge à la PASS est essentiel mais délicat.
D'une part, parce qu'au vu du nombre de primo arrivants dans ces services, ces derniers rencontrent des difficultés à accéder à des demandes de consultations toujours plus nombreuses. Il faut donc à un moment demander aux plus autonomes de quitter le service.
D'autre part, la réorientation est indispensable pour ne pas stigmatiser cette population dans une filière d'exclusion de « médecine pour les pauvres ».

L'intégration dans le système de droit commun au niveau médical est souvent la première marche vers une intégration sociale au sens plus large. Elle se doit donc d'être réussie.

La PASS de Nantes n'échappe pas à cette problématique. La réorientation est vue comme une étape fondamentale et nécessaire par le personnel du service depuis plusieurs années.

En 2005, Céline Boché s'était penchée sur le sujet en réalisant une étude sur les caractéristiques médico-sociales et les facteurs prédictifs d'une réorientation réussie, pour 159 patients réorientés entre 2000 et 2002 de la PASS du CHU de Nantes vers la médecine de ville. [14]

Le service organise de façon hebdomadaire une réunion, formalisée depuis octobre 2010 en réunion de concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un staff EPP, afin de décider de la réorientation des patients vers la médecine de ville et s'est fixé des critères :

- stabilité du logement,
- assurance maladie en cours de validité,
- autonomie en ville,
- stabilité de la situation médicale.

Notre travail est né d'une volonté d'accéder à une réorientation la plus réussie possible. Il s'appuie sur trois constats initiaux.

Le premier est que le service de la PASS n'a aucun retour quant à la prise en charge par les médecins de ville des patients réorientés. Les professionnels, devant l'ignorance de cet « après-PASS », sont parfois réticents à laisser partir du service les patients.

Si quelques patients reviennent consulter, beaucoup sont par la suite perdus de vue. Il s'agit là effectivement du but final de cette structure mais la question reste toute posée : comment se passe la prise en charge de ces patients en ville ?
Le second constat est que les médecins généralistes rencontrent d'une façon générale des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Mais quelles difficultés rencontrent-ils dans la prise en charge de ces patients qui ont transité par le service de la PASS?
On espère que le passage par cette structure facilite leur prise en charge ultérieure.

En troisième lieu, différents travaux de thèse ont été réalisés dans le but d'évaluer la réorientation des patients suite à leur passage dans ces services.
Sophie Pailhes en 2008 à Lyon s'est penchée sur le point de vue des professionnels de la PASS et sur celui des patients quant aux facteurs facilitant ou freinant le passage dans le droit commun. [15] Thomas Collin, en 2011 à Chambéry, a essayé de mettre en évidence l'accès effectif aux soins dans le système de droit commun des patients réorientés et ses critères prédictifs. [16]

Les impressions et les questionnements dans le service ainsi que l'absence d'évaluation du côté des médecins nous ont confortés dans l'idée d'aller interroger les médecins généralistes sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien avec ces patients.
La mise en lumière des difficultés les plus régulièrement rencontrées a pour but d'améliorer le travail de la PASS en amont de la réorientation et de faciliter ainsi la prise en charge dans le système de droit commun.

CHAPITRE I : Étude auprès des médecins généralistes accueillant les patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011

I. Matériel et méthode

1. Matériel

Pour les années 2010 et 2011, les rapports d'activité de la PASS et les tableaux Excel des réorientations annoncent 296 patients réorientés (respectivement 167 et 129 en 2010 et 2011).
Les tableaux Excel sont remplis après chaque réunion de réorientation. Ils permettent de consigner différentes informations sur les patients réorientés (date de réorientation, données socio-démographiques, données médicales et nom du médecin référent).
Leur analyse détaillée permet de constater que sur les 296 patients réorientés, 18 patients n'ont pas donné de nom de médecin référent et 8 ont donné un nom de médecin non trouvé dans les « pages jaunes ».

Pour les 270 patients restants, 76 médecins ont été cités comme médecins référents, quelques médecins revenant plusieurs fois.
Ces 76 médecins ont été référencés dans un tableau par ordre alphabétique pour plus de lisibilité.
Leurs coordonnées téléphoniques et leurs adresses postales ont été recherchées dans les « pages jaunes » et notées dans le tableau.
A chaque médecin nous avons fait correspondre la liste des patients l'ayant cité comme référent (classés par ordre du patient le plus récemment réorienté au plus ancien).

Nous avons choisi d'interroger tous les médecins accueillant des patients réorientés et cités comme médecins référents.

Critères d'inclusion :

- avoir été cité au moins une fois comme médecin référent par un patient ayant quitté le service de la PASS en 2010 ou 2011,
- avoir dans sa patientèle un des patients l'ayant cité comme médecin référent,
- coordonnées retrouvées dans les « pages jaunes ».

Critère d'exclusion :

- ne pas avoir dans sa patientèle un seul des patients l'ayant cité comme médecin référent.

2. Méthode

2.1 Choix de la méthode

Cette étude quantitative a été menée au moyen d'entretiens téléphoniques.

Le choix de cette méthode s'est fait en accord et sur les conseils du Dr Capron, médecin généraliste au DMG du CHU de Nantes et du Dr Scanvion, praticien hospitalier référent de la PASS du CHU de Nantes, en fonction de nos attentes dans ce travail et de nos questionnements initiaux.

Nous avons choisi d'interroger par téléphone tous les médecins accueillant des patients réorientés et cités comme médecins référents pour donner plus de poids aux résultats obtenus.
Nous souhaitions connaître de la façon la plus exhaustive possible leurs difficultés et leurs points de vue sur la réorientation.

Il a été aussi envisagé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés de visu. Compte tenu de notre intention de pouvoir interroger le plus grand nombre de médecins possible, ce type d'étude ne pouvait correspondre à notre idée de départ.
Cette méthode aurait nécessité que les médecins nous accordent plus de temps que celui nécessaire pour le remplissage d'un questionnaire.

Il en est de même de la méthode du « focus group » qui aurait nécessité de réunir plusieurs médecins pour des entretiens filmés, ce qui leur aurait demandé de nous accorder beaucoup plus de temps que les 15 à 20 minutes estimées nécessaires pour l'entretien téléphonique.

Les entretiens semi dirigés et la méthode du « focus group » ne nous auraient pas permis d'interroger le maximum des médecins listés précédemment.
La méthode quantitative s'est donc imposée à nous.

La diffusion du questionnaire en ligne ou par courrier a été envisagée mais là aussi la nécessité de recueillir le plus grand nombre de questionnaires exploitables étant donné le petit échantillon de départ nous a fait nous orienter vers des entretiens téléphoniques. Cette méthode de recueil de données permet d'éviter les réponses ambigües (puisque nous pouvions faire préciser les réponses) ainsi que les oublis de réponses à certaines questions.

2.2 Élaboration du questionnaire

Nous l'avons réalisé en collaboration étroite avec le Docteur Scanvion, le Docteur Capron et le Docteur Canevet, médecin généraliste au DMG du CHU de Nantes.

Le Docteur Scanvion en tant que médecin dans le service de la PASS s'est souvent interrogée sur la réorientation et le passage de relais avec les médecins de ville. Lors de mon stage en tant qu'interne dans le service, nous avons donc pu nous entretenir sur ce sujet et décider de la réalisation de ce travail. Le but sera d'améliorer la réorientation et de faciliter ainsi la prise en charge ultérieure en médecine de ville.

Le Docteur Capron m'a longuement aidée au cours de plusieurs rencontres dans la réalisation de la bibliographie, outil indispensable à l'élaboration du questionnaire.
La bibliographie a été réalisée par des recherches sur différentes bases de données bibliographiques (PUBMED, CISMEF), le système universitaire de documentation (SUDOC), des moteurs de recherche (GOOGLE et GOOGLE SCHOLAR) et NANTILUS le portail documentaire de l'université de Nantes.

Ce questionnaire (cf. annexes) a été en partie orienté par les données de la littérature évoquant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de précarité. D'autre part, il a été induit par les impressions générales qui ressortent du suivi des patients dans le service et nos questionnements quant au déroulement de la prise en charge des patients dans les cabinets de médecine de ville.

La première partie du questionnaire s'oriente plus sur la connaissance du service par les médecins généralistes interrogés.

Ensuite, nous voulions connaître les difficultés les plus fréquemment rencontrées dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS.
En réalisant une revue de la littérature, nous avons pu prendre note des différentes difficultés ressenties par les médecins lors du suivi de patients en situation de précarité.
Nous avons essayé de savoir si celles-ci se posaient aussi pour les patients de la PASS. Pour cela, nous avons établi une série de questions fermées graduées en nous inspirant de l'échelle de Likert souvent utilisée dans les études de santé publique. [17,18] Cette seconde partie est la plus longue du questionnaire.

Enfin, nous avons cherché à faire préciser aux médecins ce qui leur semblait utile à mettre en place dans le service afin de leur faciliter la prise en charge en ville des patients réorientés.

La dernière partie se compose du « pavé d'identification » du médecin interrogé. Dans un dernier temps nous avons recueilli les adresses électroniques des médecins ayant répondu à notre demande, dans le but de leur transmettre les résultats de notre travail.

Le Dr Canevet par son expérience nous a aiguillés sur la formulation pertinente des questions pour les besoins de l'analyse et notamment sur l'échelle de type Likert en 4 points pour l'évaluation des difficultés rencontrées afin d'éviter les réponses moyennes.
Il nous a aussi conseillés quant à la réalisation des entretiens (mode téléphonique).
Il nous a proposé de cibler le questionnaire sur un patient ou une famille en particulier afin d'éviter les biais de mémorisation. Dans ce but, il était nécessaire de s'assurer du suivi du patient ou de la famille en question par le médecin.
De plus, puisque certaines de nos questions porteraient sur le courrier de réorientation envoyé lors du départ du service, il nous a conseillé de le joindre à notre courrier d'annonce, toujours dans un but de limiter au maximum les biais de mémorisation.

2.3 Annonce du questionnaire

Comme nous venons de l'expliquer, il a fallu s'assurer dans un premier temps du suivi du patient ou de la famille par le médecin.
Un premier contact téléphonique a donc été établi avec les cabinets médicaux (soit avec le médecin lui-même soit avec le secrétariat).
Le but était de vérifier si le médecin référent déclaré par le patient avant son départ du service prenait effectivement en charge ce patient.

Cette démarche était indispensable pour deux raisons :
- le questionnaire étant centré sur un patient ou une famille, il fallait s'assurer que le médecin connaissait effectivement ce patient (ou cette famille),
- deuxièmement cette démarche a été réalisée dans un souci de confidentialité. En effet, la lettre annonçant et expliquant notre travail devait être accompagnée du courrier de réorientation (donc nominatif).

Cette première démarche a été faite en grande partie entre le 24 et le 26 juillet 2012. Compte tenu de la période estivale, certains médecins étaient absents ou non joignables. Ils ont donc été rappelés par la suite en fonction de leur date de retour de congés (14 médecins).

Cet appel téléphonique nous a permis de cibler le patient ou la famille sur lequel (laquelle) le médecin serait interrogé ultérieurement.

Pour les médecins cités par un seul des patients réorientés, le questionnaire porterait sur ce patient si le premier appel téléphonique confirmait la présence de celui-ci dans sa patientèle.

Pour les médecins cités par plusieurs patients, le choix a été fait comme suit :

- nous convenons d'interroger le médecin au sujet du patient réorienté le plus récemment selon les tableaux de réorientation du service,
- si deux patients ont été réorientés à la même date, la sélection s'est faite par ordre alphabétique,
- si le médecin ne reçoit pas le patient en question (le plus récemment réorienté) la demande a porté sur le patient réorienté juste avant et ainsi de suite jusqu'à trouver si possible un patient effectivement pris en charge par le médecin,
- si le médecin reçoit une famille entière, le questionnaire a porté sur les adultes (le ou les parents), partant du principe que les difficultés rencontrées le sont le plus souvent avec les parents puisque les enfants ne sont pas autonomes pour la prise de rendez-vous, la venue aux rendez-vous, la réalisation des examens, le suivi des prescriptions… Nous avons considéré dans le cas d'un couple les difficultés rencontrées d'une façon générale dans la prise en charge des deux membres.

Sur les 76 médecins cités par les patients, seuls 67 suivent effectivement les patients réorientés (pour les autres : soit le médecin déclare n'avoir jamais vu les patients cités ou bien les secrétaires ne retrouvent pas de dossier à ces noms).

Dans un deuxième temps, et comme annoncé à la fin de l'appel téléphonique, chacun de ces 67 médecins a reçu une lettre explicative du travail (cf. annexes) associée à une copie du courrier de réorientation établi au départ du patient de la PASS.
Cette lettre mentionnait que nous souhaitions connaître les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS et plus précisément les difficultés rencontrées avec un(e) patient(e) ou une famille.
Nous informions que nous recontacterions les médecins dans les jours suivants pour prendre si possible un rendez-vous téléphonique afin de remplir ensemble ce questionnaire.
Il leur était fourni nos coordonnées s'ils souhaitaient nous contacter directement.

Ces courriers ont été envoyés entre le 29 aout et le 2 septembre 2012. Au total, 67 courriers ont été envoyés.

2.4 Recueil des données

Comme annoncé dans la lettre, un contact téléphonique a été pris auprès de tous les médecins à qui était destiné ce questionnaire afin de convenir d'un horaire de rendez vous téléphonique.

Il faut noter que, suite à l'envoi de notre courrier :

- un médecin a rappelé spontanément afin de répondre au questionnaire,
- un autre nous a fait part de ses disponibilités pour cet entretien par courriel,

- 2 médecins ont répondu par courriel que le patient en question était perdu de vue ou n'était venu qu'une fois et qu'ils ne souhaitaient donc pas, de ce fait, prendre part aux entretiens téléphoniques.

Lors de notre appel pour la prise de rendez-vous :

- un médecin a demandé à recevoir le questionnaire par courrier postal (il lui a donc été envoyé la lettre explicative, le questionnaire et une enveloppe affranchie pour la réponse),
- deux médecins ont préféré recevoir le questionnaire par courrier électronique, en invoquant une perte de temps moindre (le questionnaire leur a donc été transmis par courriel),
- 5 médecins ont préféré que je me déplace à leur cabinet.

Au total, 38 entretiens ont pu être réalisés (5 de visu, les autres par téléphone).

Les différents questionnaires réalisés ont tous été notés de façon manuelle lors de l'entretien téléphonique ou de la rencontre, puis saisis dans un tableau Excel. Les réponses binaires ou les réponses qualitatives notamment de l'échelle de Likert ont été annotées lorsque le médecin justifiait sa réponse (avec les termes utilisés par le médecin).

2.5 Analyse des données

Les variables qualitatives ont été décrites par un pourcentage, les variables quantitatives par une moyenne et une médiane calculées à l'aide du tableur Excel.

Il nous a paru intéressant de donner une impression générale sur les difficultés liées à la prise en charge de ces patients.
Nous avons essayé d'établir un score de difficultés en s'appuyant sur l'échelle de Likert. [17,18]
Les médecins ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils rencontraient telle ou telle difficulté (35 au total) avec le patient en question. 4 réponses s'offraient à eux selon une échelle de type Likert : jamais, rarement, souvent, toujours. Nous avons donc attribué les chiffres 0, 1,2 et 3 respectivement à chacune de ces réponses.

Le score peut donc s'étendre entre 0 et 105 (pour aucune difficulté rencontrée lors des consultations avec le patient en question à toutes les difficultés rencontrées à chaque consultation avec celui-ci).
Si un seul médecin ne savait pas répondre à une question, celle-ci était retirée du score a posteriori.

Il nous a paru intéressant lors de la réalisation du questionnaire de mettre en relation certaines données. Notamment le fait d'être médecin agréé ou d'avoir eu une expérience humanitaire a-t-il une influence sur le score de difficultés ? Pour ce faire, nous avons utilisé le test non paramétrique de Mann Whitney (à l'aide du logiciel BiostatTGV) afin de voir s'il existait des différences significatives entre les groupes.
Il s'agit là d'une idée de croisement des données par bon sens.
Les médecins agréés sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens âgés de moins de soixante-cinq ans ayant au moins trois ans d'exercice professionnel. [19] Cet agrément est donné pour une durée de trois ans par la préfecture. Il est renouvelable. L'agrément permet aux médecins de participer à la procédure de régularisation des étrangers

sans papiers atteints d'affection grave. Eux seuls (ainsi que les praticiens hospitaliers) sont habilités à la rédaction du certificat médical qui sera transmis au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS afin que ce dernier puisse rendre un avis favorable ou non pour la régularisation.
Ils ne possèdent pas de formation particulière en matière de droit ou de pathologies des migrants. Puisqu'ils rencontrent plus de patients migrants, on peut penser qu'ils peuvent ressentir de façon différente certains obstacles.
Aucune donnée de la littérature n'a permis d'étayer cette orientation.

II. Résultats

1. Profil des patients réorientés pour lesquels les médecins ont été interrogés

67 médecins ont été sollicités. 38 médecins ont accepté d'être interrogés sur 44 patients réorientés (6 médecins reçoivent une famille entière, nous les avons interrogés sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des parents).

Les résultats suivants portent donc sur 44 patients dont 6 couples. Nous avons pris en compte les données démographiques, sociales et médicales pour chaque membre d'un couple.

1.1 Données démographiques

1.1.1 Sexe ratio

La prédominance est masculine avec 52% d'hommes (n=23) pour 48% (n=21) de femmes.

1.1.2 Age moyen

L'âge moyen est de 38.5 ans (âges extrêmes de 21 et 66 ans).
Il est proche pour les deux sexes. L'âge moyen des femmes est de 37.9 ans et celui des hommes de 39 ans.
La médiane est de 37 ans pour les deux sexes confondus.

1.1.3 Statut familial

Parmi les 44 patients dont il est question :

- 41% (n=18) d'entre eux sont célibataires,
- 46% (n=20) vivent en famille (couple avec enfant ou femme seule avec enfant),
- 11% (n=5) sont en couple, mariés ou non, mais sans enfant,
- 2% soit une seule femme est veuve.

1.1.4 Nationalité et langues

95% (n=42) des patients sont de nationalité étrangère.

17 nationalités étrangères sont représentées.
Par fréquence et en ordre décroissant :
- Guinée (16%, n=7),
- Congo (11%, n=5),
- Azerbaïdjan (9%, n=4),
- Nigéria (7%, n=3) et Roms de Roumanie (7%, n=3),
- Cameroun, Arménie, Côte d'Ivoire, Algérie, Égypte, Russie, Tchétchénie et Kosovo (4,5%, n=2),

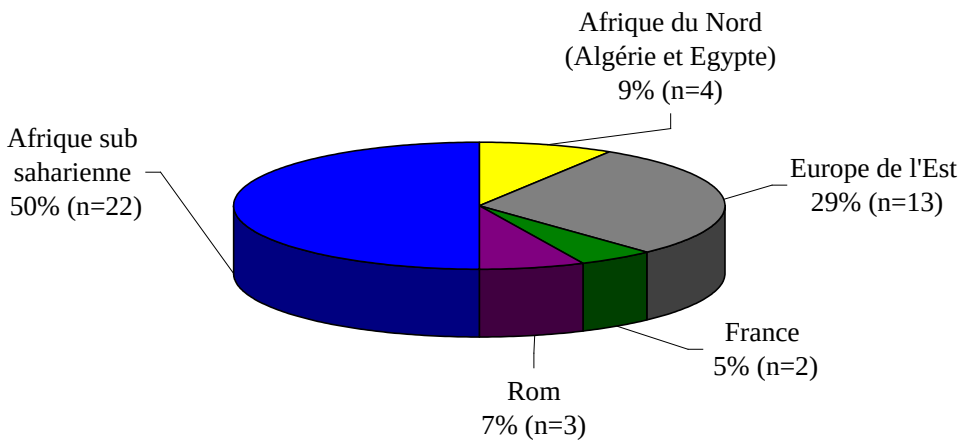
-en dernière place viennent le Mali, l'Ouzbékistan, le Centre Afrique et le Burkina avec un seul représentant par pays (2%).

45,5% (n=20) des patients réorientés à propos desquels les médecins ont été interrogés sont francophones. 9% (n=4) sont anglophones.

Pour plus de lisibilité nous avons regroupé les nationalités des patients par zone géographique sur un graphique :

Tableau 1

Origine géographique des 44 patients réorientés en 2010 et 2011 à propos desquels les médecins ont été interrogés



1.2 Données sociales

1.2.1 Temps de résidence en France lors de la première consultation à la PASS

Si l'on exclut les 2 patients français, le temps moyen de présence en France à la première consultation PASS est de 4,5 mois.
Ce temps est très variable de 1 jour à 36 mois soit 3 ans.
La médiane est de 1 mois.

1.2.2 Assurance maladie à la sortie du service

Tous les patients réorientés possèdent une assurance maladie à la sortie du service.
24 d'entre eux bénéficient de la CMU et CMU-c soit 55%, 20 ont obtenu l'AME soit 45%.

1.3 Données médicales

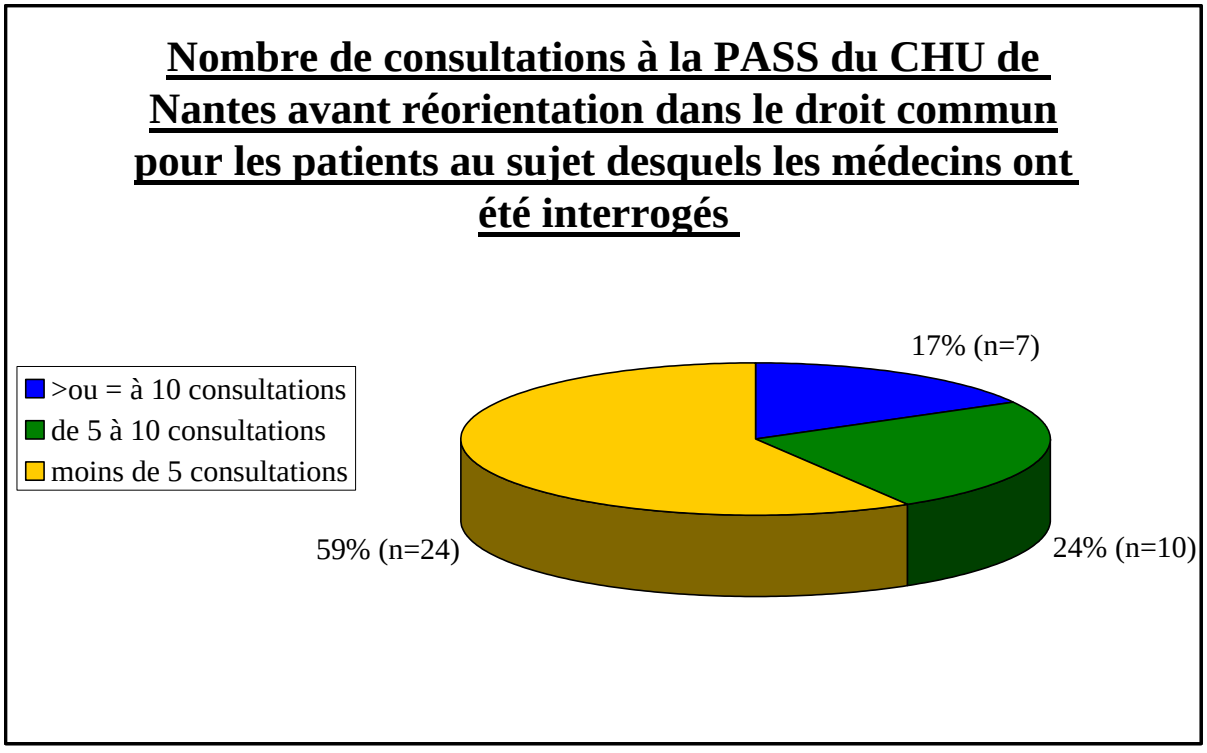
1.3.1 Temps de fréquentation de la PASS

Le temps moyen de suivi dans le service est de presque un an (11,9 mois). Il est extrêmement variable entre 1 et 92 mois.
La médiane est de 4 mois.
Si l'on exclut les 2 patients (roms) ayant consulté 92 mois dans le service, le temps moyen de suivi est de 8 mois.
6 patients (14%) ont consulté plus de 1 an (pour la moitié, les patients sont des roms de Roumanie).

1.3.2 Nombre de consultations pendant la durée du suivi à la PASS

Cette information est manquante pour 3 patients.
Le nombre de consultations par patient varie de 1 à 27. Il est en moyenne de 5,6.
La médiane est de 4 consultations.
8 patients (18%) ont consulté une à 2 fois avant d'être réorientés.

Tableau 2



1.3.3 Retour dans le service :

9% (n=4) sont revenus consulter dans le service après leur réorientation.
Pour la moitié d'entre eux, ils ne sont pas francophones et sont revenus alors qu'ils étaient en fin de droits.
Les 2 autres patients sont francophones et sont revenus pour des motifs autres :

- soins infirmiers dans les suites d'une plaie suturée aux urgences,
- demande de certificat médical pour raison de santé.

2. Profil des médecins ayant répondu au questionnaire

Sur 67 courriers envoyés, 38 médecins (57%) ont répondu favorablement à notre demande et ont donc participé à notre étude.

2.1 Données démographiques

2.1.1 Sexe ratio

Sur les 38 médecins, 42% (n=16) sont des femmes et 58% (n=22) des hommes.

2.1.2 Age moyen

L'âge moyen des médecins interrogés est de 51 ans.
Le plus jeune a 35 ans et le plus âgé 66 ans.
La médiane est de 52,5 ans.

2.2 Expérience personnelle

2.2.1 Durée d'exercice

En moyenne, ils exercent depuis près de 20 ans (19,9 années d'exercice).
La médiane est relativement proche de la moyenne puisqu'elle est de 19 ans.

2.2.2 Expérience humanitaire ou à l'étranger et médecins agréés

71% (n=27) d'entre eux n'ont jamais eu d'expérience à l'étranger ou dans des associations à but humanitaire.

Les autres (29%, n=11) ont eu des expériences personnelles diverses :
- 4 à l'étranger,
- 7 en France en milieu associatif (Médecins du Monde, GASprom-ASTI, soins aux toxicomanes, association pour soins psychologiques aux patients migrants) ou non associatif (OMI).

34% (n=13) d'entre eux font partie des médecins agréés pour la rédaction des certificats médicaux de régularisation pour raison de santé.

13% (n=5) sont à la fois médecins agréés et ont eu une expérience humanitaire.

2.2.3 Connaissance du service

87% (n=33) déclarent connaître le service de la PASS et sa consultation Jean Guillon.

Parmi eux :
- 52% (n=17) ont appris à le connaître par les patients (4 par le patient ou la famille en question, 13 par d'autres patients),

- 21% (n=7) par l'intermédiaire des confrères (5 par des collègues médecins, 1 par une amie qui y a fait un stage pendant ses études de médecine, 1 par une interne qu'elle accueille en stage et qui est passée dans le service),

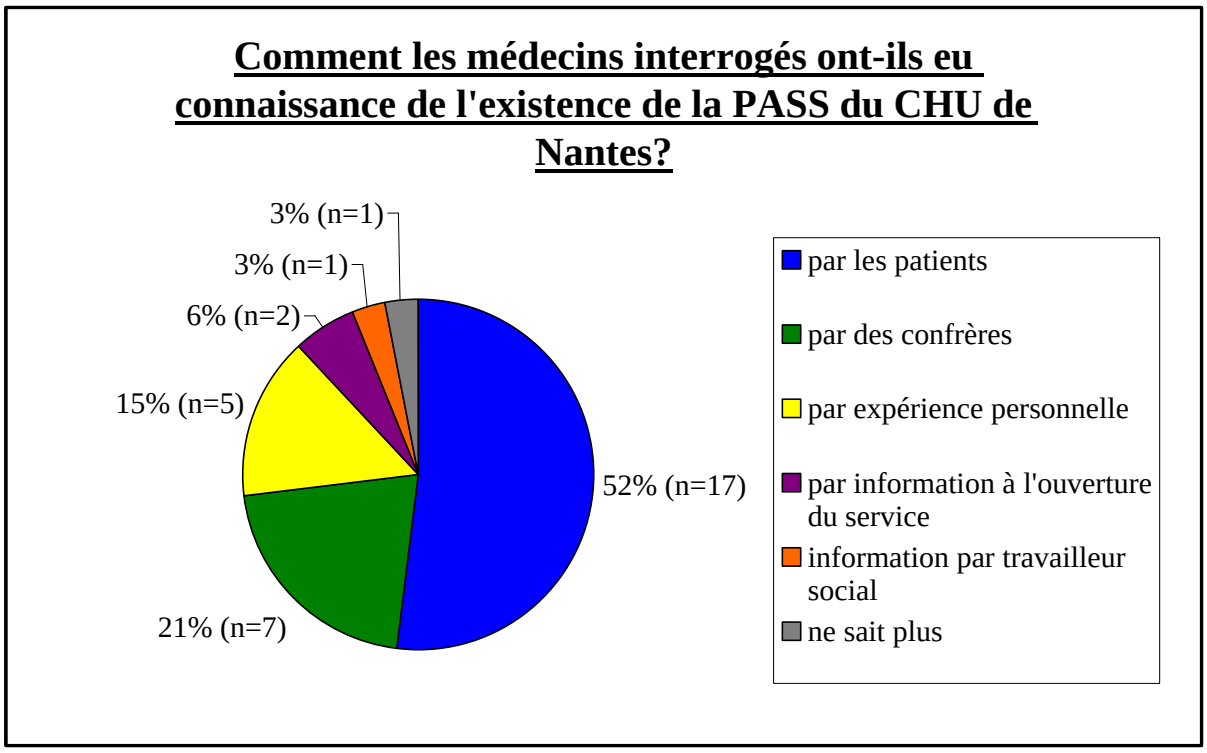
- 15% (n=5) par expérience personnelle (2 par des FMC, 1 en étudiant le carnet d'urgence sociale de la ville de Nantes, 1 par bénévolat chez Médecins du Monde, 1 par recherche personnelle alors qu'il a eu à prendre en charge un patient sans papiers),

- 6% (n=2) ont reçu une information à l'ouverture du service,

- 3% (n=1) par un travailleur social,

- 1 médecin ne se souvient plus (3%).

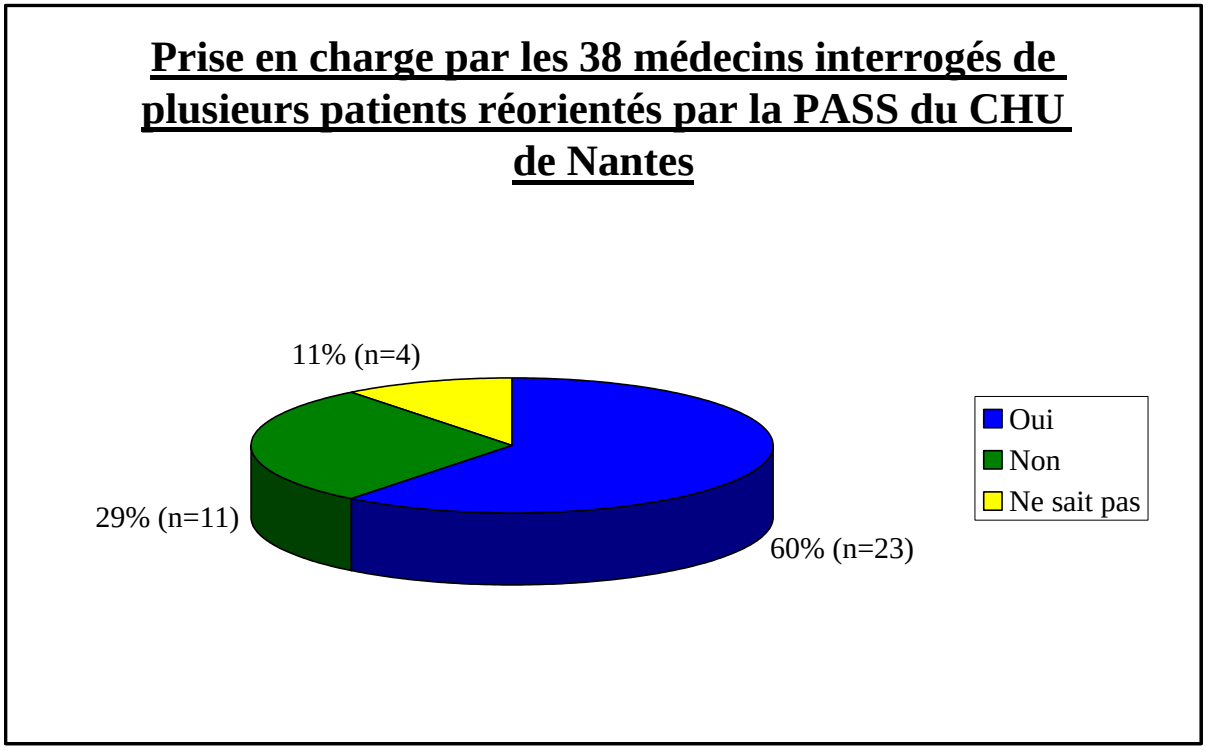
Tableau 3



2.2.4 Suivi de plusieurs patients pris en charge à la PASS

60% (n=23) des médecins interrogés reçoivent un ou plusieurs autres patients de la PASS.

Tableau 4



3. Difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient

Pour cette question, nous avons interrogé les médecins selon un ordre logique de déroulement des consultations. Dans un souci de compréhension et pour la présentation des résultats, nous avons préféré regrouper les différents items par thématique.

3.1 Aperçu général

3.1.1 Score de difficultés

Les questions sur la prévention, les difficultés financières pour venir au cabinet, la difficulté d'orientation dans la ville, le mésusage des médicaments et les consultations jamais payées n'ont pas été prises en compte pour ce score. (cf. méthode)

30 difficultés ont été retenues pour établir le score, avec pour chacune d'entre elles 4 possibilités de réponse cotées de 0 à 3 points. Le score ainsi formé pouvait donc aller de 0 à 90.

De cette façon et sur la totalité des questionnaires étudiés, la moyenne de ce score est de 13,8, avec un minimum de 0 et un maximum de 43.
La médiane est de 11.

97% (n=37) des médecins ont rencontré au moins une fois une difficulté.

Le score moyen de difficultés pour les médecins agréés est de 12,5 contre 14,4 pour ceux qui ne le sont pas. La différence n'est pas significative d'après le test de Mann Withney ($p > 0,05$).
Les médianes sont respectivement de 9 et de 12,5.

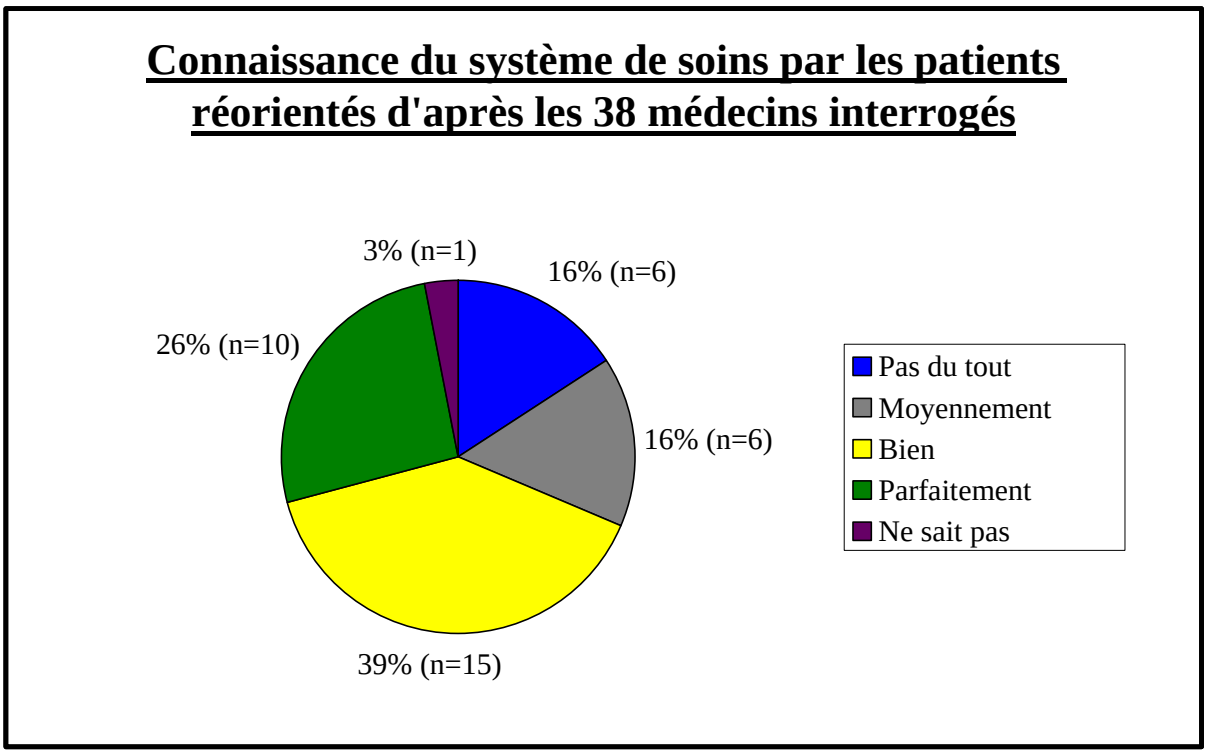
Le score moyen de difficultés des médecins ayant eu une expérience humanitaire en France ou à l'étranger est de 13,9 contre 13,8 pour ceux qui n'en ont jamais eu. La différence n'est pas non plus significative d'après le test de Mann Withney ($p > 0,05$).
Les médianes sont respectivement de 9 et 11,5.

Le score moyen de difficultés des médecins à la fois agréés et ayant eu une expérience humanitaire est de 12,6 contre 14 pour ceux qui ne le sont pas. Là encore, la différence n'est pas significative d'après le test de Mann Withney ($p > 0,05$).
Les médianes sont de 9 pour les 2 groupes.

3.1.2 Connaissances du système de soins et notion de médecin référent

Pour 65% (n=25) des médecins interrogés, les patients comprennent correctement le fonctionnement de notre système de soins.
32% (n=12) pensent que le patient ne comprend pas du tout ou moyennement son mode de fonctionnement.

Tableau 5



82% (n=31) des médecins pensent que le patient les identifie comme médecin référent dans ce système.
97% (n=37) des médecins ont revu plus d'une fois le patient en question.

3.2 Problèmes en lien avec l'organisation des patients

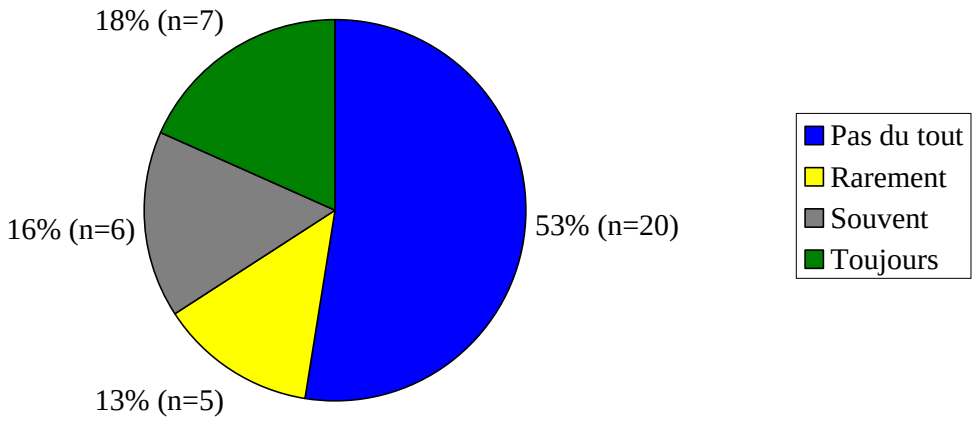
3.2.1 Anticipation des rendez-vous de surveillance

Pour la moitié des médecins interrogés (53%, n=20), la prise de rendez-vous de manière anticipée (pour renouvellement ou consultation de surveillance) ne pose pas de problème.

Pour l'autre moitié, ils rencontrent cette difficulté à des fréquences variables. 34% (n=13) sont confrontés à ce problème souvent ou toujours.

Tableau 6

Anticipation des rendez-vous de surveillance par les patients réorientés: fréquence des difficultés rencontrées par les 38 médecins généralistes

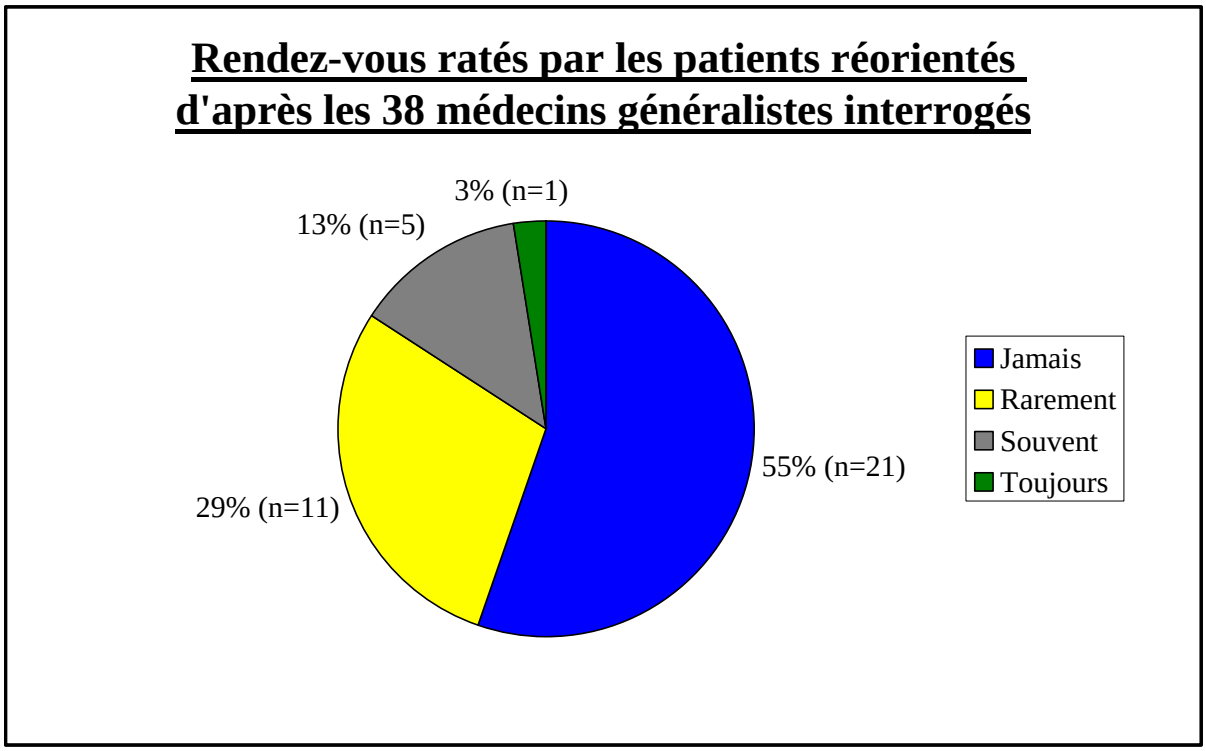


3.2.2 Rendez-vous ratés et retard aux rendez-vous

Les réponses pour ces deux questions sont sensiblement superposables.

En ce qui concerne les rendez-vous ratés :
- 84% (n=32) des médecins sont peu ou pas du tout confrontés à ce problème,
- 16% (n=6) rencontrent cette difficulté souvent, voire pour chaque prise de rendez-vous.

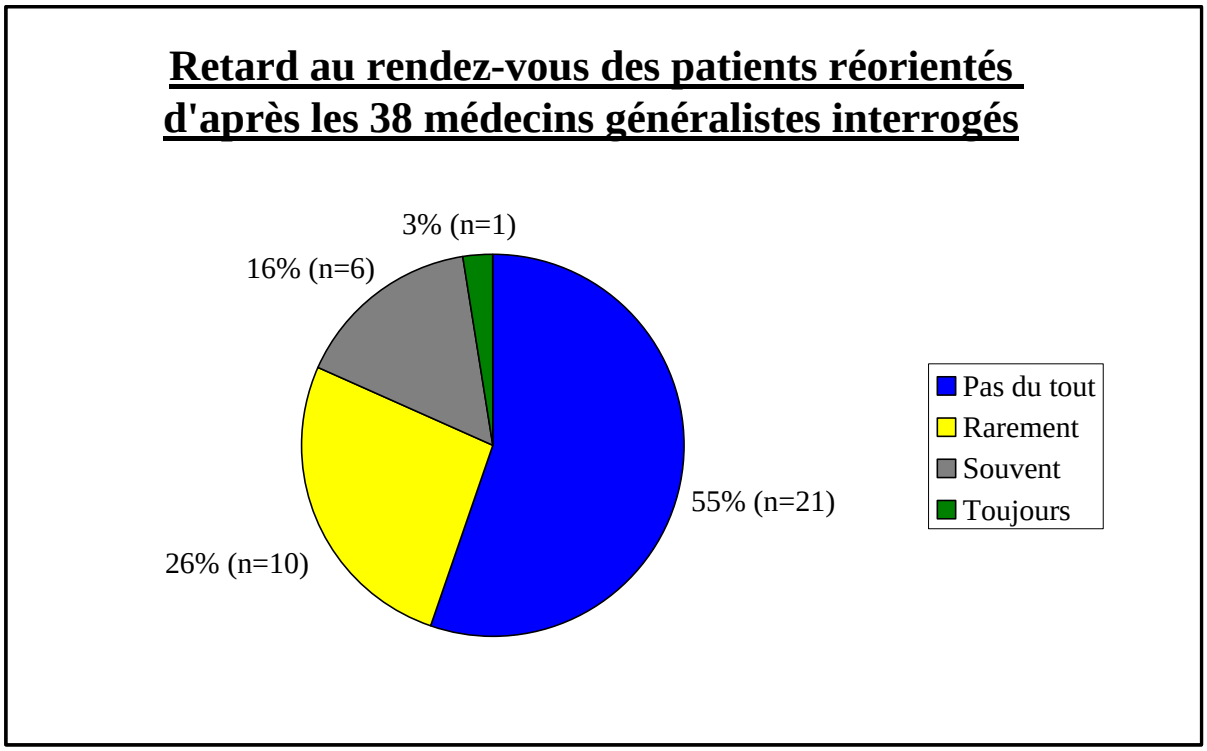
Tableau 7



En ce qui concerne la présentation en retard aux rendez-vous :

55% (n=21) des médecins ne sont pas confrontés à ce problème.
Pour l'autre moitié, la répartition des réponses est sensiblement la même que pour les rendez-vous ratés.
19% (n=7) rencontrent ce problème souvent ou à chaque fois.
26% (n=10) y sont confrontés rarement.

Tableau 8



Pour ces questions, 3 médecins ont commenté le fait de ne pas rencontrer de difficulté :

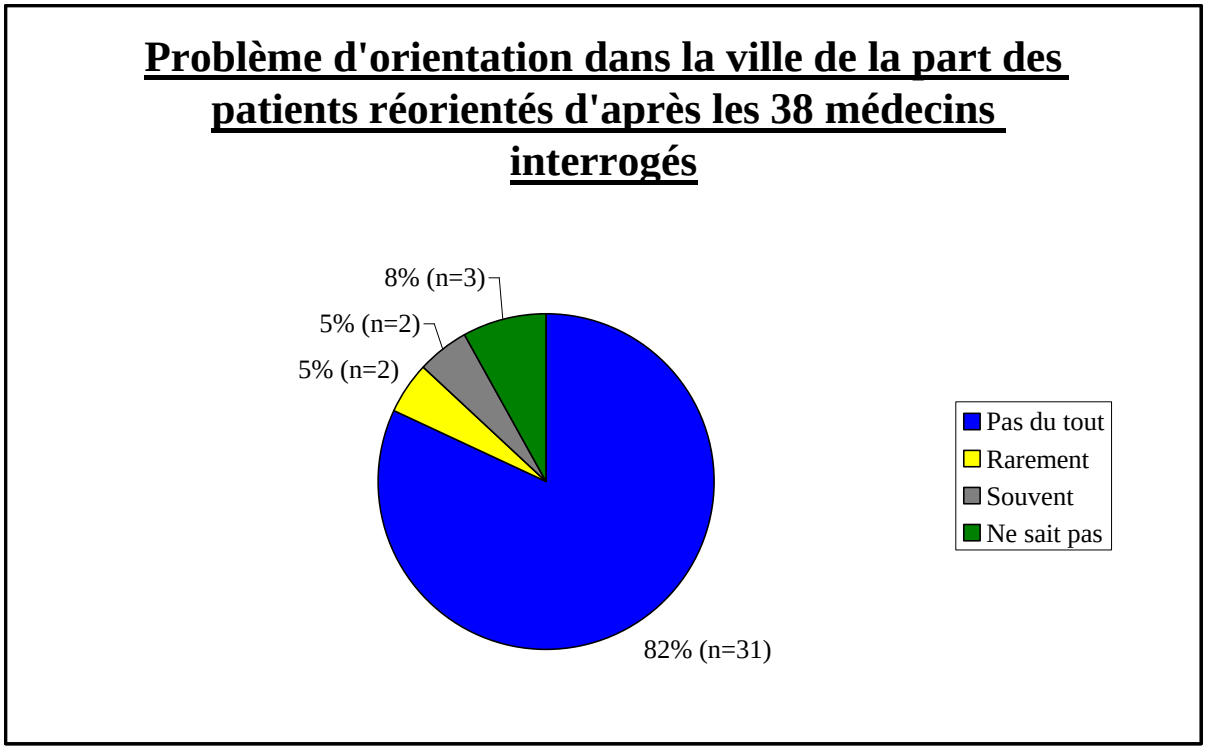
- un médecin n'a vu que deux fois le patient,
- un médecin n'a pas de difficulté car son patient vient en fin de consultation sans prendre de rendez-vous,
- un autre a des horaires de consultation sans rendez-vous et le patient vient toujours dans ces créneaux horaires.

3.2.3 Orientation dans la ville et venue au cabinet

-82% (n=31) des médecins n'ont pas noté de difficulté particulière pour leur patient.
3 médecins précisent que le patient est toujours accompagné par un tiers (famille).

-10% (n=4) pensent que leur patient rencontre ce problème.

Tableau 9



Concernant la problématique de la venue au cabinet et d'une éventuelle fraude dans les transports en commun :

- 66% (n=25) ne savent pas répondre à la question,
- 31% (n=12) pensent que le patient n'a jamais eu de difficulté de ce type,
- Un médecin (3%) affirme que son patient a souvent ce problème, le patient lui en ayant parlé.

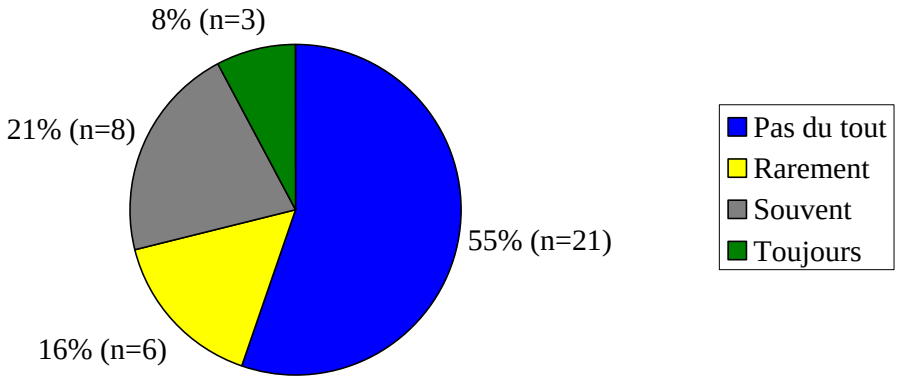
3.3 Problèmes en lien avec le comportement des patients

3.3.1 Exigence inappropriée lors de la prise de rendez-vous

La majorité des médecins (71%, n=27) ne ressentent pas, ou alors occasionnellement, de demande inappropriée de la part des patients.
Pour 29% (n=11) la demande d'une consultation en urgence n'est la plupart du temps pas justifiée.

Tableau 10

Exigence inappropriée des patients réorientés lors de la prise de rendez-vous ressentie par les 38 médecins interrogés



3.3.2 Mésusage des médicaments

63% (n=24) des médecins interrogés n'ont jamais eu de difficulté avec le mésusage des médicaments de la part des patients.
32% (n=12) ont rencontré ce problème :
- 11% (n=4) rarement,
- 21% (n=8) pensent que souvent le patient en question n'utilise pas à bon escient ses médicaments.

2 médecins n'ont pas su répondre (5%).

3.3.3 Gêne dans la salle d'attente vis à vis des autres patients

92% (n=35) des médecins interrogés ont répondu n'avoir jamais eu à gérer ce problème.

3 médecins (8%) ont eu à y faire face rarement ou souvent, respectivement 5% (n=2) et 3% (n=1).
Un d'entre eux signale qu'il s'agit plus d'agacement du patient qui tourne en rond dans la salle d'attente. Il le ressent plutôt comme gênant vis à vis de ses autres patients mais il n'a pas eu de plainte de leur part.

3.3.4 Les consultations à plusieurs

On entendait par cette question, la problématique d'un patient qui vient en consultation avec d'autres membres de sa famille ou des compatriotes, sans rendez-vous prévu pour ces derniers, et qui demande au médecin de les examiner.

24% (n=9) des médecins ont eu à faire face à ce problème :

- 13% (n=5) souvent,
- 11% (n=4) rarement. Parmi eux, 3 médecins soulignent qu'il s'agissait d'un problème initial qu'ils ont réglé simplement en l'expliquant au patient (« un rendez-vous = une consultation »).

3.3.5 Agressivité

89% (n=34) des médecins interrogés n'ont jamais rencontré ce problème (que ce soit pour la prise de rendez-vous ou lors de la consultation en elle-même).

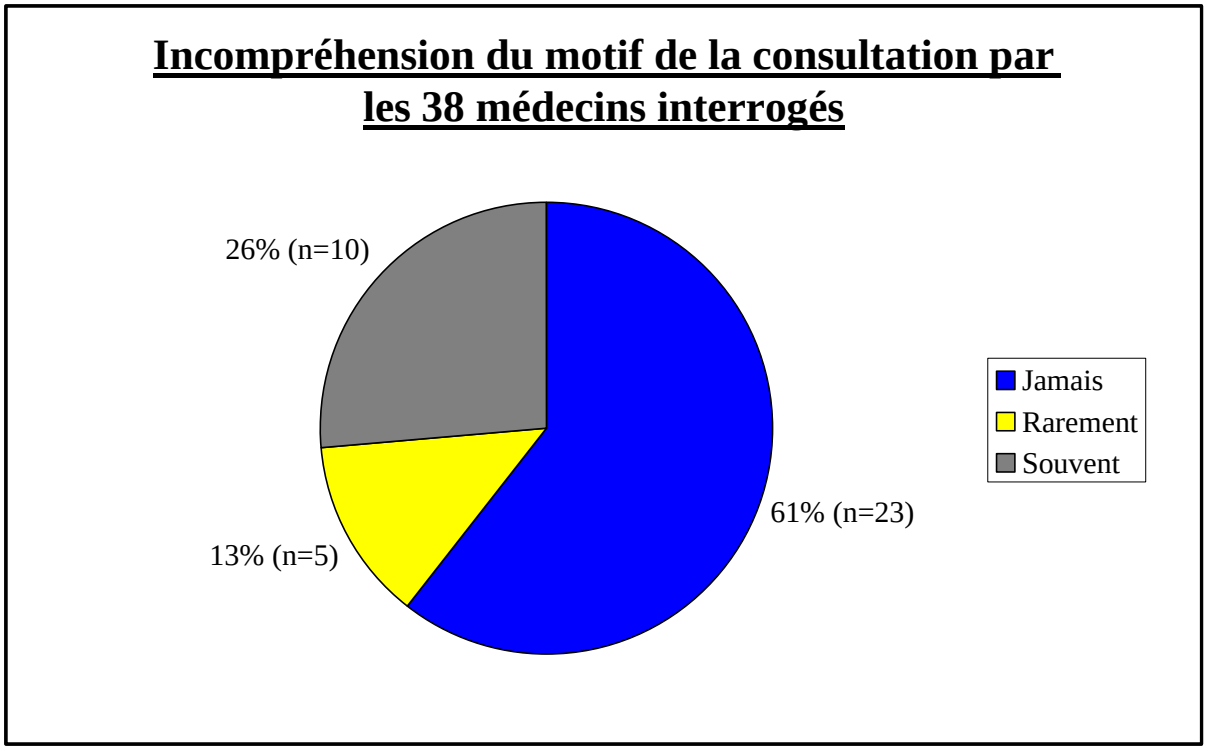
11% (n=4) déclarent avoir eu à faire à un patient agressif (8% rarement, 3% souvent) soit lors de la prise de rendez-vous soit lors de la consultation.

3.4 Obstacles au bon déroulement des soins

3.4.1 Incompréhension du motif de la consultation

D'une façon générale, toutes raisons confondues, 39% (n=15) des médecins interrogés rencontrent des difficultés à comprendre le motif exact de la consultation.

Tableau 11



3.4.2 Barrière de la langue et interprète non professionnel

Nous avons interrogé les médecins sur les problèmes rencontrés à différents moments de la consultation, lors de :

- la prise de rendez-vous,
- l'interrogatoire,
- l'examen clinique,
- l'explication du diagnostic et les traitements.

Lors de la prise de rendez-vous, la barrière de la langue pose problème à 26% (n=10) des médecins :
Pour 10% (n=4) elle est rarement un obstacle.
Elle est souvent ou toujours problématique pour 16% (n=6) des médecins (respectivement 13% et 3%).
1 médecin a précisé ne pas avoir de difficulté car le patient se présente toujours aux tranches horaires sans rendez-vous.

Lors de l'interrogatoire, 35% (n=13) des médecins sont en difficulté :

- 16% (n=6) rarement,
- 19% (n=7) souvent ou toujours (respectivement 16% et 3%).

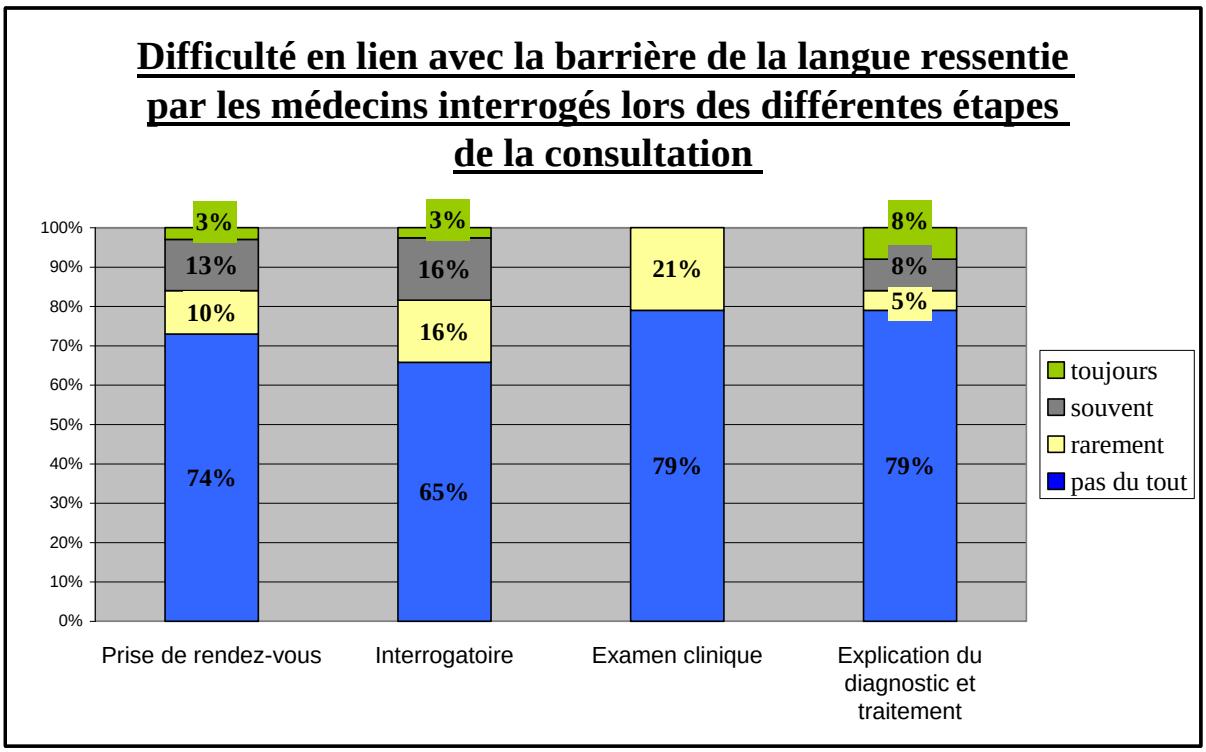
Lors de l'examen clinique, 21% (n=8) déclarent avoir des difficultés mais pour tous, ce problème reste rare.

Lors de l'explication du diagnostic et des traitements, 21% (n=8) rencontrent des difficultés par rapport à la barrière de la langue :

- 5% (n=2) rarement,
- 16 % (n=6) souvent ou toujours (8% dans les 2 situations).

Pour plus de lisibilité, les chiffres sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 12



95% (n=36) des médecins interrogés déclarent n'avoir aucun problème en matière de confidentialité en lien avec la présence éventuelle d'un interprète non professionnel.

Les autres (5%, n=2) déclarent ressentir souvent cette difficulté. Ils expliquent leur réponse en indiquant que les deux patients en question présentent des troubles psychologiques et qu'il s'agit d'un interprète familial (notamment d'un enfant pour un des deux patients).

3.4.3 Barrière culturelle

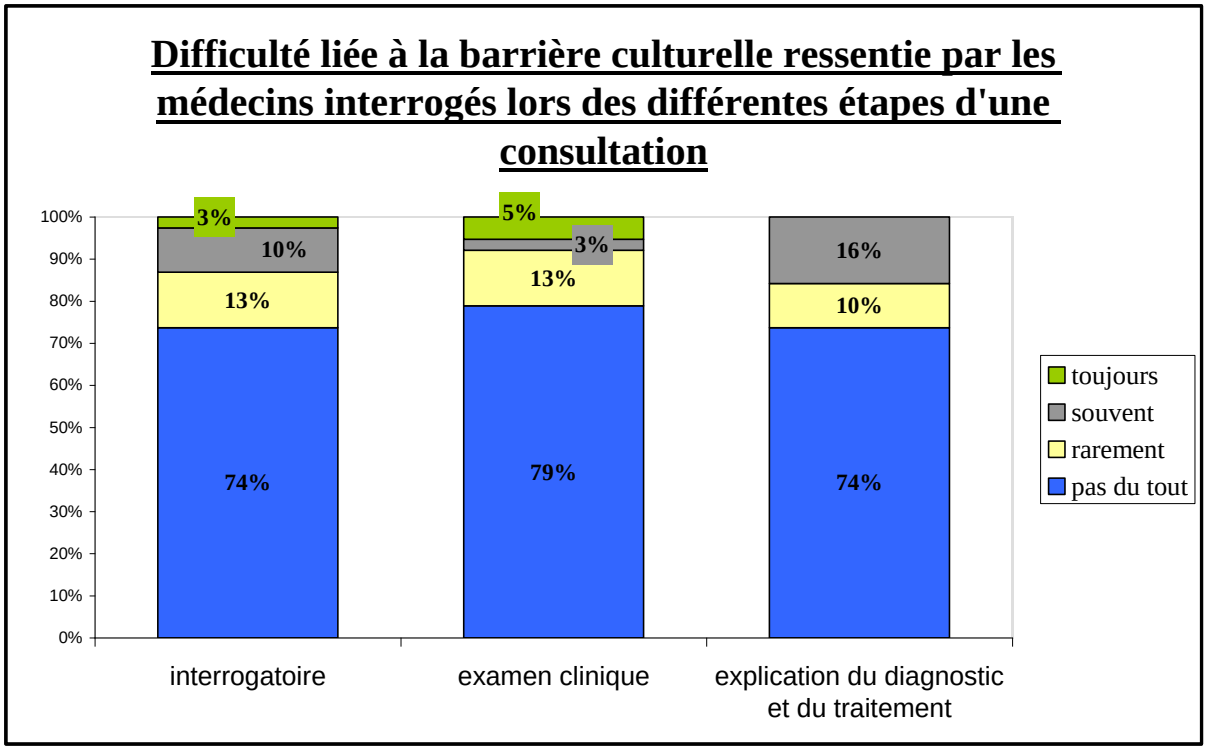
Comme pour la barrière de la langue, nous avons posé la question pour différentes étapes de la consultation.

Lors de l'interrogatoire, la barrière culturelle pose problème pour 26% (n=10) des médecins interrogés :
- pour 13% (n=5) elle est rarement un obstacle,
- pour 13% (n=5) elle pose souvent, voire toujours problème, respectivement pour 10% (n=4) et pour 3% (n=1) des médecins interrogés.

Lors de l'examen clinique, elle est un obstacle pour 21% (n=8) des médecins.
Pour 13% (n=5) elle pose rarement problème.
Pour 8% (n=3) d'entre eux, elle pose souvent voire toujours problème, respectivement pour 3% (n=1) et 5% (n=2) des médecins interrogés.

Lors de l'explication du diagnostic et du traitement :
26% (n=10) d'entre eux déclarent qu'elle leur pose problème : rarement pour 10% (n=4) ou souvent pour 16 % (n=6).

Tableau 13



.

3.4.4 Prévention

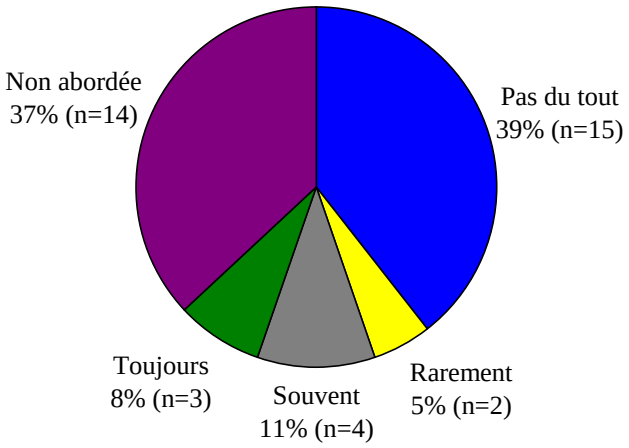
Pour aider les médecins à répondre à cette question nous avons pris le parti de leur proposer des exemples : vaccination, prévention des cancers gynécologiques chez la femme, dépistage du cancer colo rectal après 50 ans.

Pour 39% (n=15) des médecins ces dépistages ne posent aucune difficulté.
19% (n=7) rencontrent cette difficulté souvent voire toujours, et 5% (n=2) rarement.

37% (n=14) n'ont pas abordé la question avec le patient.

Tableau 15

Difficultés ressenties par les médecins interrogés à aborder la thématique de la prévention avec les patients réorientés



3.4.5 Pathologies spécifiques des patients migrants

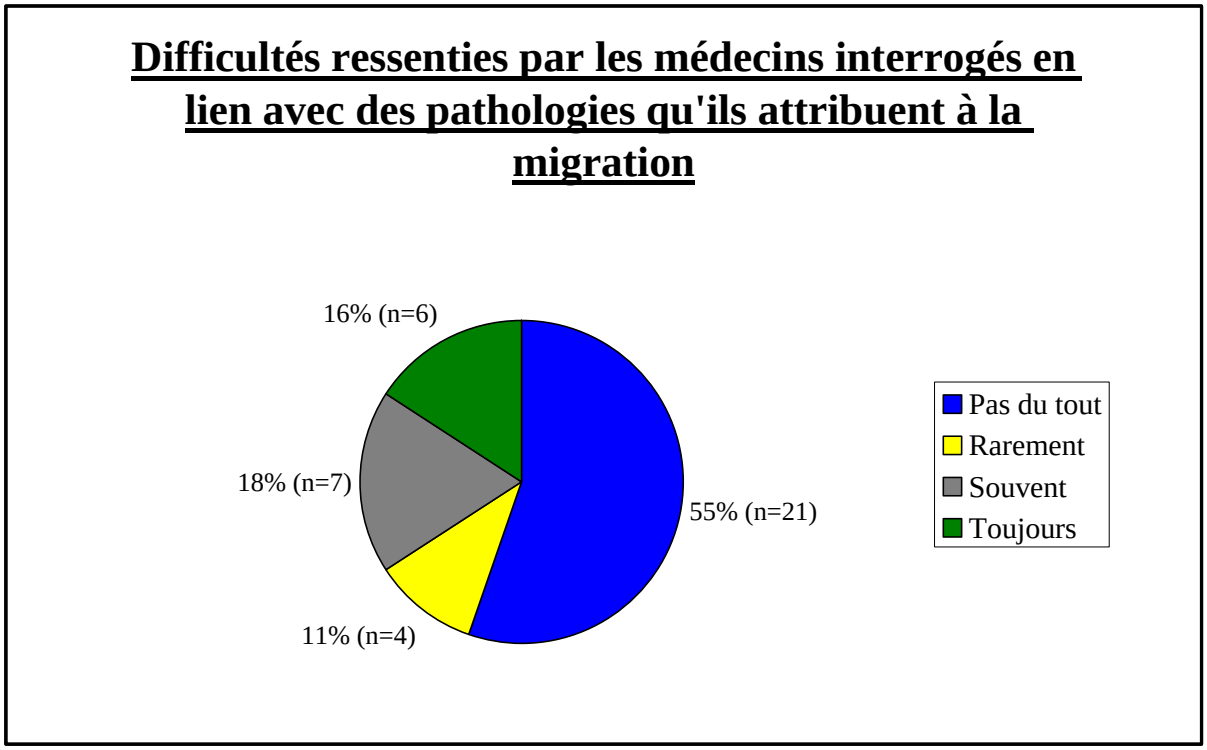
34% (n=13) des médecins interrogés rencontrent souvent voire toujours des difficultés, lors des consultations avec le patient ou la famille en question, qu'ils attribuent à la migration.

12 d'entre eux ont commenté leur réponse :

8 médecins mettent en avant des troubles d'ordre psychologique ou psychiatrique (anxiété, état de stress post traumatique, somatisation).
4 médecins ont répondu avoir des difficultés avec le patient, qu'ils estiment en lien avec la migration et qu'ils expliquent comme suit :
- un signale un problème d'intégration, au sens général, du patient avec retentissement sur les soins,
- un signale l'impossibilité de connaître l'histoire de vie du patient, ce qu'il juge comme étant un obstacle à la prise en charge adaptée de ce patient,
- 2 médecins signalent une relation médecin-patient problématique, l'un évoque la possibilité de la barrière culturelle.

66% (n=25) des médecins n'éprouvent pas ou peu de difficultés à ce sujet.
7 d'entre eux le justifient comme suit :
- 5 par la mise en place d'un suivi spécialisé à la PASS (hépatite B, rhumatologique, tuberculose, suivi psychiatrique),
- 2 par le fait qu'il s'agisse d'un patient français.

Tableau 14



3.4.6 Refus de soins de la part des spécialistes

En majorité (95%, n= 36) les médecins interrogés n'ont pas eu à faire face à des refus de soins de la part de confrères.
Les 5% (n=2) restant ont répondu avoir rarement eu à faire face à ce problème.

3.4.7 Incurie

La majorité (95%, n=36) des médecins interrogés n'ont pas eu à faire à ce problème.

3.4.8 Nomadisme

Si 76% (n=29) des médecins n'ont jamais eu à se poser une telle question, 24% (n=9) pensent qu'il existe un certain nomadisme chez le patient.

- 13% (n=5) des médecins pensent que le nomadisme est présent sans pouvoir le quantifier. Ils ne notent pas de difficulté particulière mais ont déjà eu à se poser la question (un médecin parce que la patiente en question a des enfants en bas âge qu'il n'a jamais vus et un autre parce que la patiente déménage dans une autre ville pour des raisons personnelles de façon transitoire). 3 autres médecins n'ont pas justifié leur suspicion.

-8% (n=3) répondent qu'ils ont rarement eu à faire face à ce problème de nomadisme.

- Un médecin (3%) répond qu'il s'agit d'un problème fréquent avec le patient (demandeur d'asile) en question et le justifie par la recherche de certificats médicaux.

3.4.9 Observance thérapeutique

29% (n=11) des médecins interrogés rencontrent des difficultés avec le suivi des prescriptions:

- 8% (n=3) rarement,
- 18% (n=7) souvent,
- 3% (n=1) toujours.

71% n'ont aucun problème avec l'observance de leur prescription.
Parmi eux, 8% (n=3) des médecins précisent ne pas avoir de difficulté mais ils ne peuvent répondre que difficilement à la question compte tenu du faible nombre de fois qu'ils ont vu le patient en question.

3.5 Investissement du médecin

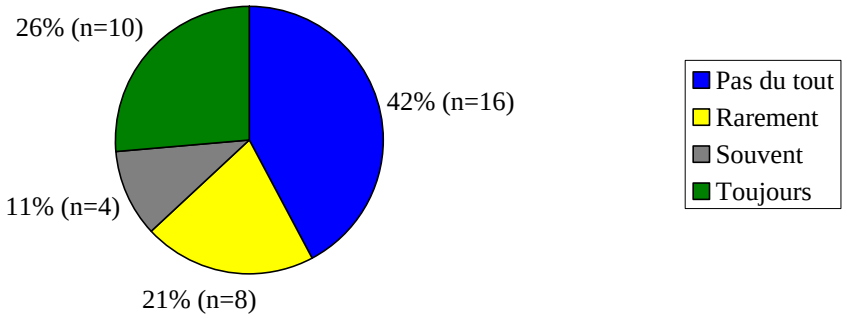
3.5.1 Manque de temps

La majorité des médecins interrogés (58%, n=22) signalent que le temps qu'ils accordent en consultation au patient en question est plus important que le temps passé avec leurs autres patients d'une manière générale.

Tableau 16

Les consultations avec les patients réorientés vous demandent-elles un investissement en temps plus important?

Ressenti des 38 médecins interrogés



3.5.2 Patient ou médecin insatisfait de la prise en charge

Pour cette question il nous semble utile de rappeler qu'il s'agit là du point de vue du médecin puisque nous n'avons pas interrogé les patients.

40% (n=15) des médecins interrogés déclarent se sentir pleinement satisfaits de la prise en charge qu'ils apportent à leur patient. 4 médecins se sentent satisfaits bien qu'ils ressentent leur patient insatisfait.

34% (n=13) d'entre eux se déclarent souvent voire toujours insatisfaits de la prise en charge qu'ils proposent (respectivement 26 % et 8% des médecins)

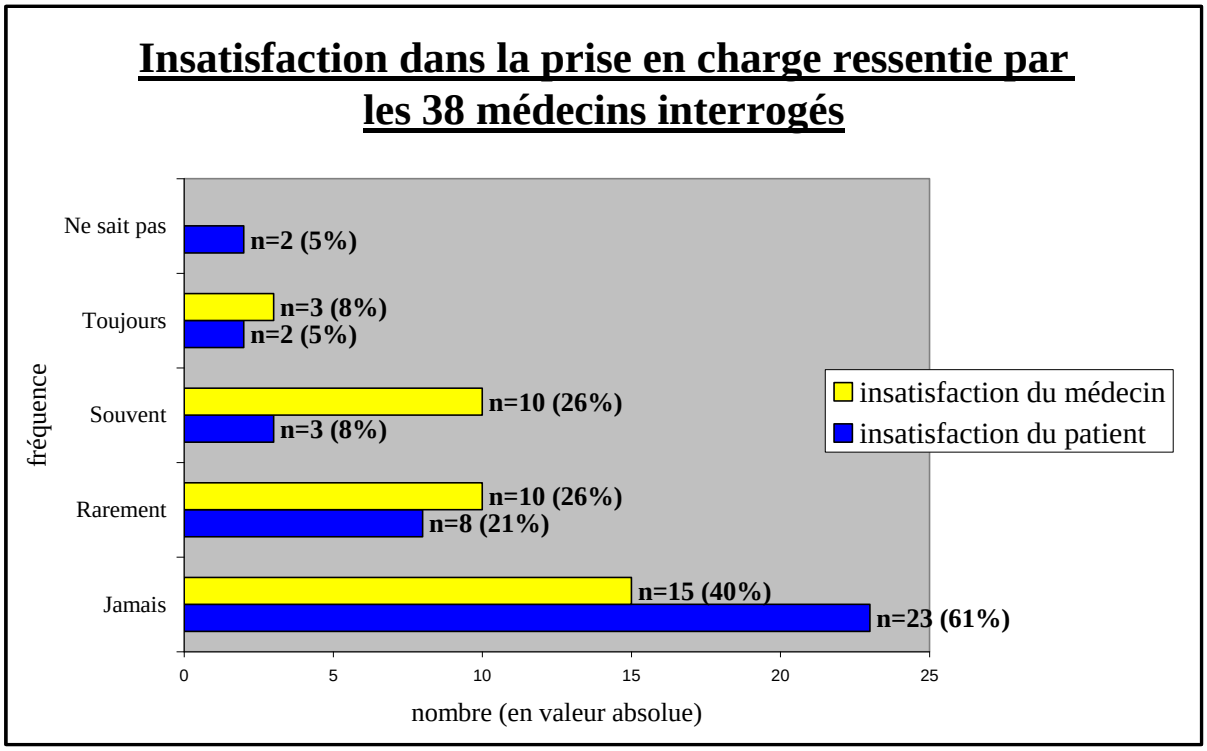
26% (n=10) déclarent avoir été quelquefois insatisfaits mais ce ressenti est resté rare.

Parmi les 60% (n=23) de médecins qui se déclarent insatisfaits, 14 médecins (soit 61%) ne ressentent pourtant pas d'insatisfaction de la part du patient en question.

En ce qui concerne les patients :

Pour 61% (n=23) des médecins interrogés, le patient n'a jamais manifesté d'insatisfaction (le médecin n'a jamais perçu une insatisfaction ou le patient ne s'est jamais exprimé dans ce sens).
Pour 21% (n=8) des médecins, leur patient a rarement manifesté des signes d'insatisfaction.
Pour 13% (n=5) des médecins, leur patient se montre insatisfait souvent (8%, n=3) ou toujours (5%, n=2).

Tableau 17



3.5.3 Sentiment d'isolement

68% (n=26) des médecins n'ont jamais ressenti de sentiment d'isolement.
32% (n=12) se sont sentis ou se sentent isolés dans la prise en charge du patient:
- 21% (n=8) rarement,
- 8% (n=3) souvent,
- 3% (n=1) toujours.

3.5.4 Médicaments non pris en charge

76% (n= 29) des médecins interrogés ne se sont jamais sentis en difficulté avec cette question. Parmi eux, 10 médecins commentent leur réponse en indiquant que, d'une façon générale, ils y font attention pour tous les patients.
16% (n=6) pensent à l'inverse que c'est un problème récurrent auquel ils doivent rester vigilants à chaque consultation ou presque.
8% (n=3) pensent que cela pose rarement problème.

3.6 Problèmes d'ordre social

3.6.1 Remboursement différé

97% (n=37) des médecins ne sont pas gênés par les remboursements différés en lien avec la prise en prise en charge CMU ou AME des patients.
Un médecin est gêné par ce système. Il l'explique par le problème de la gestion des feuilles de soins papiers (AME).

3.6.2 Consultation non payée

89% (n=34) des médecins n'ont jamais eu de consultation non payée pour les patients en question.
11% (n=4) des médecins déclarent ne pas pouvoir répondre à cette question. Ils invoquent l'absence de suivi de leur compte (par manque de temps ou d'envie) et l'absence de remboursement nominatif clair par l'assurance maladie.

3.6.3 Non mise à jour de la carte vitale ou oubli des papiers justificatifs

89% (n=34) des patients sont toujours en règle avec leur papier.
Pour un médecin (3%) cela pose problème à chaque consultation (le patient n'a jamais sa carte vitale).
Pour les autres :
- 5% (n=2) ont rarement ce problème. Les 2 médecins en question ont photocopié les papiers justificatifs pour les joindre au dossier des patients.
- 3% (n=1) ont souvent ce problème.

3.6.4 Question d'ordre social

89% (n=34) des médecins n'ont jamais été mis en défaut par ce type de question émanant des patients.
Un seul est toujours mis en défaut en ce sens où le patient est en demande permanente de certificat.

3.7 Autres difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en question :

Les difficultés citées précédemment sont celles que l'on retrouve dans la littérature, mais la liste n'est sans doute pas exhaustive. Le questionnaire adressé aux médecins leur laissait donc la possibilité d'en évoquer d'autres.
Pour prendre en compte les différentes réponses, nous avons décidé de les classer par mots clés (même champ lexical et rapprochement thématique).

18 % (n=7) des médecins ont soulevé à nouveau le problème de la prise en charge psychologique ou psychiatrique chez ces patients lorsqu'il existe une barrière de la langue (même si des moyens sont présents pour y remédier partiellement par exemple avec un interprète familial).

Différentes expressions ont été utilisées :
- « difficulté avec le soutien psychologique », « somatisation »,
- « démuni par rapport à sa pathologie psychiatrique »,
- « souffrance morale»,
- « nécessiterait une prise en charge psychologique […] comprendre sa somatisation […] pas d'interprète serbo-croate »,
- « grande souffrance psychologique […] patient qui ne parle pas français »,
- « il présente des troubles du sommeil mais refuse une prise en charge médicamenteuse »,
- « pathologie psychiatrique compliquée ».

3 médecins (8%) relatent des difficultés pour instaurer une relation de confiance qu'ils mettent en lien avec la barrière culturelle :
- « impossible de voir son ressenti » (au sujet d'un patient africain),
- « difficulté à instaurer une relation de confiance » (au sujet d'un patient africain),
- « je ne connais pas son histoire, il dévie quand j'essaie de demander ».

Un autre médecin a parlé de théâtralisation dans sa salle d'attente, sans toutefois que cela ne pose de problème. Il a juste noté cette attitude.

3 médecins (8%) signalent le fait d'avoir perdu de vue ces patients.

Un médecin, qui doit prendre en charge un patient diabétique, se dit en grande difficulté par rapport aux règles hygiéno-diététiques. Il soulève à nouveau la question de la prévention et de l'éducation thérapeutique chez des patients de cultures et de langues différentes.

3 médecins (8%) ont des difficultés avec la situation sociale de ces patients :
« isolement social », « problème d'intégration », « problème d'habitation, financier ».
Un médecin signale le poids de ce patient sur sa famille (patiente algérienne venue chez ses filles en France) avec un retentissement sur la vie familiale.

Par rapport à l'utilisation du système de soins, 2 médecins (5%) se sont interrogés sur la surconsommation (« rendez-vous répétés », « recours aux urgences non justifiés »). Un

médecin a évoqué la possibilité d'une certaine discrimination de la part de confrères spécialistes « réponse des spécialistes à côté de la plaque […] négligence ».

Nous avons demandé aux médecins, qui reçoivent plusieurs patients suivis initialement à la PASS, si le questionnaire rempli pour le patient ciblé reflétait leur impression générale sur les difficultés rencontrées avec les patients réorientés.
Parmi les 23 médecins concernés, 61% (n=14) déclarent que le questionnaire sur le patient ciblé n'est pas révélateur de la tendance générale des patients réorientés de la PASS (« c'est un cas à part »)

Les difficultés qu'ils rencontrent, d'une manière générale, avec les patients de la PASS sont répertoriées ci-dessous par ordre de fréquence de citation (chaque médecin pouvait en citer le nombre qu'il souhaitait) :

- 43% (n=10) mettent en avant la barrière de la langue,
- 21 % (n=5) signalent les difficultés plus en lien avec la problématique sociale:
    - méconnaissance du médecin en ce qui concerne les droits de ces patients et référent social non connu,
    - confusion par le patient entre médecin et aide sociale,
    - problème d'insertion sociale du patient,
- 21% (n=5) pensent que les histoires de vie et les parcours migratoires difficiles des patients font partie des difficultés qui leur posent problème,
- 21% (n=5) constatent des problèmes d'organisation des patients (retard ou oubli de rendez-vous, consultation à plusieurs et venue sans rendez-vous),
- 17% (n=4) signalent un problème en lien avec la barrière culturelle et la religion,
- 13% (n=3) notent une tendance à la surconsommation médicale (consultation de médecine générale ou spécialisée, examens complémentaires et médicaments),
- 13% (n=3) rencontrent des problèmes d'observance (suivi du traitement ou réalisation des examens prescrits),
- 8% (n=2) déplorent la demande de médicaments pour autrui.

Les difficultés suivantes ont été soulevées de façon ponctuelle (citées une seule fois) :

- consultation chronophage,
- problème du devenir politique incertain des patients migrants,
- incompréhension du système de soin,
- acte gratuit,
- comportement inadapté au cabinet,
- trouble psycho-somatique,
- problème du bouche à oreille avec arrivée « massive » de migrants d'une même nationalité au cabinet.

4. Stratégies mises en place par les médecins pour faire face aux obstacles rencontrés

Là aussi nous avons cherché à regrouper les items par mots clés.

Par rapport à la barrière de la langue :

9 médecins (24%) signalent avoir « leur technique » :
- 6 médecins demandent la présence d'un interprète (familial ou amical) aux consultations,
- un médecin utilise sa secrétaire russophone quand la consultation le nécessite,
- un médecin paie lui-même un interprète qu'il fait venir spécialement sur une demi-journée en regroupant les patients,
- un médecin fait appel à des interprètes du CADA ou d'AIDA.

Trois ont modifié ou souhaitent modifier leurs pratiques :
- un médecin essaie d'apprendre les rudiments dans les langues maternelles des patients qu'il suit,
- un médecin déclare avoir appris l'anglais et être devenu anglophone au gré de ses expériences. Il se sert aisément de cette compétence avec les patients nigériens qu'il reçoit en grand nombre,
- un autre souhaite faire des progrès en anglais.

En ce qui concerne les rendez-vous et les prescriptions, plus de la moitié des médecins interrogés ont fait preuve d'adaptation.
- 3 médecins ont des plages horaires sans rendez-vous,
- 2 médecins qui fonctionnent uniquement sur rendez-vous ont expliqué aux patients de passer en fin de matinée ou en fin d'après-midi,
- 1 médecin bloque systématiquement ¾ d'heure pour voir la patiente en question.
- 10 médecins interrogés (26%) font attention aux médicaments prescrits de façon systématique pour ces patients.

11 médecins interrogés (29%) ont évoqué ou cité le travail en réseau :
- 7 médecins envoient systématiquement leur patient à l'hôpital quand ils ont besoin d'avis spécialisés ou d'examens radiologiques,
- 1 médecin s'est créé son réseau de confrères en ville à partir des échos par les patients,
- 2 médecins ont cherché des spécialistes parlant la langue de leur patient,
- un médecin a fait appel au CMP pour se faire aider dans la prise en charge de son patient.

8 médecins (21%) signalent que la patience et l'éducation sont des atouts importants dans la prise en charge de ces patients.
2 médecins citent la patience dans leur façon de gérer la difficulté à instaurer une relation de confiance.
6 autres notent la nécessité d'être vigilant à l'éducation des patients : vaccinations, diététique, consultations aux urgences, consultations à plusieurs (2 médecins), respect des horaires de rendez-vous.

5. La problématique de la réorientation des patients vers le droit commun

5.1 Le lien PASS-ville

79% (n=29) des médecins interrogés se souvenaient que le patient était passé par la consultation Jean Guillon avant de venir consulter à leur cabinet.

92% (n=35) ont reçu le courrier de réorientation, récapitulatif du suivi du patient dans le service.

Pour 71% (n=25) des médecins ayant reçu ce courrier, celui-ci leur paraissait complet.
26% (n=9) auraient souhaité des informations supplémentaires.

Parmi les informations manquantes (un même médecin pouvait citer plusieurs réponses) :

- 7 médecins ont relevé la nécessité de préciser le contexte social et migratoire du patient,
- 2 médecins auraient aimé savoir, de façon explicite, que le patient n'était pas francophone,
- 2 médecins auraient aimé avoir les courriers des spécialistes et les comptes-rendus radiologiques,
- 1 médecin aurait aimé connaître le statut vaccinal du patient,
- 1 médecin a trouvé le courrier trop succinct sans plus de précision.

Parmi les médecins ayant reçu le courrier, 74% (n=26) l'ont reçu après la première consultation.

Pour 71% (n=25) des médecins l'ayant reçu, le courrier leur a apporté de l'aide dans la prise en charge de ce patient.

5.2 Suggestions pour améliorer la réorientation des patients vers le droit commun

Les réponses à cette question étant variées, nous avons là aussi décidé de les regrouper par mots clés et par thématique :

Améliorer la communication PASS/ville :
- 47% (n=18) souhaitent un courrier de réorientation plus complet avec différents points auxquels il faudrait, selon eux, porter plus d'attention :
    - vaccination (3%, n=1),
    - courrier des spécialistes ou examens complémentaires (13%, n=5),
    - histoire personnelle (16%, n=6) (histoire de vie et migratoire),
    - données sociales (16%, n=6) (situation sociale actuelle, possibilité évolutive et référent social de quartier),

- 13% (n=5) souhaitent un contact téléphonique initial entre médecins,

- 1 médecin aimerait avoir l'adresse électronique du médecin référent de la PASS afin de pouvoir poser des questions et échanger rapidement en cas de nécessité,
- 5% (n=2) pensent qu'il serait intéressant que la PASS assure un suivi de ces patients à 6 mois ou à 1 an pour objectiver la prise en charge effective du patient en ville et éventuellement relever les problèmes rencontrés (courrier à retourner à la PASS),
- 5% (n=2) souhaiteraient une information sur le service de la PASS et son fonctionnement (visite du service, plaquette d'information).

Éduquer le patient

5% (n=2) pensent qu'il faudrait des cours sur le système de santé avant leur départ du service. Un médecin parle de cours de français médical.
Un médecin juge intéressant que le patient soit accompagné par un membre du personnel de la PASS la première fois où il consulte en ville.

Problème linguistique

13% (n=5) soulignent l'importance que la barrière de la langue soit réglée avant le départ du service (s'assurer de la présence d'un interprète familial pour deux d'entre eux, nécessité d'un interprétariat en ville pour deux autres, un médecin suggère que les patients soient orientés vers un médecin qui parle leur langue).

Pathologies spécialisées

Un médecin (3%) signale la nécessité d'une structure qui prendrait spécifiquement en charge les pathologies psychologiques des patients migrants.
2 médecins (5%) précisent que la prise en charge spécialisée doit débuter avant la réorientation et le nom du médecin ou du service référent transmis au médecin de ville.

Formation et information des médecins

3 des médecins interrogés (8%) souhaiteraient pouvoir être formés (soit à l'ethnopsychiatrie, soit aux pathologies des migrants). Un médecin signale qu'il serait utile d'avoir un lieu où se renseigner sur la prise en charge des maladies dans les pays d'origine (lors de la demande de certificats médicaux de régularisation pour raison de santé).

Un médecin (3%) pense indispensable de réguler le nombre de patients réorientés vers un médecin, alors qu'un autre (3%) indique qu'il est nécessaire de laisser le libre choix au patient.

CHAPITRE II : Discussion

I. Analyse concernant la méthode utilisée

1. La méthode quantitative et le questionnaire

Nous voulions connaître les obstacles à la réorientation relevés par les médecins généralistes et les difficultés (ainsi que leur fréquence) qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients qui ont « transité » par la PASS. La méthode quantitative est celle qui s'est révélée la mieux adaptée pour répondre à ce questionnement initial.

L'élaboration du questionnaire et sa critique par plusieurs personnes étaient indispensables. Le Docteur Scanvion y a apporté son expérience des migrants, le Docteur Canevet la sienne en tant que médecin généraliste et ses connaissances en travail de recherche. Ce qui a permis l'élaboration d'un questionnaire de longueur acceptable pour les médecins tout en répondant aux questions du service sur la réorientation. Cette méthode est aussi celle pour laquelle l'influence de l'enquêté par l'enquêteur est moindre [18] et qui demande le moins de temps aux médecins.

L'échelle de type Likert utilisée avec ses 4 possibilités de réponse (nombre pair) a permis des réponses « tranchées » et évité de ce fait les réponses « moyennes » souvent critiquées car elles servent de position refuge. [18]

Les questions fermées ont des avantages certains, à savoir la rapidité de remplissage, la reproductibilité des réponses et la facilité d'exploitation des données.
Certaines questions ont donné lieu à une interprétation individuelle des médecins. L'exemple le plus frappant est celui des médicaments non remboursés.
A la question « avez-vous rencontré ou rencontrez-vous des difficultés avec les médicaments non remboursés (pour le patient en question) ? » Certains ont coché la case « jamais » expliquant que cela faisait partie de leurs habitudes de prescription d'y être vigilant, d'autres ont coché la case « toujours » précisant qu'ils y prêtaient attention à chaque fois. Le fond de la réponse est le même : le médecin y prête une attention particulière à chaque consultation. Les réponses sont diamétralement opposées.
Un pré-test du questionnaire aurait peut-être permis de détecter ces questions ambigües et d'en repréciser l'intitulé, mais il n'a pas été réalisé.

Certaines situations restent difficiles à faire « entrer dans des cases ». Les commentaires annotés étaient donc indispensables. Ils nous ont aidés, nous allons le voir plus loin, dans l'analyse et la discussion des résultats.

Les questions ouvertes nous ont permis notamment d'élargir le point de vue des médecins à tous les patients réorientés de la PASS qu'ils sont amenés à prendre en charge et de recueillir leurs idées pour améliorer la réorientation.
Elles étaient peu nombreuses dans notre questionnaire. Si elles servent à approfondir certains points, elles peuvent donner lieu à des réponses floues ou difficilement codables. Par exemple, quand on interroge les médecins sur les difficultés qu'ils rencontrent d'une manière générale

avec les patients de la PASS, certains ont répondu : « leurs histoires de vie difficiles ». Qu'ont-ils voulu mettre en avant par là : le retentissement sur la santé de leur parcours migratoire ou le chamboulement culturel et social de la migration ?
Il est intéressant de relever que, compte tenu de leur positionnement en fin de questionnaire, les réponses à ces questions ouvertes ont pu être influencées par les interrogations précédentes.
Une enquête qualitative avec des entretiens semi-dirigés aurait peut-être pu être réalisée en complément. Compte tenu des difficultés à obtenir des rendez-vous téléphoniques auprès des médecins, il paraissait difficile de poursuivre ce travail avec une autre étude. Elle aurait nécessité qu'ils puissent nous accorder le double, voire le triple du temps, alors qu'ils nous faisaient souvent remarquer que leur temps était compté.
C'est souvent le manque de temps qui a conduit les médecins à refuser de répondre à notre questionnaire.

2. Les entretiens téléphoniques

Nous avons choisi d'administrer ces questionnaires par téléphone, ce qui nous a permis de nous entretenir avec les médecins directement.

L'impression générale quant à la réalisation de ces entretiens est positive avec un bon accueil des médecins généralistes.
Certains entretiens se sont faits avec des médecins pressés entre deux consultations, qui pour certains avaient oublié qu'ils avaient rendez-vous. La qualité de l'entretien est donc moindre avec des réponses plus évasives et moins de détails, ce qui est surtout regrettable pour les questions ouvertes.
On peut retenir que les médecins ont souvent fait l'amalgame entre patients réorientés de la PASS et leurs patients en situation de précarité ou issus de l'immigration d'une façon générale. A plusieurs reprises, nous avons eu à « recadrer » les médecins en répétant que les interrogations et donc les réponses portaient sur un patient ou une famille et non pas sur leur impression générale.

Les entretiens par téléphone, s'ils demandent un investissement en temps plus important pour l'interviewer que l'envoi de questionnaires par courrier postal ou électronique, ont l'avantage de pouvoir « recadrer » l'interviewé et d'éviter les non réponses à certaines questions, ce qui rend ainsi la totalité des questionnaires recueillis exploitable.
Ils permettent de garantir l'anonymat et permettent aux médecins de s'exprimer peut-être plus librement que de visu.
Ils ont l'avantage d'être centrés sur l'écoute et le désavantage certain d'occulter la communication non verbale (gestuelle, mimique) ce qui est moins important dans ce type d'étude quantitative mais qui aurait peut-être été intéressant pour les questions ouvertes.

3. Les critères d'inclusion

Il est intéressant de noter que notre travail ne portait pas sur un échantillon mais sur toute une population.

En effet, l'ensemble des médecins indiqués comme médecins traitants par les patients réorientés au décours de leur suivi à la PASS en 2010 et 2011 et recevant effectivement le patient désigné ont été inclus.
De ce fait, aucun tirage au sort n'a été réalisé, ce qui évite un biais de sélection. Tous les médecins ont été contactés.

Avec la méthode retenue (questionnaire centré sur un patient ou une famille) nous devions interroger les médecins ou leur secrétariat sur la présence effective du patient ou de la famille dans sa patientèle.
Les secrétariats médicaux ont été un obstacle (secrétaire qui refuse de donner l'information, médecin non joignable, secrétariat à distance sans accès aux dossiers…).

On s'est posé la question d'interroger plus de médecins en incluant les médecins cités comme médecin référent par les patients ayant quitté la PASS dans des années antérieures à 2010. Cela aurait induit des biais de mémorisation.
Les mêmes médecins sont cités à plusieurs reprises par les patients. Il est très probable que la liste des médecins interrogeables ne se serait que peu élargie.

4. Le taux de réponse

Le taux de réponse est tout à fait satisfaisant et inattendu.
Le nombre relatif de questionnaires (n=38) recueillis pour une étude de ce type peut paraître insuffisant et constituer un biais de sélection mais les médecins pouvant être inclus dans notre étude étaient peu nombreux.

Les 67 médecins inclus ont reçu le courrier les informant de notre travail.

Par la suite deux sous groupes se sont dessinés : les répondants (38 médecins) et les non répondants (29 médecins).

Ce taux de réponse de 57% permet d'avoir une idée globale des difficultés rencontrées par les médecins.

Les deux contacts téléphoniques préalables à l'enquête et de ce fait la « double annonce » du travail peuvent être une explication à ce fort taux de participation.

Parmi les non répondants :

- 3 médecins à qui nous avons fait parvenir les questionnaires par courriel (2 médecins) ou par courrier postal (1 médecin) à leur demande n'ont pas donné suite malgré nos relances,
- 17 médecins n'ont pas donné suite à nos différentes relances téléphoniques et/ou messages laissés à leur secrétariat,
- 3 médecins n'ont pas souhaité répondre, évoquant un manque de temps,
- 1 médecin ne souhaitait pas répondre sans explication donnée,
- 1 médecin n'a pas souhaité répondre car il ne se souvenait pas du patient,
- 1 médecin n'a pas souhaité répondre car il n'a jamais vu le patient en question bien qu'il fasse partie de sa patientèle selon son secrétariat,

- 2 médecins n'ont vu qu'une fois le patient ou l'ont perdu de vue et jugeaient donc inutile cet entretien,
- 1 médecin avec qui nous avions fixé des rendez-vous téléphoniques à plusieurs reprises, n'a pas répondu à nos différents appels.

La période choisie pour la réalisation de l'enquête (fin de l'été) a pu être un obstacle. Les médecins généralistes de retour de vacances nous ont souvent dit être débordés par les demandes de leurs patients à cette période.

Avec ces 2 sous-groupes de répondants et de non répondants il s'est créé un biais de sélection. Les plus intéressés par la question et les plus sensibles à ce sujet ont accepté de nous répondre bien que certains ont accepté l'entretien, plus stimulés semble-t-il par nos relances multiples que par l'intérêt du sujet.

5. Le secret médical

Au cours de notre travail et notamment lors de la première phase où l'on cherchait à savoir si le médecin prenait bien en charge le patient en question, deux des médecins nous ont interpellés sur la violation du secret médical s'ils nous délivraient cette information.
La solution aurait pu être de passer par la CPAM afin de connaître le nom du médecin traitant déclaré par le patient. Le médecin lui-même n'aurait donc pas eu à nous délivrer l'information.

II. Analyse des données concernant les patients à propos desquels les médecins ont été interrogés

Le choix des patients a été précisé avant le premier contact avec le médecin comme indiqué précédemment. Ceci a permis d'éviter des biais de sélection sur le choix des patients de la part des médecins (histoire de migration intéressante, difficultés de prise en charge importantes ou au contraire inexistantes, affinités …).

Le patient réorienté sur lequel les médecins ont été interrogés est typiquement un homme, de nationalité étrangère, non francophone, jeune (trentenaire), bénéficiaire de la CMU et en couple. Il était en France depuis moins de 6 mois quand il a consulté pour la première fois à la PASS et est resté en moyenne un an dans le service avant d'être réorienté vers la médecine de ville.

Les caractéristiques sociales (statut familial, assurance maladie), démographiques (sexe, âge, nationalité) et médicales (nombre de consultations) de notre groupe de patients et de la totalité des patients réorientés (enfants exclus) en 2010 et 2011 sont assez proches. [9,10]

Le temps moyen de fréquentation du service est très différent : 6,4 mois pour l'ensemble des patients réorientés en 2010 et 11,9 mois pour les patients de notre échantillon. On peut l'expliquer en partie par le fait que 2 patients de notre échantillon sont des patients roms de Roumanie et qu'ils ont fréquenté 92 mois le service. La moyenne en est donc augmentée (elle tombe à 8 mois si l'on exclut les patients roms de ce calcul).

En 2010, la moyenne du temps passé dans le service avant réorientation était de 11 mois. Cette différence entre 2010 et 2011 est expliquée, sur les rapports d'activité du service, par la plus grande proportion de patients roms réorientés en 2010 par rapport à 2011. Le temps de fréquentation moyen tombe à 6,3 mois si l'on exclut les patients roms de ce calcul pour la totalité des patients réorientés en 2010.
On note là toute la difficulté de réorienter ce type de patient notamment du fait de la précarité de leur logement.

On peut retenir que le groupe des patients sur lequel les médecins ont été interrogés est assez représentatif des patients réorientés en 2010 et 2011 vers la ville.
On peut donc supposer que les difficultés rencontrées et relevées par les médecins interrogés pourraient être les mêmes pour la majorité des patients réorientés par la PASS à cette période.

III. Analyse des données concernant les médecins interrogés

1. Analyse des données socio-démographiques

La moyenne d'âge des médecins interrogés et le sexe ratio sont assez représentatifs de l'ensemble des médecins de Loire Atlantique. [20,21]

2. Connaissance de la PASS

Dans notre étude, 87% des médecins interrogés soit près de 9 sur 10 affirment connaître le service.
Il s'agit d'un chiffre élevé et surprenant.

Adeline Aubry a réalisé en 2011 son travail de thèse sur la prise en charge des patients précaires en médecine de ville et sur l'intérêt d'un réseau ville-hôpital (entre médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris et le service de la PASS de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière).
Dans son étude elle s'est interrogée sur la connaissance de l'existence de cette PASS par les médecins généralistes. [22] Elle notait que 77% des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas la PASS de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.
Parmi ceux qui savaient que ce service existait, plus de 2 sur 5 n'en connaissaient pas son fonctionnement.

Dans un travail de thèse assez proche, Céline Matz en 2011[23], s'est penchée sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants chez les médecins généralistes cette fois-ci en Meurthe et Moselle. Elle interrogeait les médecins sur les structures relais sollicitées par ceux-ci. 7% seulement évoquaient la PASS du CHU de Nancy.

A Nantes, il semble que la situation soit toute autre puisque la quasi totalité des médecins interrogés connaissaient l'existence de ce service.

Existe-t-il une meilleure communication sur le sujet ?

Il semble difficile de se féliciter puisque, s'ils connaissent le service, c'est pour la moitié d'entre eux par leurs patients.
Cependant le message semble passer puisque plus de 1 médecin sur 3 a appris à connaître la PASS par des confrères, lors de FMC, grâce aux guides des urgences sociales ou grâce à l'information donnée lors de l'ouverture du service.

Il est peu probable que l'on puisse étendre ces données à la totalité des médecins de la région nantaise.

D'une part, notre enquête ciblait spécifiquement les médecins recevant des patients réorientés.

D’autre part, tout laisse à penser que les médecins ayant accepté de répondre à notre questionnaire et de nous accorder de leur temps ont une sensibilité plus importante que les autres pour ce sujet. Ils sont peut-être plus attentifs aux structures qui peuvent intervenir dans la prise en charge de ces patients.

Notre courrier informatif qui est parvenu aux médecins avant l’entretien téléphonique a pu introduire des biais. Le souvenir de ce service a pu être ravivé par le courrier initial.

3. Réseau externe informel ?

A Nantes, comme dans la majorité des PASS [13], il n’existe pas de réseau externe établi avec les médecins généralistes libéraux.
Par expérience dans le service, il a été constaté que, lors de la réorientation, les mêmes médecins sont cités comme médecins référents régulièrement par les patients quittant le service.
Ce qui a été confirmé par nos entretiens puisque la majorité des médecins interrogés reçoivent plusieurs patients de la PASS.

La PASS de Nantes n’oriente pas ces patients au départ du service vers un médecin imposé. Le personnel préfère laisser le libre choix du médecin traitant au patient.
Le choix du médecin se fait sur des critères de proximité, ainsi les médecins proches des CADA ou autres foyers d’hébergement reçoivent beaucoup de patients de la PASS.
Le « bouche à oreille » a été cité par plusieurs médecins interrogés. Le choix du médecin traitant se fait aussi sur le conseil des compatriotes (par « réputation », connaissance de la langue ou interprétariat possible).

Ainsi, s’il n’existe pas un vrai réseau créé par la PASS avec les médecins libéraux, il se dessine malgré tout un réseau informel créé par les patients eux-mêmes.

IV. Analyse des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés

1. Score global de difficultés

Ce score montre que les médecins rencontrent effectivement des difficultés avec les patients réorientés mais peut-être un peu moins qu'on aurait pu l'imaginer.

Même si la quasi totalité des médecins rencontrent ou ont rencontré au moins une fois une difficulté dans la prise en charge du patient réorienté (score supérieur à 0), le score moyen est bas puisqu'il est de 13,8/90 et que le score maximal obtenu est de 43/90.

Il faut nuancer ce score. En effet, nous avons retiré du score tous les items pour lesquels au moins un médecin avait été dans l'incapacité de répondre (cf méthode). Les difficultés en lien avec le thème de la prévention n'ont donc pas été prises en compte.
Cependant, parmi les médecins ayant répondu à cette question, nombreux sont ceux qui soulevaient l'importance et la récurrence de cette problématique.
La prévention fait partie intégrante des missions du médecin généraliste. [24] On peut considérer que l'incapacité à aborder la question de la prévention avec le patient constitue une difficulté majeure et un obstacle aux soins non négligeable.

Les médecins agréés semblent présenter moins de difficultés (mais la différence n'est pas statistiquement significative) que les autres : l'hypothèse avancée est qu'étant agréés ils rencontrent plus de patients et ont donc une expérience plus importante.
De plus, l'agrément se faisant de façon volontaire, on peut supposer qu'ils montrent plus d'intérêt et sont donc peut-être plus sensibilisés à la question des patients migrants. Mieux renseignés, ils éprouvent moins de difficultés.

Dans son travail de thèse en 2011 sur les difficultés de prise en charge des patients et des migrants précaires par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle, Céline Matz essayait aussi d'avoir une vision globale des difficultés en s'aidant d'une échelle visuelle analogique.[23]
Les médecins devaient donc noter entre 0 et 10 leurs difficultés ressenties face à la prise en charge des patients en situation de précarité. La moyenne obtenue était de 4/10.

Il est bien sûr impossible de comparer de manière scientifique les deux scores. On ne peut pas dire de façon formelle que les patients réorientés posent moins de difficultés aux médecins que les patients précaires ou migrants d'une façon générale. Cependant, on peut s'avancer en affirmant que, au vu du score global de difficultés, la prise en charge en ville des patients réorientés n'est pas déraisonnable.

2. Connaissance de notre système de soins et notion de médecin référent : entre acquis et lacunes

La notion de médecin traitant référent dans le système de santé semble bien intégrée par les patients.
Ce qui confirme les données de Céline Boché. [14] Dans sa thèse de 2005, elle a interrogé les patients réorientés de la PASS de CHU de Nantes sur leur connaissance et leur utilisation de la médecine de ville. Parmi eux, seulement 11,5% affirmaient ne pas avoir de médecin traitant. Parmi ceux qui en avaient un, seulement 14,5% ne savaient pas le nommer.
L'appréciation du côté des patients semble donc coïncider avec le ressenti des médecins.

Si la place « centrale » du médecin traitant semble être bien acquise, la connaissance globale du système de santé présente encore quelques lacunes.
Selon les médecins, 1 patient sur 3 ne connaît pas ou que très moyennement les règles de bon usage de notre système. Ce qui en soit constitue une barrière à leur autonomisation.

Il est nécessaire que les patients identifient clairement les acteurs de soins et leur rôle respectif. Dans sa thèse, Arnaud Collin [16] soulignait que les patients consultant à la PASS de Chambéry n'identifiaient pas clairement le rôle du service ou en tout cas pas selon les critères définis par la loi de 1998. Aucun ne connaissait le nom du service. L'accès à cette structure est rarement de la propre initiative du patient. Il se fait soit par contraintes administratives ou politiques, soit par habitudes et pratiques professionnelles des intervenants auprès de ces populations. Le rôle et les objectifs du service peuvent donc être perçus de manière très différente par les patients. Les limites sont parfois floues entre opportunité de soins, assistanat et obligation.

Quant à l'organisation du système de soins, il existe une ignorance et une absence de repère de la part des patients. Leurs connaissances sont en lien avec leur expérience personnelle en France et leur vécu positif ou négatif. [16] Les appréhensions sont fondées quelquefois sur leur expérience de la médecine de proximité dans leur pays d'origine. Dans certaines cultures, le médecin de ville est mal perçu ou perçu comme moins efficace que le médecin hospitalier, il peut soigner les choses non graves mais pour les maladies compliquées, le milieu hospitalier reste la référence. [15] Le patient « navigue » entre une médecine libérale et une médecine hospitalière en fonction de la sévérité de la pathologie rencontrée.

Il reste donc encore à améliorer les connaissances des patients réorientés comme le notaient deux des médecins interrogés qui proposaient des cours sur le système de santé ou même des cours d'éducation civique.
Reste à savoir si le service de la PASS aurait la possibilité de mettre en place un tel dispositif ou si l'on pourrait faire appel à d'autres organisations et de quelle manière on pourrait l'instaurer dans le service.
Il peut être intéressant de s'inspirer de ce qui se fait à l'OFII avec le système de la vidéo. Lors de sessions d'accueil collectif, les étrangers désireux de séjourner durablement en France assistent à la projection d'un film « vivre ensemble en France ». Il leur présente de façon succincte les valeurs fondamentales de la république française ainsi que les droits et les devoirs de chaque citoyen. [25]
Une présentation rapide du système de soins en séance collective pourrait être envisagée.

3. Problèmes en lien avec l'organisation des patients

Certes la question des rendez-vous ratés ou des retards est soulevée, mais la capacité à anticiper les rendez-vous de surveillance ou de renouvellement est plus montrée du doigt.

Pour les médecins confrontés aux retards ou aux absences, plusieurs parades ont été envisagées.
L'une d'entre elles est d'expliquer au patient le fonctionnement d'un cabinet et la nécessité de se présenter aux rendez-vous en temps et en heure.
Plusieurs médecins nous ont signalé qu'ils ont ainsi pu éduquer leur patient, certes en y passant du temps au début mais pour éviter d'en perdre par la suite.

D'autres médecins ont préféré s'adapter à ces patients qui vivent dans l'urgence. Certains en leur expliquant de se présenter aux plages horaires sans rendez-vous déjà instaurées dans le cabinet, d'autres en leur demandant de passer en fin de consultations (fin de matinée ou fin d'après-midi).

On peut penser que le passage par le service avec son fonctionnement sur rendez-vous le matin (médecin, assistante sociale ou infirmière) les a aidés à apprendre à honorer un rendez-vous, en tous cas les a initiés à un tel fonctionnement.
La capacité à s'organiser dans l'avenir et à programmer des rendez-vous dans le cas des pathologies nécessitant une surveillance et un renouvellement reste plus problématique.

Mathias Millet et Daniel Thin dans leur article « le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité » soulignent ce problème. [26]

« La précarité économique […] enferme ceux qui y sont soumis dans les impératifs d'un présent chargé d'incertitudes et de menaces […] (les familles) sont dans l'incapacité objective de se projeter vers l'avenir, à la fois parce que la vie au jour le jour empêche cette projection et parce que l'avenir, à la lumière du passé et du présent, est inquiétant.[…] L'épreuve de la précarité fonde ainsi une temporalité de l'urgence, du coup par coup et de l'inattendu. Dans ces familles, le temps se trouve haché par la survenue d'événement faisant problème, auquel il convient de faire face sans délai ».

La projection dans l'avenir est difficile. La santé est une moindre priorité comparée aux autres difficultés de la vie quotidienne.

En 2010, Marie Tellier pour sa thèse de médecine générale, a interrogé des médecins généralistes de Paris et de Seine Saint Denis sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Ils notaient eux aussi que les patients précaires agissent dans l'immédiateté et ont de grandes difficultés à respecter un emploi du temps et une contrainte de rendez-vous à distance. [27]

Comment demander à des familles en situation de précarité qui n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir au niveau économique, social ou au niveau de leur travail, de le faire au niveau de leur santé ?

On note ici toute l'importance accordée par le personnel de la PASS aux « critères de réorientation ». Le patient doit pouvoir bénéficier d'une certaine stabilité environnementale avant d'être pris en charge en ville.
Si la capacité d'autonomie et l'environnement sont pris en compte dans la possibilité de réorientation lors de réunions hebdomadaires, il serait intéressant d'accorder un maximum d'importance aussi à la « capacité de ponctualité » ou de s'assurer de la « faculté à anticiper » les rendez-vous de renouvellement pour les patients ayant une pathologie chronique.

En conclusion, on s'aperçoit, que s'il n'est pas impossible d'éduquer les patients sur les impératifs horaires du fonctionnement d'un cabinet, il est plus difficile de leur apprendre à organiser la prise en charge de leur santé quand l'environnement autour d'eux est encore instable et précaire.

4. Problème en lien avec le comportement

D'une façon générale, les patients semblent s'être bien adaptés aux contraintes que peut demander la prise en charge en cabinet de médecine générale.

L'agressivité est peu citée par les médecins interrogés bien qu'ils refusent de répondre aux demandes des patients qu'ils jugent inappropriées. Le problème des consultations à plusieurs peut être réglé par l'éducation des patients comme le notent plusieurs médecins interrogés. Même si cela demande du temps et d'oser le faire remarquer au patient.

Deux situations ont été relevées mais restent anecdotiques : la théâtralité dans la salle d'attente d'une dame maghrébine ou l'impatience d'un homme plus âgé. On peut facilement imaginer et on a tous en mémoire des situations similaires avec des patients de nationalité française en dehors de tout contexte de précarité.

4.1 Des demandes quelquefois non adaptées

Les médecins sont quelquefois confrontés à des demandes qu'ils jugent inappropriées.

Les demandes de consultations rapides pour des motifs considérés comme urgents par les patients en sont l'exemple le plus fréquent.

On peut y trouver plusieurs explications.

Comme expliqué auparavant, ces patients repoussent souvent les consultations par manque de temps ou par négligence (la problématique financière rentre moins en compte pour ces patients compte tenu de la dispense d'avance des frais avec la CMU-c ou l'AME).
Ils consultent quand les symptômes deviennent gênants et insupportables pour eux. Ce qui peut expliquer leur ressenti urgent de voir un médecin.
Ces patients, qui ont attendu souvent le dernier moment pour consulter, comprennent mal l'attente supplémentaire qui leur est imposée par l'organisation d'un cabinet. C'est parfois ce qui les pousse à consulter aux urgences.
L'attente trop longue est souvent un critère d'insatisfaction des patients comme le montre la sociologue Anne Guillou dans une étude sur les pratiques des patients migrants dans la région

rennaise en 2005. [28] Plus de la moitié des patients insatisfaits du système de santé l'expliquent par une attente trop longue des rendez-vous.

L'autre explication que l'on peut proposer est la nécessité pour eux de consulter même pour des pathologies virales « banales » afin d'obtenir une ordonnance et se procurer gratuitement les médicaments de première nécessité. C'est ce que signale fort justement un des médecins interrogé par Isabelle Querrioux pour son travail de thèse sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants rencontrées par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. [29] Certains médicaments sont certes délivrés sans ordonnance par les pharmaciens mais payants dans ce cadre (paracétamol, phloroglucinol, anti diarrhéique, anti émétique….). Ces quelques euros « investis » peuvent peser lourds dans des budgets déjà serrés.

Certaines, voire la plupart, des demandes de consultation en urgence par ces patients ne sont pas justifiées d'un point de vue médical. Les médecins se trouvent tiraillés entre deux positions : accepter les patients ce qui augmente ainsi leur charge de travail et implique une adaptation de leur emploi du temps ou refuser d'accéder à leur demande urgente ce qui peut favoriser les consultations non justifiées aux urgences. La solution reste difficile à trouver et passe bien évidemment par l'éducation des patients.

4.2 Des demandes de soins plus fréquentes ?

L'idée que les patients précaires migrants soient plus demandeurs de soins (consultations de médecine générale, médicaments, examens complémentaires, consultations spécialisées…) que d'autres patients a été soulevée lors de nos entretiens par cinq médecins.

A ce titre, deux médecins dénoncent les demandes de traitements pour autrui, trois constatent une demande plus fréquente de consultations ou d'examens complémentaires et signalent là un abus.
La demande de médicaments pour autrui, directe ou déguisée, ne nous a pas surpris puisqu'il s'agit d'une constatation faite dans le service où il est même parfois soupçonné une activité de « trafic ». Rien d'étonnant donc que le médecin en ville relève ce problème. Faut-il pour autant accéder à cette demande ? La réponse ne peut être tranchée. L'évaluation se fait au cas par cas, chaque médecin se fixant les limites qui lui conviennent.

La surconsommation de soins évoquée par 3 médecins nécessite que l'on s'y attarde plus longuement.

Le rapport DREES de 2003, concernant l'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, va dans ce sens. Les bénéficiaires de la CMU, à état de santé égal ont eu, en 2000, des dépenses de soins supérieures de 13% à celles des personnes non couvertes. A âge et sexe équivalents, cet écart atteint 30% (et se situe surtout sur les dépenses en omnipraticiens et en dépenses pharmaceutiques). [30] Cependant, en 2009, le rapport du fond de financement de la CMU [31] indiquait que, si la dépense totale de CMU-c évoluait faiblement, aucune dérive n'existait en matière de dépenses de CMU-c.

On peut avancer deux hypothèses explicatives.

La première est que les patients qui recouvrent leurs droits après une période sans possibilité d'accès rattrapent le retard en matière de soins de santé, ce qui était, rappelons-le, l'objectif principal des politiques avec la mise en place de la CMU-c et de l'AME.

L'autre est le moins bon état de santé des bénéficiaires de la CMU. La preuve n'est plus à faire que la précarité a des impacts sur la santé et sur l'état de santé ressenti. L'étude « Precar » d'Isabelle Parizot et Pierre Chauvin en juillet 1999 interrogeait des patients consultant dans 5 sites de « dispositif précarité » en région parisienne. [32] Elle mettait en évidence que l'état de santé ressenti des patients en situation de précarité est deux fois plus mauvais que dans la population générale.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »
Ce n'est pas étonnant que les patients en grande difficulté sociale, qui plus est quand ils sont parachutés dans un pays étranger du fait de la migration, se sentent plus fragiles. Se trouvant en moins bon état de santé, ils consultent et donc consomment plus.

5. Obstacles aux soins

5.1 Barrière de la langue et interprétariat

Barrière de la langue : place centrale de la consultation interculturelle ?

Dans le contexte actuel des flux migratoires, la France est devenue de façon indiscutable une terre d'accueil. Elle était en 2011 le 1er pays destinataire de la demande d'asile au niveau européen. Les Pays de la Loire sont la 4ème région française pour le nombre de premières demandes de protection internationale derrière l'Île de France, la région Rhône-Alpes et les départements d'outre mer. [33]
Par ailleurs, la part des immigrés issus de « l'immigration légale » tend à augmenter dans la population ligérienne alors qu'elle se stabilise ailleurs en France. [34] Il existe une grande diversité des pays d'origine puisque 80 nationalités se côtoient. Près de la moitié des immigrés sont originaires du continent africain. L'Afrique sub-saharienne est de plus en plus représentée. [35] La ville de Nantes concentre une grande part des immigrés de la région des Pays de la Loire.

Quand on parle de prise en charge médico-sociale des patients migrants et de consultation à la PASS, la barrière linguistique vient donc immédiatement à l'esprit comme étant un obstacle manifeste.

Dans notre travail, il semblait donc évident de s'enquérir des difficultés des médecins qui accueillent les patients réorientés face à ce problème.

Il semble plus limité que ce qu'on aurait pu imaginer d'une façon générale, mais certaines étapes de la consultation sont plus souvent impliquées que d'autres de façon plus ou moins prévisible.

Sans surprise, c'est l'interrogatoire qui reste la partie la plus difficile puisque plus de 1 médecin sur 3 relève l'obstacle de la langue à ce moment. Une bonne anamnèse est une étape essentielle pour arriver au bon diagnostic. En cas de barrière linguistique, la capacité du médecin à faire une évaluation adaptée est compromise. [36]
Il est important de soulever que la spécificité et la place de l'interrogatoire, si importantes dans notre biomédecine, le sont sans doute beaucoup moins dans d'autres cultures où la relation thérapeutique est perçue comme un examen du corps avant tout. [28]

De façon surprenante, près de 1 médecin sur 4 rencontre des difficultés lors de la prise de rendez-vous alors que, c'est seulement 1 sur 5 lors de l'examen clinique et de l'explication du diagnostic et des traitements. Pour l'examen clinique cela peut se comprendre aisément puisque l'examen somatique peut être expliqué de façon simple par la gestuelle ou les mimiques. On peut penser que l'explication du diagnostic, de la thérapeutique et la recherche du consentement éclairé sont souvent élaguées dans ce contexte de relation transculturelle. [37]
Le médecin est plus directif ce qui peut expliquer que la barrière de la langue, si elle est présente, pose peu de difficultés à cette étape de la consultation.

Les principaux problèmes se rencontrent sans surprise avec les patients qui présentent des pathologies chroniques et des troubles psychologiques et chez qui, il est facile de le concevoir, l'interrogatoire et la transmission de conseils efficaces sont nécessaires. [38,39]

Cette moindre difficulté avec la barrière de la langue est très certainement due au fait que les patients réorientés sont « sélectionnés » sur leur capacité à se débrouiller en ville notamment avec la barrière de la langue. 45% des patients de notre échantillon étaient d'ailleurs francophones.
Nous l'avons vu, ces patients ne semblent pas refléter l'impression générale que peuvent avoir les médecins sur les patients réorientés de la PASS. Pour la moitié des médecins interrogés, les patients dont il était question sont des « cas à part ».
On peut toujours se demander s'il n'y a pas quiproquo entre les patients réorientés de la PASS et les patients migrants d'une manière générale. Mais on peut aussi se dire, que peut-être la barrière de la langue, que peuvent rencontrer les médecins en ville avec les patients réorientés, est sans doute sous-estimée du fait de notre petit échantillon de médecins interrogés.

Une chose est certaine, c'est que les questionnements sur la barrière de la langue amènent doucement au problème de l'interprétariat en médecine générale.

Remédier à la barrière de la langue

De façon assez schématique, deux situations ressortent des différents entretiens :
- la première où le patient présente une pathologie chronique ou psychologique pour laquelle le médecin cherche à faire tomber cette barrière de la langue surtout par l'intermédiaire d'interprète,
- la seconde où le patient présente des pathologies aiguës où la prise en charge ne nécessite pas une compréhension très fine ni un interrogatoire très poussé ou pour lesquelles l'examen clinique parle par lui même.

Nombreux sont les médecins interrogés qui nous ont fait part de leurs stratagèmes pour se faire comprendre et comprendre le patient.

Ils se sont adaptés à cette difficulté majoritairement par la présence d'un interprète de l'environnement du patient (familial ou amical) et de l'entourage du médecin.
Aucun ne nous a signalé utiliser des glossaires ou autres dictionnaires accessibles par internet (Google traduction, traducmed…).

Il est intéressant de noter les résultats d'une étude de 2001 qui interrogeait des médecins suisses [40] sur les moyens de traduction qui leur seraient utiles lors de consultation où la barrière de la langue était présente. Leur besoin variait en fonction du type de pathologie rencontrée. Dans 2/3 des consultations, il semblerait que des moyens autres que l'interprétariat professionnel puissent être utilisés (notamment pour les problèmes aigus de médecine générale type pathologies infectieuses ORL). Ce qui est en accord avec le ressenti des médecins que nous avons interrogés.

Entre « débrouille » et nécessité ou souhait d'une compréhension claire, les avis des médecins généralistes sont partagés en fonction des situations, mais aussi en fonction de leur conception de la médecine de premier recours. [41]

La sociologue Anne Guillou, dans une étude en 2007, interrogeait les médecins rennais sur leur ressenti dans la prise en charge des patients immigrés. [42] Certains médecins déploraient de faire quelquefois de la « médecine vétérinaire » quand les possibilités de communication étaient extrêmement réduites. D'autres affirmaient que quelques rudiments dans la langue et la gestuelle suffisent à débrouiller les pistes. A l'opposé, certains soulignaient qu'il était plus grave de comprendre à moitié que de ne rien comprendre du tout : penser se comprendre alors que la réalité est tout autre, signifie risquer de faire des erreurs de diagnostic et donc de thérapeutique. La parole, surtout mal comprise, peut être parfois trompeuse et peut faussement orienter le médecin.

Interprète professionnel et idéal de traduction ?

La majorité des médecins interrogés ne se trouvent pas en difficulté par rapport à la présence d'un interprète familial et aux problèmes de confidentialité sous-jacents. Ils se trouvent déjà chanceux d'avoir quelqu'un pour les aider à comprendre la demande des patients.

L'interprète familial peut même être un atout. Il est un lien direct avec la vie quotidienne et familiale. Le message transmis par le médecin au cours de la consultation est traduit au patient, mais peut aussi lui être rappelé une fois la porte du cabinet passée quand il a été entendu et compris par un membre de la famille. La présence d'une personne de confiance est soulignée comme facteur de satisfaction pour les patients. [38]

En 2005, une étude en focus group faite aux États Unis s'est penchée sur les habitudes des médecins (spécialistes ou généralistes) pour remédier à la barrière de la langue. [43]

Le plus souvent ils utilisent eux aussi comme interprète un proche (famille ou ami). En second lieu, ils peuvent faire appel au personnel médical ou administratif ou alors à leur compétence linguistique personnelle, comme c'est aussi le cas des médecins avec lesquels nous nous sommes entretenus.
Le fait d'être bilingue, d'avoir du personnel ou des confrères qui le sont, peut conduire à sélectionner les patients qu'ils rencontrent. Un médecin que nous avons interrogé indiquait que, du fait qu'il était bilingue, il recevait beaucoup de patients du Nigéria anglophones. Un autre utilisait sa secrétaire russophone comme traductrice et recevait de ce fait un nombre important de patients de cette nationalité.

L'utilisation d'interprètes de l'entourage (du patient ou du médecin) a pour avantage sa gratuité et sa rapidité d'accès. Elle pose cependant à la fois le problème de la confidentialité et celui du manque de fiabilité de la traduction. Ce dernier point est soulevé à plusieurs reprises dans nos entretiens.
La présence du tiers interprète peut aussi mettre le patient dans une attitude de passivité. Quand il s'agit des enfants, il peut exister une certaine « dominance linguistique » qui fait perdre au parent un peu de son statut en matière d'autorité. [38]

La présence d'un tiers interprète non professionnel est surtout problématique dans la prise en charge des problèmes psychologiques ou psychiatriques. D'autant plus si l'interprète fait partie de la sphère familiale.
Dans ce contexte, et c'est indéniable, l'interprète professionnel a tout son intérêt. Si sa présence et la relation triadique (thérapeute-patient-interprète) qu'il impose est inhabituelle [44], il n'en est pas moins incontournable. Nous y reviendrons plus loin.

Comme nous l'avons vu, l'interprète professionnel semble être l'idéal de traduction dans certaines situations. Son rôle est quelquefois ambigu comme le montre une étude de 1997 réalisée en Suisse à Lausanne [45] dans 5 structures de soins aux migrants.
Si l'utilisation d'un interprète est passée du simple au double depuis la mise à disposition d'interprètes professionnels dans ces structures, leur rôle exact est difficile à définir.
De façon unanime, les soignants reconnaissent une certaine fiabilité de la traduction et la disparition des interférences des liens familiaux de l'interprète familial.
Tantôt les soignants souhaiteraient qu'il ne soit qu'un « outil » ou « instrument » traducteur cantonné au rôle strict de traduire les mots (avec neutralité, sans jugement, pratiquement mot pour mot), tantôt il semble préférable qu'il fasse part de ses connaissances culturelles pour éclairer la traduction, son rôle évoluant alors vers celui de médiateur.

Pour terminer en ce qui concerne la barrière de langue et le rôle des interprètes professionnels, il est intéressant de se tourner vers ces derniers et d'essayer de comprendre leur ressenti quant à leur travail.

Une étude suédoise s'est penchée sur le sujet. [46] Les interprètes interrogés se sentent exclus du système de soins primaire et mal acceptés par les soignants. Ils l'expliquent par le fait qu'ils proviennent de cultures différentes et que les consultations auxquelles ils participent sont demandeuses de plus de temps. Ils notent que leur présence peut faire obstacle à l'instauration de la relation médecin-malade, d'autant plus que souvent s'installe une relation interprète-malade du fait de leur appartenance à une culture commune.

Les interprètes insistent sur la difficulté de traduction. La traduction mot pour mot n'est pas toujours possible. Les patients utilisent par exemple un langage imagé pour décrire certains organes, ou les questionnements trop directs sont impossibles dans certaines cultures. L'interprète doit donc faire attention de transcrire subtilement pour favoriser l'échange le mieux possible. [47]
Ils relèvent le manque de connaissances des médecins en matière de différence culturelle. Ils regrettent le manque de temps de ces derniers avant ou après la consultation pour échanger entre médecin et interprète sur ce sujet.

Seuls deux des médecins que nous avons interrogés évoquent la nécessité d'un interprétariat professionnel en ville.
Il est possible que ceci soit encore une fois biaisé par le fait que les patients réorientés sont sélectionnés en fonction de leur autonomie probable en ville et notamment par leur capacité à se faire comprendre. Près de la moitié des patients sur lesquels les médecins ont été interrogés sont francophones. Pour les autres, le service reste vigilant à la possibilité pour le patient de se faire comprendre en ville (anglophone, proche traducteur…).

Les interprètes professionnels sont, malgré tout, reconnus comment étant un bon moyen de rompre cette barrière de la langue. La poursuite incessante de l'immigration et de l'arrivée de ces patients dans les cabinets libéraux devrait rendre utile l'accès à l'interprétariat professionnel. Il devrait être source ultérieure d'économies pour la collectivité en soins et en hospitalisations évitées grâce à une meilleure compréhension des problèmes et des solutions. [48,49] Pour des questions d'organisation, notamment de temps, il semble que l'interprétariat professionnel ne resterait qu'exceptionnel. Ce ressenti est conforté par le rapport d'activité de Migrations Santé Alsace de 2010. Cette association met depuis plusieurs années des interprètes professionnels à disposition des établissements de santé et des consultations à visée

sociale de la région Alsace pour aider à la prise en charge des patients migrants. En 2007, un projet a consisté à mettre en place l'accès à l'interprétariat en médecine de ville sur simple demande des médecins. En 2010, sur 15000 heures d'interprétariat réalisées, seules 560h l'ont été pour la médecine libérale (contre 9000 heures dans les hôpitaux et 4000 heures en dispositifs d'accueil et d'hébergement). Plus de 60 médecins ont sollicité les services de l'association. Les médecins psychiatres et les généralistes sont les deux premiers demandeurs avec respectivement 376 heures et 81 heures de traduction. On peut donc penser que les besoins d'interprétariat en médecine générale s'ils sont présents, restent effectivement ponctuels. [50]

5.2 Barrière culturelle

La barrière culturelle pose problème aux médecins au moins aussi souvent que la barrière de la langue elle-même.

Elle est plus souvent perçue lors de l'interrogatoire ou de l'explication du diagnostic alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'elle soit plus un obstacle au moment de l'examen clinique.

La barrière linguistique peut être effacée par la présence d'interprète. Elle est par définition absente lors des échanges avec les patients francophones ou anglophones à condition que le médecin le soit aussi. La barrière culturelle, elle, persiste au-delà des obstacles de la langue.

Si la réunion de réorientation du service permet de sélectionner les patients à réorienter, la barrière culturelle ne rentre pas à proprement parler dans les critères de sélection.

Cette notion de rencontre et de communication interculturelles ainsi que les incompréhensions qui en découlent ont été relevées plusieurs fois par les médecins interrogés.

Il s'agit d'une notion importante qui peut être masquée par les problèmes de communication en lien avec la barrière de la langue.
Il ne s'agit pas là d'un problème purement médical. Comme le précise Edmond Marc Lipianski, sociologue, il s'agit d'une difficulté en lien avec tout échange entre deux personnes de culture différente quel que soit le contexte (médical, milieu des affaires, rapport personnel…). [51]

Maîtriser la barrière linguistique est une condition nécessaire mais non suffisante à établir une communication et une relation correctes. Il faut savoir prendre en compte les codes non verbaux, intonatifs et rythmiques du langage d'une part, sa dimension corporelle d'autre part ainsi que les rituels d'interactions propres à chaque culture.

Plus que communiquer : entendre et comprendre les croyances

Du point de vue médical, comprendre la culture et les croyances de l'autre est indispensable à une bonne relation médecin-patient, améliore le diagnostic, l'adhésion du patient, et donc le soin.

L'approche transculturelle pose aussi un problème de traduction et d'interprétation, moins évident que la traduction des mots. Elle risque plus facilement de passer inaperçue et peut être source de malentendus ou d'incompréhensions dans les deux camps.

Elle ne consiste pas seulement à avoir des connaissances sur les différents stéréotypes culturels. Il faut même se méfier des catégorisations et de cette capacité à voir l'autre conforme à ses représentations et aux caractéristiques que l'on attribue aux ressortissants d'une même nationalité. [52]
Certes, les connaissances des stéréotypes peuvent être un point de départ, mais il faut surtout avoir conscience de l'existence d'autres cultures, d'autres façons de percevoir, d'expliquer les maladies et de les soigner. Il faut savoir se défaire de l'ethnocentrisme qui nous pousse à comparer l'autre à nos propres références culturelles et à privilégier, de manière plus ou moins consciente, les valeurs culturelles du groupe ethnique auquel on appartient.

Barrière culturelle et relation médecin-patient

Plusieurs médecins dans nos entretiens indiquaient qu'ils avaient des difficultés à établir une relation médecin-patient ou un lien de confiance et d'échange comme ils peuvent le faire avec un patient de même culture.

La barrière culturelle comme obstacle à la relation médecin-malade n'est pas une notion nouvelle puisqu'elle faisait déjà l'objet d'une étude datant de 1993 publiée dans la revue Canadian Family Physician. [53]
Si patients et médecins sont d'accord sur le fait que la connaissance réciproque de la culture entre en compte dans la relation, ils n'ont pas la même perception de son importance.
Les médecins insistent sur le fait qu'une meilleure connaissance de la culture et des habitudes de leur patient est indispensable à un meilleur diagnostic, à une meilleure prise en charge et à une meilleure observance. Les patients trouvent souvent ces questionnements trop intrusifs, voire déplacés et n'en comprennent pas ou mal le but.

Déjà, sans barrière culturelle ou linguistique, l'instauration de la relation médecin-patient rencontre différents obstacles. Elle doit se tisser entre deux personnalités différentes, entre deux environnements sociaux différents, entre deux histoires de vie différentes.

Dans certaines situations, la barrière de la langue infranchissable explique à elle seule cette difficulté ressentie par les médecins interrogés. Dans d'autres circonstances, c'est bien l'obstacle culturel qui est relevé et qui met en défaut les médecins.

Dans notre médecine, une place importante est faite à l'information claire du patient sur sa maladie et sur les traitements ainsi qu'à la décision partagée s'opposant à l'ancien paternalisme. Ce principe est à la base de la relation médecin-malade et peut se trouver fortement bousculé quand la barrière culturelle entre en jeu devant les représentations différentes de la maladie et de l'état de santé.
Lorsqu'il existe une barrière culturelle ou linguistique, les médecins ont souvent tendance à être plus directifs [37] laissant moins de place à la décision partagée. Ils l'expliquent soit par les difficultés à faire passer les informations, soit par la présence de préjugés qui peut être un frein à un échange impartial. Ainsi cet exemple d'une jeune femme africaine enceinte à qui un médecin n'a pas proposé le dépistage de la trisomie 21 sous prétexte que les informations

étaient difficiles à donner et que de toute façon elle refuserait une interruption médicale de grossesse. [37]

Barrière culturelle, religion et spiritualité

Les religions et les croyances spirituelles en matière de maladie font partie majeure des différences interculturelles. Il existe un lien entre la spiritualité et la capacité à faire face à un problème de santé mais aussi avec le bien-être psychologique. La religion a donc une action sur la santé dans bien des cultures.
Il faut essayer de prendre en compte les croyances des patients, qui peuvent être des alliés dans le soin ou au contraire être des obstacles (quand la maladie est fatalité et que rien ne peut la soigner).

Certaines maladies peuvent, dans certaines cultures, être stigmatisantes et honteuses. De ce fait, le patient risque de rejeter le diagnostic et donc de ne pas adhérer au traitement.
Pour certains patients il est difficile d'avouer des croyances dans des maladies dues au mauvais œil ou aux esprits. Ils préfèrent se taire plutôt que d'avouer leur croyance qu'ils trouvent honteuse dans des pays qu'ils perçoivent comme des pays où la médecine est « High Tech ». [54]

Il est nécessaire de s'enquérir du ressenti du patient à l'annonce d'une maladie (qu'elle soit aiguë ou chronique, bénigne ou plus grave), de sa connaissance sur la maladie, de son origine (cause spirituelle ?) et de sa signification.

Ahmed Rahal, ethnologue et enseignant chercheur à l'université de Tunis, a publié dans la revue La Santé de l'Homme [55] un article sur le rôle des « djnns » dans les pays du Maghreb.
Dans la tradition arabo-musulmane, la maladie est envisagée comme une action malveillante et préméditée par une entité spirituelle (ancêtre, divinité, djinn). Elle est le résultat d'un désordre au niveau des liens avec l'univers du sacré. C'est lui que le rituel thérapeutique s'emploie à neutraliser, « à traiter » par les procédés appropriés (cérémonies avec récitations coraniques, offrandes, sacrifices…).
Il existe aussi une notion de maladie sanction et de « mektoub » ou destin fixé par Dieu au Maroc qui rend difficile le suivi des recommandations des médecins. La maladie est perçue comme une sanction divine. [56]

La démarche biomédicale peut traiter les causes objectives. La médecine traditionnelle s'attache à traiter l'événement dans sa dimension sociale et religieuse. Les deux sont nécessaires et indispensables au sentiment de guérison du patient.
L'anthropologue français, Éric de Rosny [57] écrit que, pour les médecins traditionnels d'Afrique centrale (« nganga »), le traitement passe par la prise en charge globale du patient. Certes, les écorces ou autres herbes médicinales sont utilisées mais ils attachent une importance secondaire à ces traitements organiques. La guérison passe plus par le « rétablissement de l'harmonie dans l'univers tout entier perturbé du malade ». Le traitement est « cosmo-socio-psycho-thérapeutique ».

Barrière culturelle et prévention

Les représentations symboliques des maladies et la religion sont aussi des freins au dépistage et à la prévention.

En matière de prévention, la démonstration n'est plus à faire que le rôle du médecin traitant est primordial.

Or, 39% des médecins interrogés n'ont pas abordé la question avec le patient. On peut essayer d'expliquer ce taux important.

En premier lieu le manque de temps peut être avancé. Le critère temps est important pour transmettre les messages de prévention d'autant plus pour des patients parlant et comprenant mal le français et en cas de présence d'un tiers interprète.

De plus, les patients ayant été réorientés récemment (en 2011 pour la plupart), le médecin n'a peut-être pas eu encore l'occasion de se pencher sur la question de la prévention.

On peut aussi penser que, comme le signale Marie Tellier dans son travail de thèse sur les difficultés de prise en charge de la précarité en médecine générale, [27] certains médecins pensent cette démarche vouée à l'échec. Ces patients vivent dans le présent et dans l'urgence. En l'absence de maladie ressentie ils ne pratiqueront pas les examens demandés. Les médecins omettent donc volontairement cette question.
Mais c'est probablement la barrière culturelle qui est la plus en cause notamment pour le dépistage des cancers génitaux ou pelviens. Deux travaux réalisés en 2005 et 2007[28,42] par la sociologue Anne Guillou montraient toute la difficulté de réaliser ces actes préventifs chez les patients migrants rennais.

L'auteur l'expliquait par une croyance religieuse à la prédestination notamment chez les patients africains, par les représentations différentes du corps et des maladies (représentation de la féminité et de la masculinité ou du propre et du sale) et la peur de se voir découvrir une maladie. Elle citait l'exemple de cette femme algérienne qui jugeait le dépistage du cancer du col de l'utérus complètement inapproprié car elle n'avait plus de rapport sexuel depuis plusieurs années avec son mari, faisait le ramadan et se considérait donc « comme propre ».

Ceci était à nuancer avec un vécu de la relation médecin-malade très souvent positif. Les patients reconnaissaient une grande fidélité à leur médecin traitant et une grande confiance dans les compétences de ce dernier.
En extrapolant, on peut donc penser que les médecins pourraient ainsi peut-être « jouer » de cette confiance pour faire passer les messages ou pratiquer les actes de prévention nécessaires.

On peut noter que l'activité de dépistage des cancers des parties sexuelles n'est pas seulement un problème de barrière culturelle. Une enquête de l'INPES auprès de 2000 médecins généralistes en juin 2011 montrait qu'elle reste une activité de dépistage plus compliquée que les autres. [58] Si en majorité les médecins interrogés estimaient que la prévention relevait de leur rôle et de leurs compétences, seuls 58 % abordaient facilement avec leur patient les questions relatives à la vie affective et sexuelle (contre 96% pour les risques cardio-vasculaires et 89% pour la problématique du tabac qui sont des thèmes plus médiatiques et moins tabous).

Les médecins interrogés pour ce travail, s'ils se trouvent souvent impuissants dans ce domaine, louent les actions des médias et les politiques de dépistage de masse sur lesquelles ils peuvent s'appuyer.

Barrière culturelle et éducation thérapeutique

Les pathologies somatiques, nous l'avons vu, posent peu de problèmes de prise en charge en médecine de ville hormis celles qui nécessitent une éducation thérapeutique importante.
Ces dernières ne sont d'ailleurs pas, remarquons le, des pathologies spécifiques des migrants. Nous aborderons l'exemple du diabète puisqu'il a été longuement évoqué lors d'un de nos entretiens. Ce n'est pas, dans ce cas, la pathologie qui pose problème et, plus que la barrière de la langue, c'est la barrière culturelle qui est à franchir pour éduquer les patients.

La diététique et les habitudes alimentaires restent un problème majeur d'éducation des patients migrants. Il est difficile de demander à une personne qui vient d'être déracinée de modifier ses habitudes alimentaires qui sont parfois le seul lien qui lui reste avec le pays et son identité culturelle. [59]
Prenons l'exemple des habitudes alimentaires des migrants originaires d'Afrique sub-saharienne. Il est habituel de se retrouver le soir autour d'un repas copieux fait d'un plat unique à base de féculents, de sauce et avec, si les moyens le permettent, de la viande ou du poisson. Le petit déjeuner et le déjeuner sont quasiment inexistants dans leur pays ou tendent à s'occidentaliser [60] dans les grandes villes (ou en arrivant en France). Il semble difficile dans ce cas de faire changer toutes les habitudes d'une famille pour remédier au problème de diabète du père qui ne se sent pas lui-même malade. [61]

Faire passer les règles hygiéno-diététiques de façon individuelle est difficile et soulève nombre de questions. Doit-on transmettre les messages les plus simples dans un souci de compréhension ou au contraire chercher à approfondir les habitudes alimentaires des patients et les rectifier? Rappelons que pour ces pathologies, l'interprète familial, lien direct avec la vie familiale et quotidienne, peut être facilitateur dans la prise en charge. [38]

La prévention pourrait passer par des réunions de groupe, avec un interprète professionnel comme cela se fait déjà dans le centre de soins du COMEDE où il existe une consultation d'éducation thérapeutique en langues étrangères (10 langues). [62] Les patients atteints de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, asthme) souvent récemment découvertes sont invités à se présenter à des séances collectives de sensibilisation et d'éducation initiale.
Cette méthode de séances collectives est aussi utilisée par les diététiciennes du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis [63] à Paris qui réunissent les patients en fonction de leur mode alimentaire. Le but est de comprendre les croyances, les connaissances, les représentations des patients à l'aide de supports interactifs (il leur est par exemple demandé de « dessiner leur diabète » sur une silhouette).

La PASS de Nantes s'inscrit dans ces démarches de prévention dans le domaine de la nutrition.

En 2010, une matinée d'éducation à la santé a été faite sur les terrains roms avec pour thème l'alimentation. Les retours des femmes invitées ont été très positifs et les habitudes alimentaires de cette population mieux cernées par les soignants. Il semble donc que ce type de pratique préventive en réunions collectives soit une option tout à fait intéressante sur laquelle pourraient et souhaiteraient s'appuyer les médecins libéraux. [38]
Reste à savoir comment et par qui les mettre en œuvre.

Conclusion sur la barrière culturelle et sur la barrière de la langue

Si la barrière culturelle est présente, les résultats de notre étude montrent qu'elle n'est pas omniprésente et qu'elle n'est surtout pas prédominante là où on pourrait s'y attendre. Elle pose cependant question puisque un médecin relève la nécessité d'avoir une formation à ce sujet. Si les connaissances sur les différentes cultures sont nécessaires à une meilleure approche, il faut rester cependant prudent et ne pas tomber dans la stigmatisation. Il est certain que l'interaction patient-médecin est faite de préjugés, plus encore quand il s'agit d'une interaction entre deux cultures.

Il est important de noter que ces préjugés vont dans les deux sens. Ainsi une étude américaine [64] fait part du fait que les minorités sont plus nombreuses à se plaindre de la communication avec leur médecin. Les hispaniques, les noirs américains et les asiatiques sont plus nombreux que les blancs à dire que leur médecin n'écoute pas tout ce qu'ils ont à dire. Ils se sentent plus jugés que les blancs quant à leur mode de vie notamment et sont plus nombreux à affirmer que les soins seraient meilleurs s'ils parlaient anglais.
Ces résultats surprenants confirment s'il en était besoin que les patients ont aussi des préjugés et sur leur médecin et sur le système de soin qui leur est proposé.

Près du quart des médecins interrogés ne cernent pas toujours la demande de leur patient. La barrière linguistique, la barrière culturelle, les représentations des maladies, le mode de présentation des symptômes ou de certaines maladies notamment psychologiques y sont pour beaucoup.

La barrière de la langue et la barrière culturelle sont des éléments clés de la communication.
La barrière linguistique est indispensable à franchir car elle augmente encore la barrière culturelle : comment un médecin peut-il essayer de comprendre et de se faire expliquer les représentations de son patient quand tous les deux s'expriment dans des langues différentes et comprennent mal le discours de l'autre ?
Les médecins interrogés semblent autant en difficulté avec cette différence culturelle qu'avec la barrière de la langue. Cette dernière est réduite par les critères de réorientation des patients comme souligné à plusieurs reprises.
Cependant la barrière culturelle peut difficilement être considérée comme un frein à la réorientation de ces patients vers la ville. Si le soin interculturel peut faire l'objet bien évidemment de formations spécialisées c'est surtout la pratique et l'expérience qui permettent de mieux gérer cette approche.

Les consultations « ethnospécialisées » sont intéressantes dans des situations compliquées. Elles ne peuvent et ne doivent cependant pas être généralisées. [65] Cela laisserait supposer que le comportement des migrants face à leur maladie est médié par leur spécificité culturelle et uniquement par elle. Or c'est loin d'être le cas. Les autres déterminants socio-économiques entrent aussi en ligne de compte. Peut-être plus que le développement des ces consultations spécialisées, il serait intéressant que les médecins puissent acquérir des compétences transculturelles, c'est-à-dire une capacité à percevoir et à comprendre les individus dans leur monde vécu, à intégrer leurs influences et leurs préjugés propres, à éviter la culturalisation et les stéréotypies. [66]

5.3 Pathologies des migrants et difficultés de prise en charge des souffrances psychologiques

Les pathologies somatiques posent en pratique peu de problèmes aux médecins que nous avons interrogés, hormis celles nécessitant une éducation thérapeutique importante.

Deux explications peuvent être avancées. D'une part parce que la prise en charge est réalisée en totalité ou débutée dans le service quand la pathologie est connue (avec dans ce cas une orientation vers les spécialistes adaptés).
D'autre part parce que les médecins peuvent adresser sans trop de difficultés les patients à des confrères spécialistes quand ils en ont besoin.

Là où le problème est majeur c'est pour les troubles psychiques (psychiatriques ou psychologiques). Les barrières de la langue et culturelle demandent dans ce cas d'être surmontées afin de proposer la prise en charge la plus adéquate au patient.
Les médecins pointent du doigt les pathologies psycho-somatiques à l'interface entre maladie somatique et désordre psychologique.

La migration et la répercussion sur la santé mentale

Le parcours des migrants, notamment des demandeurs d'asile, est à risque pour la santé mentale.

Valérie Colin, psychologue, et Christian Laval, sociologue, dans leur rapport de 2005 sur la santé mentale des demandeurs d'asile en Rhône-Alpes parlent de « boîte noire » pour définir tout ce qui a pu faire traumatisme dans l'expérience du migrant. [67]

Avant le départ du pays d'origine, la moitié des demandeurs d'asile ont eu à subir des violences et un quart présentent des séquelles traumatiques. Si la plupart du temps les conséquences physiques de ces traumatismes sont mineures, ce sont-elles qui sont mises en avant par le demandeur d'asile et ce sont-elles qui font preuve en matière de certificat médical.
Pourtant, la torture ne se réduit pas à l'agression physique. Elle est un processus de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle (mépris, accusation, menace, humiliation, mise à nu, manque d'hygiène…) parfois inaccessible à la preuve et ne peut se faire savoir qu'avec un récit.

L'exil en lui-même est un traumatisme. Il est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle ainsi que des repères culturels et affectifs. C'est un deuil multiple : celui de la « terre mère » suite à un déplacement contraint, parfois aggravé par la disparition des proches (quelquefois perdus dans la fuite brutale de l'exil).

A cette épreuve de l'exil se greffe un « parcours du combattant » pour les demandeurs d'asile dans leur démarche d'obtention du statut de réfugié.
Le dépôt de dossier nécessite de raconter son histoire et les conditions de ce départ. Puis vient l'attente de la réponse. Cette période angoissante d'incertitude sur l'avenir peut faire raviver des stress dus à l'exil.

A ces traumatismes s'ajoutent ceux en terre d'accueil (exclusion, rejet de la demande d'asile, logement instable).

Le parcours des patients migrants est donc à risque pour la santé mentale. Il est fait de zones de fragilisation (tortures, exil, accueil précaire) qui font appel aux capacités de protection de chaque individu qui, si elles sont dépassées, donnent naissance à des troubles psychiques.

Les particularités de la pathologie psychique des migrants. [68]

Les symptômes post-traumatiques ne sont pas spécifiques :

- douleurs fréquentes : céphalées, douleurs abdominales, thoraciques, lombaires parfois attribuées aux sévices subis,
- perturbations diverses et inquiétantes telles que des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, de l'appétit ou de la sexualité, le manque de volonté, l'apathie, ou encore les insomnies,
- angoisses (qui se traduisent souvent par une peur « sans raison »).

La névrose traumatique ou état de stress post-traumatique (ESPT)
Différents symptômes apparaissent après un temps de latence, lorsque le patient se sent en sécurité :

- le syndrome de répétition: la victime revit le traumatisme par des pensées, des images ou des sensations physiques avec parfois des facteurs déclenchants (porte qui claque, cri d'enfant, militaires en uniforme …). Les cauchemars font partie de ce syndrome. Le syndrome peut s'estomper de lui-même.
- les autres troubles, moins spécifiques, peuvent au contraire s'enkyster. Ils appartiennent aux névroses (hystériques, phobiques, obsessionnelles) et se manifestent sous forme de crises d'angoisse, d'agitation, de syndromes de conversion ou psychosomatiques.

Dépister les souffrances psychologiques

La période d'arrivée en France avec toute son instabilité est une période vulnérable pour le bien-être mental. Cette souffrance psychologique liée à la migration, si elle existe, est très souvent sous-évaluée à l'arrivée pour différentes raisons.
Les migrants initialement pris dans le tourbillon administratif peuvent occulter cette souffrance. Le demandeur d'asile est dans un régime de survie et de mise à l'abri qui induit une forme d'écrasement de la vie psychique.
Les modes d'expression de la souffrance psychique diffèrent d'une culture à l'autre, ce qui peut poser des problèmes de « repérage ». Ce d'autant plus que les visites médicales ne sont peut-être pas adaptées à la prise en charge de ce type de pathologie. C'est ce que met en avant le Docteur Marc Wluczka, spécialiste en santé publique et médecin chef de l'ANAEM, dans différents rapports.

La visite médicale de l'ANAEM des primo arrivants est obligatoire pour tout étranger, titulaire pour la première fois d'un titre de séjour, venant en France pour plus de 3 mois. Si les pathologies somatiques (hypertension artérielle, diabète, obésité, paludisme, tuberculose, addiction…) sont efficacement dépistées, il déplore la sous-évaluation probable des pathologies mentales. [69]

Il faut rappeler que les migrants rentrant dans les CADA et donc pris en charge par le dispositif DNA relèvent d'une procédure différente. A leur entrée et à leur sortie de CADA ils participent à une autre visite médicale. Dans différents rapports sur la santé des demandeurs d'asile en CADA entre 2004 et 2007, [70,71,72] le Docteur Wluczka fait le même constat d'une probable sous-évaluation des troubles psycho-traumatiques. Par exemple, en 2006 la prévalence des pathologies mentales est de 1,2% à l'entrée dans le dispositif DNA contre 0,3% à la sortie, ce qui semble relativement faible.
Les hypothèses avancées par l'auteur, pour expliquer cette sous-évaluation, seraient d'un part les difficultés d'accès à ce type de pathologie et d'autre part l'absence d'outil de dépistage adapté.

Si on prend le temps de la dépister, la souffrance mentale est pourtant bien présente.
Le centre de santé du COMEDE accueille chaque année 5000 réfugiés (demandeurs d'asile et autres étrangers en situation précaire), dont 3500 nouveaux patients récemment arrivés en France et propose de pratiquer un bilan de santé. [73] Entre 2001 et 2007, la prévalence des psycho-traumatismes a été évaluée à 61 pour 1000, bien plus que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires (respectivement 29 et 42 pour 1000). Ils prennent le plus souvent la forme de névrose traumatique dans un contexte de violences.
Ils sont fréquents parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Afrique du Nord, ainsi que de Guinée Conakry, de Russie, de Tchétchénie et de Sierra Leone.

Prendre en charge la souffrance psychologique

Cette souffrance psychologique est donc souvent sous-évaluée au départ. Une fois les problèmes somatiques pris en charge et les démarches administratives engagées, cette souffrance surgit de manière plus ou moins bruyante en posant des problèmes par la suite aux médecins généralistes comme nous l'avons constaté.

Elle peut se présenter sous différentes formes dont la plus connue est l'ESPT. Mais il ne faut pas réduire la souffrance psychologique des migrants à cette seule présentation. [74] La dépression en est, par exemple, une autre. Par ailleurs, les patients peuvent avoir tendance à occulter ce passé douloureux et peuvent présenter pendant des années des symptômes somatiques variés dont l'origine est une souffrance psychologique. [75]

La barrière culturelle, les modes de présentation différents des troubles de la santé mentale, mais surtout l'interprétation variable des symptômes et des causes selon les cultures sont autant de difficultés à la prise en charge de ces patients.

Par exemple, Éric de Rosny [56] explique que les transes provoquées par les ancêtres en Afrique ne sont pas considérées comme des maladies par un « nganga » mais seront interprétées comme une manifestation d'hystérie par des psychiatres. A l'opposé, la malchance n'est pas du ressort de l'hôpital et des thérapies scientifiques mais elle est dûment prise en charge et soignée au village par les thérapeutes traditionnels.
Tobie Nathan dans son « Manifeste pour une psychopathologie scientifique » explique qu'en Afrique (dans les sociétés à univers multiples, où le mode est peuplé d'humains et de non humains), les troubles de la santé mentale sont attribués à des désordres en lien avec une intervention de « l'invisible » (divinités, esprits, actes de sorcellerie…). [76] La maladie n'est pas un dysfonctionnement « interne au malade » mais elle est le résultat d'une atteinte externe.

Le travail du thérapeute, du malade et de son entourage consiste à s'interroger sur l'intention de cet invisible afin de donner la réponse adéquate (offrandes, fabrication d'une amulette, prières, repenti d'un sorcier de l'entourage…).

Analyser les plaintes et les symptômes des patients en fonction de leur culture, de leur religion et de leur histoire de vie pour répondre au mieux à leur demande, c'est le rôle de l'ethnopsychiatrie et de la médecine transculturelle.

A l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, en 1993 il a été créé une association de médecine transculturelle [77] à l'initiative du Dr Mestre (médecin anthropologue et psychothérapeute). Cette association travaille en collaboration étroite avec les professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Elle intervient à leur demande surtout auprès des patients migrants.
Une approche transculturelle peut être proposée quand une personne a besoin d'une psychothérapie et ne maîtrise pas suffisamment le français ou quand les manifestations de sa souffrance nécessitent un détour par ses représentations culturelles et la compréhension de son trajet migratoire. [78] L'association accueille aussi des personnes victimes de tortures et leur propose des soins de psychothérapie et des médiations artistiques (atelier peinture, atelier conte pour adultes, art thérapie, danse…).

Dans le même esprit, à La Roche sur Yon, il y a 4 ans une structure de soins psychiques transculturels a été mise en place. Le Docteur Tregouet, médecin généraliste, a participé à sa création en collaboration avec deux militantes de l'association ACTIF (Accompagnement Conseil pour Tous les Immigrés et leur Famille).
Dans son mémoire de diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle, elle raconte comment et pourquoi celle-ci a pu voir le jour. [79]
Elle relate au fil des exemples comment l'arrivée de demandeurs d'asile en grand nombre, au début des années 2000, a bousculé le travail au cabinet et soulevé de nombreux questionnements sur la représentation de la maladie (notamment les troubles de la santé mentale) en fonction des cultures. Dans ce dispositif le patient est accueilli par un thérapeute principal professionnel (psychologue, psychiatre), un interprète et des cothérapeutes formés à la médecine transculturelle (médecins généralistes, assistantes sociales, orthophonistes).

Ce type de structure était très plébiscité par les médecins généralistes nantais [39] rencontrés en 2012 par Anissa Douja pour son travail de thèse. Elle a interrogé les médecins sur les difficultés et leurs attentes en matière de prise en charge de la dépression chez les patients migrants. Sans surprise, les barrières de la langue et culturelle sont relevées comme principaux obstacles. Les modes d'expression différents de la dépression (notamment les plaintes somatiques et multiples) qui peuvent faire passer à côté du diagnostic et la difficulté d'acceptation de la maladie psychiatrique qui est « taboue » sont maintes fois signalés.
Ils mettent en avant, à juste titre, l'inadaptation du système de soins avec l'impossibilité de trouver des spécialistes parlant la langue maternelle du patient ou le manque de structures adaptées à la prise en charge de ces patients. Le caractère financier et la non prise en charge des psychologues par l'assurance maladie sont aussi décriés.

A Nantes, les dispositifs de prise en charge psychiatrique par l'intermédiaire des CMP sont débordés. Il n'existe pas de structure dédiée à la santé mentale des migrants.

Une consultation de médecine transculturelle à Médecins du Monde est ouverte sur rendez-vous quatre demi-journées par semaine. Elle est réalisée par des psychologues et orientée sur la prise en charge des psycho-traumatismes. [80]

La PASS de Nantes travaille avec une Équipe de Liaison Psychiatrie-Précarité (ELPP) qui ne peut malheureusement pas répondre à toutes les demandes.

Une PASS psychiatrique a été créée en janvier 2012 pour répondre aux demandes les plus urgentes. Un psychologue et un psychiatre reçoivent les patients sur demande des médecins de la PASS. Lors de la première consultation, le patient rencontre à la fois le psychiatre et la psychologue. Le suivi se fait par l'un ou par l'autre en fonction de la pathologie. Cette structure permet le dépistage et la prise en charge précoce des psycho-traumatismes en lien avec la migration et l'initiation d'un suivi spécialisé sur le long cours si nécessaire.

En réponse à la complexité de la prise en charge des troubles de la santé mentale et aux difficultés que cela peut poser aux médecins généralistes, il semble que le développement de consultations d'ethnopsychiatrie soit une solution adaptée.

5.4 Refus de soins

Les médecins interrogés ne sont pas ou peu inquiétés par cette problématique pourtant souvent soulevée dans la littérature. Il semble qu'ils arrivent facilement à orienter les patients vers des spécialistes quand cela devient nécessaire.

Refuser d'accorder un rendez-vous à un patient est une pratique illégale et non déontologique. En théorie, tous les praticiens sont tenus de recevoir les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et d'appliquer les tarifs de base de la sécurité sociale. La réalité est bien souvent différente et de nombreuses études prouvent que ces patients se heurtent à des refus de soins.

Deux études viennent illustrer ces propos et ont révélé au grand jour ce qui n'était jusqu'ici que soupçonné.

Une étude de l'IRDES en 2006 a été réalisée dans 6 villes du Val de Marne [81], sous forme de testing téléphonique. Un refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU a été noté pour 41% des spécialistes contactés, 50% des psychiatres et 39% des dentistes.

Les conclusions de cette enquête réalisée uniquement dans un seul département ne peuvent évidemment pas être généralisées, cependant elles posent question.

La même année, une enquête de Médecins du Monde auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France montre que 37% des médecins refusent l'AME et 10% la CMU. Ce refus est deux fois plus fréquent chez les médecins installés en secteur 2. [82]

Nous nous sommes interrogés sur la quasi absence de refus de soins signalée par les généralistes interrogés. Même en élargissant à l'ensemble des patients réorientés qu'ils prenaient en charge, très peu ont cité cette difficulté.
Compte tenu des données de la littérature ci-dessus, cela peut paraître surprenant. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées.

L'une, un peu utopiste, est que ces études datent de plus de 6 ans et ont peut-être fait avancer les mentalités et les opinions envers la prise en charge de ces patients. Le rapport Chadelat de 2006 puis la loi HSPT de 2009 [83] introduisent d'ailleurs dans le Code de Santé Publique la possibilité de sanctionner le refus de soins (sous réserve que les victimes d'un refus de soins illégitime saisissent la CPAM ou le conseil de l'ordre concerné).

D'autre part, les médecins interrogés prennent en charge pour la plupart plusieurs patients réorientés de la PASS. On peut penser qu'ils ont donc l'habitude de « gérer » ce type de patients. Une autre hypothèse pourrait être la suivante: se méfiant ou ayant déjà fait l'expérience de ce type de déconvenue, ils adressent leurs patients à des confrères qu'ils connaissent comme recevant les bénéficiaires de l'AME et de la CMU. Un médecin a même utilisé le terme de « réseau » : il s'est créé son propre réseau de confrères spécialistes.

Par ailleurs, un biais de cette étude réside dans le fait que les médecins sont presque tous situés à Nantes et dans sa périphérie avec un accès facile et proche au CHU et à ses

spécialistes. L'orientation vers le CHU est fréquente soit parce que le suivi initial instauré par la PASS a été fait là-bas soit par peur d'un refus de soins.
Pour finir, il faut garder en mémoire que notre échantillon est petit et on ne peut donc pas élargir nos conclusions à l'ensemble des médecins de Nantes et de sa périphérie, encore moins à l'ensemble des médecins du département.

Le refus de soins reste rare. Certains médecins se sont interrogés sur les réponses des spécialistes à leur demande concernant ces patients.
Un médecin notait que, à plusieurs reprises, des spécialistes ont répondu « à côté de la plaque » ou en tous cas ne l'ont pas aidé à résoudre le problème pour lequel il les avait sollicités. Il a donc soulevé là une certaine forme de refus de soins par la discrimination.

Les études menées en 2005 et 2007 [28,42] par la sociologue Anne Guillou sur les migrants rennais soulèvent ce sujet. Un médecin interrogé a rencontré à plusieurs reprises des difficultés à obtenir un rendez-vous chez une gynécologue pour une de ses patientes et l'a donc « soupçonnée » d'éviter les patients migrants.
Du côté des patients migrants interrogés pour ce travail, près d'un tiers décrit des épisodes où ils se sont sentis discriminés. Les discriminations peuvent être de différents types notamment le mépris ou ethnicisation.
L'ethnicisation n'est pas toujours une intention hostile mais elle consiste à ramener systématiquement le patient à son origine ethnique considérée comme centrale et explicative de toutes les autres dimensions de la relation thérapeutique. Dans son travail, Anne Guillou citait l'exemple d'une jeune femme burkinabée. Présentant des saignements un mois après un curetage pour une fausse couche, la patiente, pensant avoir une infection, a reconsulté sa gynécologue. Elle s'est entendue dire qu'en France les médecins soignaient bien et que les femmes ne perdaient pas leur utérus après un curetage comme en Afrique. Elle commentait : « ça me faisait très mal car ce n'est pas l'Afrique qui est devant elle, c'était moi ».

Il ne s'agit là peut-être que d'un exemple isolé.
Cependant la discrimination existe même dans le domaine de la santé et même de la part des soignants. La discrimination, si elle n'est pas réellement refus de soins, est refus de soigner de façon égalitaire. Elle est surtout complètement en désaccord avec le serment d'Hippocrate, qui nous engage à pratiquer la médecine en respectant « toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination ».

Retournant la situation, un médecin nous a interpellés sur le racisme « à l'envers », celui des migrants et des personnes étrangères envers les français et les médecins français. Aucune donnée de la littérature ne nous a permis d'éclaircir ce sujet.

5.5 Nomadisme

Les médecins ne signalent pas un problème manifeste de nomadisme. Il s'agit probablement là aussi d'un biais compte tenu de l'importance d'un lieu d'habitation fixe dans les critères de réorientation, condition indispensable et nécessaire à un suivi en ville cohérent.
Si dans la littérature ce problème est signalé, c'est souvent en lien avec l'instabilité sociale. Une fois les migrants stabilisés et la relation établie avec le médecin, les médecins évoquent plutôt une tendance à la fidélité de la part des patients étrangers. C'est en tout cas ce que décrivent les médecins interrogés sur la prise en charge des patients diabétiques d'origine maghrébine. [38] Pour certains issus de la première vague de migration, le même médecin les suit depuis leur arrivée en France. Cette notion de médecin de famille qui les connaît bien semble importante.
On peut donc penser par extrapolation que les primo arrivants font de même une fois qu'ils sont établis.

Un médecin interrogé se posait la question d'un éventuel nomadisme compte tenu de la présence d'enfants en bas âge qu'il ne voyait pas. Notre travail lui a permis d'en prendre conscience.

5.6 Observance thérapeutique

Elle pose problème à près de 1 médecin sur 3 dans notre travail.
On peut penser que ce chiffre est même sous-estimé. Il est difficile de se rendre compte de l'observance thérapeutique des patients qui consultent pour des pathologies aiguës ou qui consultent peu souvent.
La majorité des patients qui posent ce problème sont des patients ayant des pathologies chroniques qui demandent un suivi et des consultations régulières. L'absence de renouvellement en temps et en heure amène le médecin à s'interroger sur l'observance.

Dans son travail de thèse en 2005, [14] Céline Boché notait que, si près de 40% des patients réorientés s'estimaient porteur d'une pathologie chronique, seuls 60% d'entre eux allaient voir leur médecin au moins une fois par trimestre. On peut penser que le renouvellement se faisant pour la majorité de manière trimestrielle, l'observance doit être mauvaise.
Comme explicité précédemment, la santé ne fait pas toujours partie des priorités pour ces patients au présent compliqué et à l'avenir incertain.

Les patients porteurs de pathologies chroniques sans retentissement aigu ont des difficultés à se rendre compte de leur maladie. Tant que le patient ne s'est pas attribué sa maladie, qu'il n'a pas compris les enjeux du traitement, l'observance correcte est impossible. Cela est encore plus difficile quand la maladie est silencieuse (diabète [38], hypertension) ou culturellement « taboue ». [39] L'amélioration de l'observance passe par la compréhension de la maladie et donc par l'éducation des patients. Une éducation efficace, passe, nous l'avons vu, par une approche transculturelle.

6. Investissement du médecin

6.1 Des prises en charge chronophages ?

Les réponses sont partagées et de façon simplifiée deux types de prise en charge se dessinent.

D'un côté les médecins pour qui la prise en charge de ces patients est plus chronophage et demande quelquefois des modifications d'organisation (majoration du temps prévu pour la consultation, passage en fin de consultation). Ils sont majoritaires.

Ce temps accordé en plus s'explique de différentes façons. D'une part les barrières de la langue et culturelle qui à elles seules demandent un investissement en temps important. Tous les moyens de traduction, quels qu'ils soient, présentent l'inconvénient d'une durée plus longue de la consultation.
Les difficultés sociales et personnelles avec souvent le retentissement psychologique et les pathologies chroniques à éduquer sont chronophages.
Pour certains, cette problématique du temps a été notée seulement en début de prise en charge en lien avec une éducation du patient à la médecine de ville (arrivée à l'heure au rendez-vous, prise de rendez-vous, consultation à plusieurs…).

Globalement, les médecins interrogés s'accommodent de cela surtout quand il existe une compliance du patient. C'est plus difficile quand le patient ne se présente pas à son rendez-vous comme l'explique ce médecin qui bloque systématiquement 30 minutes pour recevoir une patiente qui n'honore presque jamais ses rendez-vous.
Certains n'hésitent pas à avouer que si cette adaptation est possible pour quelques patients, cela ne peut être leur lot quotidien. La prise en charge des patients migrants en situation de précarité est chronophage mais ils ne constituent qu'une partie infime de leur patientèle.
Ils peuvent donc s'adapter tant que cela reste exceptionnel.

Apparaît ici la problématique de réorientation des patients vers le médecin de leur choix. Le libre choix du médecin dans le système de santé français a voulu être perpétué par la PASS lors de la réorientation. Mais des médecins se trouvent « envahis» par les patients migrants de même nationalité par le « bouche à oreille » et certains le déplorent.

De l'autre côté se situent les médecins qui ne font pas de différence entre ces patients et les autres. La durée de la consultation n'excède pas la durée qu'ils accordent aux autres patients. Elle peut se prolonger mais comme pour tout patient en fonction du problème à traiter.
Par souci d'équité et peut-être aussi par contrainte horaire, les médecins ne peuvent accorder plus de temps à ces patients. De plus ces patients même accompagnés d'un interprète familial ont tendance peut-être à poser moins de questions. Le médecin, devant les difficultés à donner les explications, peut être plus directif ou faire passer simplement l'essentiel. [37]

6.2 Ressenti des médecins et insatisfaction

De manière surprenante, les médecins se sentent plus souvent insatisfaits de la prise en charge qu'ils peuvent offrir au patient, qu'ils ne ressentent leur patient insatisfait. Rares sont les médecins qui sentent leur patient insatisfait sans l'être eux-mêmes.

Il est difficile d'interpréter ces résultats et notre étude quantitative présente là des limites. Il semblerait intéressant de pouvoir pousser plus loin dans ce ressenti de la part des médecins.

On peut émettre des hypothèses sur des impressions générales ressenties lors des entretiens et en s'appuyant sur des références bibliographiques.

La barrière de la langue, la barrière culturelle et l'incompréhension de la demande du patient qui peut en découler, peuvent expliquer ce ressenti. L'absence de formation à l'approche transculturelle peut être une explication à ce souci de compréhension.

Les difficultés de suivi des patients chroniques et les efforts d'éducation qui ne trouvent aucun écho font naître une sensation de lassitude et de frustration. [38] C'est par exemple le cas des conseils diététiques, dans la prise en charge d'un patient diabétique, qu'un médecin indique « voués à l'échec ».

La multitude de problèmes à résoudre chez ces patients en situation de grande précarité peut décourager le médecin. [27]
Le sentiment d'isolement peut expliquer ce ressenti d'insatisfaction. Il est relevé par un médecin sur 3 mais ne s'explique pas par les refus de soins ou l'impossibilité d'orienter le patient vers les spécialistes adaptés.

L'isolement social de certains de ces patients sur lequel le médecin ne sait agir, les histoires de vie difficiles et la misère ne peuvent pas laisser le médecin, en tant qu'être humain, indifférent à cette situation.
Le retentissement psychologique de la situation sociale de ces patients et les difficultés de réponses sont sans doute pour beaucoup dans ce sentiment d'insatisfaction. En témoignent ces termes employés par les médecins lors de nos entretiens : « démuni » ou « impuissant ».

Mais ont-ils vraiment à être insatisfaits de leur prise en charge ? Que sont réellement venus chercher les patients en consultation ?
Un travail de thèse sur les attentes des patients venus consulter à la PASS de Lille ou dans le centre de soins de Médecins Solidarité Lille a été réalisé en 2011 par Alice Mathieu. [84] Les patients attendaient certes une réponse médicale à leur problème de santé mais aussi une écoute, un soutien et un encouragement de la part du médecin. Le fait de s'intéresser au ressenti, à l'histoire du patient et à une éventuelle souffrance psychologique, même sans réponse apportée, peut déjà être vécu très positivement par certains patients.

On peut donc se poser la question de savoir si ce ressenti assez négatif des médecins « sur leurs prestations » est réellement justifié.

En conclusion, la prise en charge de ces patients en médecine de ville n'est pas impossible mais elle nécessite d'être organisée et le patient doit être prêt à cette prise en charge.
La majorité des médecins s'accordent à dire que soigner ces patients est important et c'est de leur devoir. Au vu de l'investissement que cela implique en terme de temps et donc de coût (compte tenu de notre système de paiement à l'acte) mais aussi en terme d'investissement personnel, ils ne pourront le faire que s'ils se sentent entourés, formés et si ces patients restent peu nombreux au sein de leur patientèle. Au nom du principe de libre choix du médecin traitant, il semble cependant difficile d'orienter les patients vers un médecin en particulier plutôt qu'un autre.

7. La difficulté de gestion des questions d'ordre social

Il ne s'agit pas d'un problème rencontré fréquemment avec les patients à propos desquels les médecins ont été interrogés. D'une façon générale, les questions d'ordre social peuvent poser certaines difficultés aux médecins.

L'accès aux soins et la difficulté des procédures administratives

Un médecin agréé est particulièrement mis en défaut par un patient qui fait la demande incessante de certificats médicaux dans le but d'obtenir une régularisation pour raison de santé.
Un étranger peut se voir délivrer une CST lorsque son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité (sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire).

Cette particularité de procédure est particulièrement déconcertante et difficile pour les médecins comme l'expliquait Isabelle Thomas en 2010. [85]
La variabilité dans le temps et la complexité des procédures, le manque de connaissance des médecins et la difficulté d'estimation de la situation du patient dans son pays d'origine sont autant d'explications qui peuvent être avancées. Elle proposait donc en fin de travail des dépliants explicatifs à l'usage des médecins généralistes.

La régularisation pour raison médicale nécessite que les médecins agréés puissent établir des certificats médicaux en connaissant les éléments sanitaires des pays d'origine.
Différents référentiels existent. Le guide du COMEDE [86], le rapport annuel de l'ONU sur le VIH [87] ou un guide réalisé par l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales [88] sont par exemple disponibles en ligne. Ils donnent des indicateurs généraux sur les infrastructures dans le pays d'origine, les iniquités entre milieu urbain et rural, des chiffres de morbi-mortalité mais il est difficile de savoir spécifiquement l'accès possible à un médicament pour une maladie.

Hormis cette particularité, il est intéressant de voir que les médecins accueillant des patients réorientés sont peu en peine par rapport à la question sociale.

Les démarches administratives restent pourtant obscures pour un grand nombre de médecins généralistes. Le travail d'Isabelle Thomas montrait que 50% des médecins généralistes (en Vienne et en Isère) interrogés ne connaissaient pas les modalités de remboursement ni la procédure de demande de l'AME.

Les médecins que nous avons interrogés semblent peu mis en défaut par ces questions administratives.
On peut l'expliquer de différentes manières.
Il s'agit pour la majorité de médecins de Nantes ou de la première couronne nantaise. On peut penser qu'ils accueillent un nombre important de patients en situation de précarité, notamment des patients réorientés de la PASS, bénéficiant de l'AME ou de la CMU. Ils connaissent sans doute bien les démarches et procédures.

De plus les patients dont il était question ont été réorientés récemment avec des droits ouverts. Ils n'ont donc encore pas eu à en réaliser le renouvellement.

D'autre part, on peut espérer que le passage à la PASS et les entretiens avec les assistantes sociales ont permis de rendre les patients plus autonomes pour faire valoir leurs droits ou en tout cas s'adresser aux guichets adaptés en cas de nécessité. On peut relever, et c'est important, que les médecins ne rencontrent pas de grandes difficultés avec la présentation des papiers justificatifs (carte vitale ou carte AME). On peut donc supposer que les patients mettent bien en lien la consultation chez le médecin et la nécessité de présenter les papiers justifiant de leur prise en charge par le système de la CMU ou de l'AME.

Par ailleurs, on peut penser que la question sociale est peut-être un peu mise à l'écart devant le problème médical. Le médecin ne s'interrogeant pas sur la question et n'étant pas interrogé n'est pas mis en défaut.
A ce sujet, dans sa thèse sur les difficultés de prise en charge des patients précaires en médecine générale, Marie Tellier retrouvait deux façons de penser des médecins. [27]
D'un côté, certains médecins, qui connaissant mal les questions sociales, ne s'en occupaient pas. Ils mettaient en avant leur incompétence et considéraient que les travailleurs sociaux le feraient mieux qu'eux. Le manque de temps ou d'intérêt pour le sujet étaient aussi invoqués.
De l'autre côté, certains médecins affirmaient que le travail du médecin généraliste était de prendre en charge le patient dans sa globalité. Il était donc de leur compétence et de leur devoir de pouvoir répondre au patient sur les questions sociales ou au moins de savoir l'orienter vers une structure adaptée.

Pour Isabelle Parizot : « La prise en charge strictement médicale déconnectée du champ social est vouée à l'échec. ». [89] Elle propose de simplifier les procédures administratives (AME et feuille de soin électronique) et met en avant la nécessité de décloisonner le système médical du système social.
C'est le rôle des maisons médicales de santé et des pôles de santé pluridisciplinaires si plébiscités de nos jours.

Notre travail, tel qu'il a été mené, ne permet pas de mettre en avant une hypothèse explicative par rapport à une autre. Nous ne pouvons qu'émettre des suppositions pour expliquer le peu de difficultés rencontrées par les médecins au sujet des questions d'ordre social.

Environnement social des patients

L'isolement social est, on l'a vu, un obstacle à la réorientation dans le système de droit commun et à l'accès effectif au système de soins.

Spontanément, lors de nos entretiens, plusieurs médecins amènent la question de l'environnement social du patient. Ils notent qu'il est soit facilitateur (soutien familial ou associatif) soit au contraire il pose problème (isolement social et impuissance du médecin).

Les médecins généralistes dans leur rôle de médecin de famille sont dans l'ensemble sensibles à la question sociale. Si tous ne sont pas intéressés par les démarches administratives, ils savent situer le patient dans son environnement social et son entourage familial et en tenir compte dans leur prise en charge.

8. Le point de vue des médecins sur la réorientation

8.1 Évaluer ce qui est déjà mis en place

La réorientation est une étape indispensable au bon fonctionnement de la PASS. Le flux de primo arrivants ne cesse d'augmenter et la capacité d'accueil de cette structure ne peut s'étendre. La dérive vers des unités spécifiques de soins pour les patients précaires est une crainte souvent exprimée par divers professionnels.
Le dispositif constitue donc un passage. Ce point fondamental doit être signifié clairement aux patients du service. Les liens tissés antérieurement avec des soignants ou des structures de soins existantes doivent être recherchés pour être ensuite réinvestis si la personne le souhaite.

Il n'existe pas de procédure clairement identifiée qui régit la réorientation et chaque service fait ce qui lui semble le plus juste dans ce domaine.

La PASS de Nantes accorde une place importante au retour ou plus souvent au passage dans le droit commun puisque la majorité des patients sont étrangers et donc novices en matière de connaissance de notre système de soins. Son travail semble récompensé par l'appréciation globalement positive des médecins interrogés sur la réorientation.

A Nantes, la réorientation d'un patient est une décision commune prise lors de réunions hebdomadaires pluridisciplinaires. La décision est notée dans le dossier (papier et informatique) du patient avec l'élaboration d'une fiche de concertation pluridisciplinaire et d'une synthèse.

La proposition est ensuite faite au patient de quitter le service et de s'orienter vers le médecin de ville de son choix. Une lettre est remise au patient. Elle doit être confiée au médecin généraliste par le patient lors de la première consultation. Le but de ce courrier succinct, transitoire, est d'indiquer au médecin que le patient a été suivi à la PASS, qu'il est maintenant possible qu'il soit suivi en ville et qu'un courrier de synthèse appelé « courrier de réorientation » lui sera adressé prochainement. Il ne contient pas d'information médicale ou sociale.

Le courrier de réorientation semble être un outil indispensable et apprécié puisque près de 3 médecins sur 4 ont vu la prise en charge du patient facilitée par l'arrivée de celui-ci. C'est une étape à laquelle le service de la PASS prête particulièrement attention, ce qui s'avère efficace puisque la totalité ou presque des médecins ont reçu ce courrier.

Le problème soulevé du retard de courrier semble difficile à résoudre.
En effet quand un patient est jugé « réorientable », il lui est demandé de choisir un médecin traitant et de faire part de son choix au service. De ce fait et ce qui semble bien légitime, le patient doit rencontrer un médecin généraliste avant de faire son choix de médecin traitant référent. Le médecin est donc amené à voir au minimum une première fois le patient sans élément, si ce n'est le courrier « de transition ». En pratique, il est vraisemblable que ce courrier n'arrive que rarement sur le bureau du nouveau médecin traitant.

Certains médecins prennent en charge plusieurs patients passés dans le service. C'est le cas de plus de la moitié des médecins interrogés. Un certain nombre regrette de n'avoir pas reçu de

courrier de synthèse pour tous les patients qu'ils peuvent prendre en charge. On peut avancer plusieurs explications.
Quelques patients quittent la PASS en se réorientant spontanément sans en informer le service. Un courrier de synthèse ne peut donc pas être adressé aux médecins. Dans ce cas précis les échanges facilités et rapides par courriers électroniques permettraient aux médecins de vérifier si le patient est passé ou non par le service et de récupérer les informations nécessaires.
D'autre part, pour de nombreux médecins interrogés, on a senti une confusion entre patients migrants et patients qui ont « transité » par la PASS. Tous les patients migrants n'ont pas eu à passer par le service. C'est notamment le cas de certains patients pris en charge dans les CADA et qui, épaulés par les assistantes sociales de ces centres, recouvrent des droits en matière d'assurance maladie et sont donc orientés en cas de nécessité vers un médecin de ville.

8.2 Des idées pour améliorer la réorientation

8.2.1 Amélioration du courrier de réorientation

Orientés très certainement par nos questions sur le courrier de réorientation presque la moitié des médecins ont précisé qu'ils aimeraient un courrier plus complet (vaccinations, examens complémentaires, comptes-rendus des spécialistes).
Peut-être aurions nous dû poser les questions sur ce courrier après les avoir interrogés sur les suggestions d'amélioration pour la réorientation ?

Toujours est-il que ces précisions peuvent facilement être apportées au courrier. Pour faciliter les échanges, l'utilisation des courriers électroniques serait une possibilité.

Un point important est constitué par l'échange des données socio-administratives et personnelles. Le manque de communication sur le sujet pose clairement problème.
Les patients, pris en charge dans le service, déposent souvent leur histoire qui aux médecins, qui à l'assistante sociale, qui aux infirmières, et complètent leur récit au fil des consultations ou des rencontres quand ils se sentent en confiance.
La suite des procédures, pour les demandeurs d'asile, leur impose de se raconter à nouveau notamment lors de la convocation auprès de l'OFPRA.
Rien d'étonnant donc que de raconter encore leur histoire à un nouveau médecin peut être difficile. Pourtant les médecins que nous avons interrogés sont pour la plupart en demande de ces informations, indispensables à la prise en charge du patient dans sa globalité.
Au courrier médical pourrait être associé un courrier « plus social ».

8.2.2 Garder le lien PASS-ville

Il n'existe pas de réseau formel liant les médecins libéraux et la PASS. Pourtant ce sont bien les mêmes médecins qui reçoivent les patients de la PASS soit de par leur lieu d'installation soit par le « bouche à oreille ».

Il paraît difficile toutefois de créer un réseau des praticiens car les pratiques et les liens privilégiés avec un nombre limité de praticiens risquent de participer à une forme de

concentration secondaire, dans le système de droit commun, des anciens consultants de la PASS.

Les médecins connaissent le service mais beaucoup ignorent son fonctionnement.
Il serait intéressant de pouvoir organiser des rencontres comme cela a été fait lors des portes ouvertes du service pour les 10 ans de la PASS. Des rencontres annuelles pourraient être mises en place avec éventuellement un thème de FMC abordé en fonction des demandes des médecins.

Certains médecins abordent la nécessité de s'assurer du parcours de soins du patient en ville. En l'absence d'un suivi effectif et en cas de retour à la PASS du patient, on pourrait alors travailler à comprendre les raisons de l'échec de la réorientation.

C'est ce qui a été mis en place au centre de consultation de Créteil Solidarité suite au travail de thèse d'Ève Haddad en 2010. [90]
Cette association créée en 1987 par des médecins libéraux bénévoles fonctionne un peu comme une maison de santé. Le patient bénéficie d'une prise en charge médico-sociale et psychologique si nécessaire avant d'être inséré ou réinséré dans le droit commun.
Il est alors demandé au médecin relais de confirmer la prise en charge du patient par un courrier. Tant que celui-ci n'est pas reçu, un agent administratif se charge de contacter le médecin par téléphone à 3 et à 6 mois pour savoir si le patient réorienté a bien consulté. Cela permet de vérifier l'effectivité de la réorientation et d'éviter de refuser le patient s'il revient au centre de consultation sous prétexte qu'il est réorienté.

8.2.3 S'assurer que le patient est capable de s'autonomiser en ville

Autant que possible, la barrière linguistique doit être réglée avant le départ vers la ville.

Soit le patient est ou à un entourage francophone, dans ce cas effectivement il peut être réorienté. On l'a vu précédemment, l'interprétariat par un membre de l'entourage, à défaut de mieux, n'est pas un obstacle à la réorientation.
Soit il doit pouvoir au moins se débrouiller et certains évoquent la possibilité de cours de français ou de glossaire médical sous réserve que les pathologies qu'il présente soient « simples ». Des pathologies nécessitant une éducation thérapeutique répétée ou les pathologies psychiatriques ne tolèrent pas un français aléatoire ou la présence d'un interprète inexpérimenté, qui plus est familial.

Les pathologies chroniques doivent être stabilisées et le patient doit s'être attribué sa maladie avant le passage de relais vers la ville sous peine de rupture de soins.

Il est nécessaire que le patient soit prévenu du fonctionnement de la médecine libérale et des impératifs du cabinet. Il pourrait être envisageable de réaliser une plaquette explicative du système en ville avec la place centrale du médecin traitant à l'aide de schémas simples et visuels.

On pourrait imaginer d'élaborer une grille de réorientation avec les différents critères nécessaires (cf tableau suivant) et utiles à une réorientation réussie. Tout en gardant à l'esprit que chaque patient est unique et que la réorientation ne peut se décider qu'au cas par cas.

Cette grille d'évaluation pourrait permettre de réévaluer la situation du patient au fur et à mesure de l'évolution. Ce n'est pas parce qu'il n'est pas « réorientable » à un instant donné qu'il ne peut pas l'être ultérieurement. Encore faut-il que la situation soit réévaluée.

8.2.4 Former les médecins à la prise en charge des patients migrants

Quelquefois soulevée lors de nos entretiens, la formation initiale et continue concernant la prise en charge de patients précaires semble être une des solutions afin de faciliter le travail des médecins généralistes en ville.

Les médecins sont demandeurs ainsi que les étudiants comme le montre une thèse de 2003 faite à la faculté de médecine de Lyon où la grande majorité des étudiants souhaiterait un stage dans des structures recevant des populations en grande précarité ou un enseignement théorique de médecine humanitaire. [91]

Il faut privilégier la diffusion de ces enseignements dans les facultés et multiplier les FMC aux médecins déjà installés. Dans le contexte de flux migratoire actuel, les médecins généralistes doivent pouvoir acquérir des compétences en matière de soins transculturels. Les futurs médecins doivent y être formés, les médecins actuels y être resensibilisés. Adapter son discours en fonction de la culture de son patient doit faire partie des compétences du médecin généraliste au même titre qu'adapter son discours à son niveau de compréhension, à son environnement social et à ses demandes.
Comme le montre Elena Joselzon [92] dans sa thèse soutenue en juin 2010, le travail auprès des patients migrants dans le service de la PASS a été très utile aux médecins interrogés pour développer cette compétence d'adaptation indispensable à un médecin généraliste.

<u>De la PASS vers le médecin de ville : Synthèse des idées pour améliorer la réorientation</u>

<table>
<tr><td colspan="3">Facteurs en lien avec le patient</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Éducation du patient</td><td>Initiation au fonctionnement du système de santé</td><td rowspan="2">Séances d’éducation collective</td></tr>
<tr><td>Initiation à l’éducation thérapeutique et à la prévention</td></tr>
<tr><td>Cours de français</td><td>Distribution de « glossaires » bilingues avant le départ</td></tr>
<tr><td colspan="3">Facteurs en lien avec la PASS</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Élargir les critères de réorientation</td><td>Assurance maladie</td><td rowspan="7">Grille de réorientation dans les dossiers</td></tr>
<tr><td>Logement stable</td></tr>
<tr><td>Entourage présent</td></tr>
<tr><td>Barrière de la langue</td></tr>
<tr><td>Pathologie stabilisée</td></tr>
<tr><td>Absence de pathologie psychiatrique</td></tr>
<tr><td>Assiduité aux RDV et anticipation des RDV</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Amélioration de la communication PASS-ville</td><td>Amélioration du courrier de réorientation médicale</td><td>-courrier de transition par courrier électronique
-vaccinations
-comptes-rendus des spécialistes et des examens d’imagerie
-histoire personnelle familiale et migratoire</td></tr>
<tr><td>Compte rendu social</td><td>-situation actuelle, possibilité d’évolution,
-identification des référents sociaux relais (nom et lieu d’activité)</td></tr>
<tr><td>Évaluation du parcours dans le système de droit commun</td><td>-courrier de retour du médecin référent
-contact téléphonique pour s’assurer du suivi</td></tr>
<tr><td>Favoriser les échanges PASS-ville</td><td>-livret d’information sur la PASS
-portes ouvertes
-réunion d’échange annuelle avec les médecins référents
-courriers électroniques</td></tr>
<tr><td colspan="3">Accompagnement physique du patient vers la ville</td></tr>
<tr><td colspan="3">Régulation du nombre de patients réorientés vers les mêmes médecins de ville</td></tr>
</table>

Facteurs en lien avec le système de droit commun		
Médecins généralistes	Améliorer la formation	*-formation initiale (précarité et droit en matière d'assurance maladie)* *-FMC*
Avancées politiques	Modification du mode de rémunération des médecins libéraux	*Envisager un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte pour ces consultations chronophages*
	Interprétariat	*Accès en ville à un système d'interprétariat gratuit pour les médecins et les patients*
	Sécurité sociale	*-AME et feuille de soin électronique* *-remboursement nominatif (CMU et AME)*
Réseau social	Décloisonner le système médical et social	*-maisons médicales pluridisciplinaires*
Médecins spécialistes	Prise en charge des pathologies psychiatriques des migrants	*-consultation d'ethnopsychiatrie à développer*

CHAPITRE III : Synthèse et perspectives

Le passage dans le droit commun est indispensable pour les patients initialement suivis dans les PASS.
Le caractère temporaire et le but de la prise en charge dans ces structures doivent être expliqués aux patients dès le départ.
Cette étude descriptive a répondu à notre questionnement initial. Elle a soulevé quelques points qui nécessiteraient d'être approchés par une méthode d'évaluation différente pour être mieux approfondis (insatisfaction des médecins, sentiment d'isolement). Elle a cependant permis de préciser les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes qui prennent en charge des patients, en majorité des patients migrants, réorientés de la PASS du CHU de Nantes.
D'une façon générale, ces difficultés sont moins importantes que ce qui pouvait être imaginé dans le service. Les appréhensions du personnel de la PASS et leur méfiance à réorienter certains patients vont sans doute en être diminuées.

Les patients jeunes sans pathologie chronique et sans trouble de la santé mentale posent peu de difficultés. Ils consultent pour des pathologies aiguës. La barrière de la langue et la barrière culturelle sont alors peu problématiques. Leur réorientation, sous réserve des conditions préétablies par le service, peut se faire sans trop de réticence.

Certaines pathologies (psychiatriques ou psychologiques, maladies chroniques sévères ou mal comprises) peuvent être un frein à la réorientation. Les barrières de la langue mais aussi la barrière culturelle sont des obstacles importants à une prise en charge optimale en ville.

Il faut rester attentif pour dépister les troubles d'ordre psychologique. L'organisation de la PASS (temps disponible, interprétariat) s'y prête plus que la médecine de ville. L'histoire de vie et migratoire difficile du patient, notamment les antécédents de torture, l'entourage familial absent et un environnement social fragile sont autant de risques pour la santé mentale et doivent interpeller les professionnels. L'existence de plaintes somatiques répétées ou diffuses doit éveiller la vigilance des soignants. On peut maintenant s'appuyer sur l'aide de la PASS psychiatrique récemment mise en place au CHU de Nantes. Cette structure permet le dépistage des souffrances psychologiques liées à la migration (aux tortures, à l'exil et à l'arrivée dans un pays inconnu). Elle rend possible la prise en charge précoce, dès les premiers signes, des symptômes post traumatiques, ce qui permet d'éviter l'apparition de maladies plus sévères (état de stress post traumatiques, névroses…). Les patients qui, à leur arrivée, présentent des troubles importants, nécessitant une prise en charge psychiatrique prolongée, sont orientés rapidement vers les CMP.
Le dépistage des troubles psychologiques, leur prise en charge précoce par la PASS et l'initiation si nécessaire d'un suivi spécialisé devraient permettre, à l'avenir, de limiter les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en ville après la réorientation. L'existence d'une PASS psychiatrique et son impact probable sur la santé mentale des migrants qui y sont pris en charge nécessiteront d'être évalués dans un futur proche.
Malgré tout, les consultations d'ethnopsychiatrie doivent être développées.

Les patients présentant des pathologies chroniques « somatiques » doivent connaître certains points fondamentaux sur leur maladie et s'être attribué celle-ci avant le départ du service. Il faut rester vigilant à leur perception de la maladie, à leur compréhension des enjeux du traitement et des complications en cas d'absence de soin ainsi qu'à leur capacité à organiser leur suivi. Des séances de sensibilisation et d'éducation initiale sur la pathologie passant par

des informations claires et succinctes pourraient être mises en place à la PASS avec la présence d'un interprète si nécessaire.

La présence de pathologies chroniques avec des difficultés de prise en charge du patient par lui-même et l'existence ou la suspicion de troubles psychologiques ne contre-indiquent pas définitivement le passage vers le droit commun mais elles doivent faire voir la réorientation avec prudence.

La barrière de la langue soulève une fois de plus le problème de l'interprétariat en ville. Cependant l'interprète familial, si son niveau de français est correct, semble souvent suffisant voire même préférable dans certaines circonstances. Il est d'accès facile et gratuit. Le patient à confiance en cet interprète qu'il a choisi et qu'il connaît. Il peut être un atout quand il est un lien entre le médecin et la vie quotidienne du patient.

Les médecins pourraient davantage s'appuyer sur des méthodes de traduction faciles d'accès comme « google traduction » ou comme « traducmed » spécialement conçu pour l'interrogatoire médical.

Le manque de fiabilité de traduction peut être une difficulté notamment pour l'éducation thérapeutique. La prise en charge des souffrances psychologiques ne peut pas se permettre de passer par ce type d'interprétariat. Les interprètes professionnels devraient être accessibles en médecine de ville quand le médecin le juge indispensable. On pourrait imaginer un système d'entente préalable (les besoins urgents non programmables restent peu fréquents) avec la sécurité sociale qui accorderait la prise en charge des traducteurs (de visu ou par téléphone).
La diffusion de l'interprétariat en médecine de ville impose bien évidemment de trouver les fonds de financement nécessaires. La « démocratisation » d'un tel système nécessiterait la multiplication du nombre d'interprètes (par exemple : l'ASAMLA à Nantes ne dispose actuellement que de 15 interprètes). Il ne faut pas seulement envisager les coûts relatifs à l'utilisation des interprètes, il faut aussi considérer les dépenses en lien avec leurs formations ainsi que celle des médecins utilisateurs.

Plus qu'un interprète, le métier de médiateur culturel devrait être développé en ville. Leur utilisation, si elle a un coût initial, devrait permettre sur le long terme de faire des économies en matière de santé. Une meilleure compréhension de la symptomatologie, des représentations culturelles des maladies et parfois de la demande « cachée » des patients éviterait les consultations à répétition, la multiplication des examens complémentaires, les consultations inadéquates aux urgences ou aux spécialistes et à plus long terme les complications des maladies. Cet accès à un interprète ou à un médiateur serait un recours pour les médecins quelquefois désemparés par ces situations compliquées, sources de grande insatisfaction et de découragement.
Leur utilisation serait de toute façon limitée. Comme tous les autres moyens de traduction, l'interprétariat professionnel nécessite une disponibilité en temps importante. Le paiement à l'acte et l'organisation d'un cabinet en ville se prêtent peu à ce genre de consultations chronophages.

La question de la prévention reste problématique pour les médecins interrogés. Ils hésitent même souvent à aborder le sujet. Les barrières de la langue ou culturelle ainsi que le manque de temps peuvent être avancés comme premières explications. Cependant, on peut se demander si les préjugés des médecins, d'une façon générale, sur ces patients ne sont pas un

frein à ce dépistage. Dépister commence par aborder la question et proposer le dépistage aux patients. L'échange doit bien sûr se faire dans le respect des sensibilités et de la culture de chacun. Il nécessite dans le cas des patients migrants d'avoir des notions de médecine transculturelle. Mais il faut savoir dépasser les apriori et les stigmatisations en matière de culture et de précarité. Est-ce que tous les patients, sous prétexte d'une culture différente, d'une approche différente de la maladie, d'un présent semé d'embûches et d'un avenir incertain en lien avec la précarité, refuseraient les dépistages proposés?...

La formation des médecins généralistes à l'approche transculturelle est un point-clé de la réussite de la prise en charge de ces patients en ville.

Enfin il convient d'améliorer le lien PASS-ville et de faire bénéficier les médecins généralistes de l'expérience des professionnels y travaillant en matière de soins transculturels.
Si l'existence d'un tel service et son but sont familiers aux médecins généralistes, son fonctionnement reste un peu flou pour certains. Il faut continuer à diffuser l'information sur la présence et les objectifs d'un tel service (par les FMC, présentation du service aux étudiants et aux externes lors de courtes réunions comme cela est déjà mis en place tous les semestres pour les nouveaux internes arrivant aux urgences du CHU).
Les échanges doivent être facilités pour répondre de façon simple et rapide aux divers questionnements des médecins généralistes. On peut imaginer fournir aux médecins accueillant des patients une adresse électronique sur laquelle ils pourraient échanger avec le service. Le dossier médical partagé pourra être un atout non négligeable.
De plus les informations transmises lors du départ du patient de la PASS doivent être complétées. On peut imaginer un courrier mêlant informations sociales (assurance maladie et date d'obtention, assistante sociale référente, perspective d'évolution de la situation sociale) et parcours de vie détaillé quand il est connu. Un échange entre le service et les médecins généralistes à distance de la réorientation pour faire le point sur la prise en charge peut être envisagée sous forme de courrier retour.
Des réunions annuelles avec les médecins pourraient être mises en place. Elles pourraient se dérouler en deux temps : formation type FMC sur un thème choisi par les médecins généralistes et échange sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Conclusion

La prise en charge des patients migrants (puisque c'est bien d'eux qu'il s'agit compte tenu de leur nombre toujours plus important dans le service) dans le système de droit commun semble tout à fait réalisable. Le passage dans le service de la PASS doit les y préparer. Les préoccupations importantes du personnel du service et les efforts déjà réalisés afin d'optimiser au mieux la réorientation semblent récompensés. Quelques points restent bien sûr à améliorer. Le système de ville pourrait aussi être mieux adapté.

Les médecins interrogés paraissent dans l'ensemble assez insatisfaits de la prise en charge qu'ils peuvent apporter aux patients migrants réorientés de la PASS.

Pourtant, peut-être encore plus que les autres médecins, par la proximité avec les patients et les familles, les médecins généralistes, médecins de famille, sont habitués à appréhender le malade et la maladie dans son ensemble. La prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte, fait partie de leurs compétences.

Les difficultés de compréhension des demandes de patients et les spécificités d'échange, en lien avec la barrière de la langue certes mais aussi et surtout avec la barrière culturelle, sont sans doute pour beaucoup dans ce sentiment d'insatisfaction et peuvent être à l'origine d'un sentiment d'isolement.

La présence d'interprètes professionnels en ville serait un appui pour les médecins afin de remédier à la barrière de la langue, obstacle évident à une prise en charge optimale, dans certaines situations complexes.

Une meilleure formation initiale et continue en matière de soins transculturels serait bénéfique. Elle permettrait d'élargir encore leurs compétences en matière d'approche globale en leur donnant des bases essentielles à l'approche transculturelle.

Enfin, les consultations ethno spécialisées surtout l'ethnopsychiatrie devraient à l'avenir être développées. En effet, la PASS psychiatrique a pour but de dépister et de prendre en charge les souffrances psychologiques au plus tôt. Cependant des troubles peuvent passer inaperçus ou se révéler ultérieurement une fois les patients réorientés dans le système de droit commun. Les troubles de la santé mentale et leur complexité d'approche transculturelle peuvent mettre en défaut les médecins généralistes même initiés aux soins transculturels. Il semble donc nécessaire que des consultations spécialisées puissent prendre le relais. Elles constitueraient un soutien indispensable pour les médecins généralistes.

Bibliographie

1 Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal officiel ; 1987.

2 Médecins du Monde. Historique. [Consulté en juillet 2012] disponible sur http://www.medecinsdumonde.org/Medecins-du-Monde/Histoire-et-valeurs/Historique

3 Médecins sans frontière. Histoire. [Consulté en juillet 2012] disponible sur http://www.msf.fr/histoire

4 Lebas J., A l'épreuve de la précarité. Une certaine idée de l'hôpital. Document de synthèse remis à Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité et Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, Paris, 26 février 1998

5 Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO n°175 du 31 juillet 1998. Articles 67 à 77.

6 Circulaire n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. BO du 30 janvier 1999.

7 Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une couverture maladie universelle. JO n°172 du 28 juillet 1999.

8 Penard S. La consultation médico-sociale Jean Guillon du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : bilan en 2004 après 5 ans d'activité. Th : Méd : Nantes ; 2006.

9 Rapport d'activité de la PASS. Nantes ; 2010 (document interne)

10 Rapport d'activité de la PASS. Nantes ; 2011 (document interne)

11 Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé. DHOS, rapport final ; octobre 2003

12 Fiche de Synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l' IGAS, l' ANAES. DHOS ; février 2004

13 Enquête nationale sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS. DHOS, rapport final ; décembre 2008

14 Boché, C. Prise en charge médicosociale à la consultation jean Guillon (PASS du CHU de Nantes) ; analyse de 159 patients réorientés auprès d'un médecin traitant sur une période de 2 ans. Th : Med : Nantes ; 2005

15 Pailhes.S. De la PASS au système de santé de droit commun. Th : Med : Lyon ; 2008

16 Collin.T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry. Évaluation du retour au droit commun. Th : Med : Grenoble ; 2011

17 Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire.
DMG de Strasbourg. Disponible sur : http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/?page_id=1638

18 De Singly F. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Ed Armand Colin; 2005

19 Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades prévus à l'article 7-5 du décret no 46-1574 du 30 juin 1946 modifié.

20 Romestaig P. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire. Situation au 1er juin 2011. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128.

21 Lebreton G. La démographie médicale 2009. Enjeux pour l'accès aux soins et la santé des usagers. Les dossiers du CISS ; 2009. Disponible sur : http//www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf

22 Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Th : Med : Paris 5 : université Paris Descartes. 2011

23 Matz C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Étude quantitative par questionnaires. Th : med : Nancy. 2011

24 La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille. Wonca Europe. 2002.

25 Vivre ensemble en France. Film de l'OFII présenté lors des réunions d'accueil collectives des primo arrivants disponible sur http://www.ofii.fr/s_integrer_en_france_47/vivre_ensemle_en_france_499.html

26 Millet M. et Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité- Lien social et politique. 2005 ; n° 54, p 153-162

27 Tellier Muls M. Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale. Th : med : Paris 5. 2010

28 Guillou. A. Expérience migratoire et pratique thérapeutique des migrants à Rennes. Rapport final. Commandité par l'ODRIS ; 2005.

29 Querrioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Étude qualitative par focus group. Th : med : Nancy. 2011.

30 Raynaud D. – L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins- Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques ; mars 2003, n°229

31 Évaluation de la loi CMU. Rapport final par le Fonds de financement de la CMU; juillet 2009. Disponible sur : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2009.pdf

32 Chauvin P, Parizot I. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centre de soins gratuits en région parisienne. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique ; 2003, vol.51(6), p 577-588

33 Bonerandi E, Bourgeois F, Richard X. Cartographier la demande d'asile en France. Tendances nationales, représentations départementales et réalités locales.
Revue européenne des migrations internationales ; 2004, vol. 20(2)

34 Collobert J, Rabaud J. Renouveau de l'immigration. INSEE Pays de La Loire ; janvier 2005, n°32

35 Joseph S. La population immigrée en Pays de la Loire. INSEE recensement 2008.

36 Munoz M , Kapoor A. Les barrières de la langue : comment les surmonter en clinique? Le médecin du Québec. 2007 ; 42

37 Suurmond J, Seeleman C. Shared decision-making in an intercultural context.Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. Patient Educ Couns. 2006 60 (2), p253–259*

38 Pareau Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d'origine maghrébine en Médecine Générale Etude qualitative des représentations et apports de l'interprétariat en contexte interculturel. Th : Med : Nancy. 2010

39 Douja A. La prise en charge de la dépression chez le patient migrant en médecine générale : difficulté et attente des praticiens. Th : med : nantes ; 2012

40 Graz B, Vader JP et Raynault MF. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Santé publique.2002 ; 14, p75-81.

41 Martin L. La « débrouille » dans les cabinets médicaux. Le panorama du médecin. Mars 2010 ; n°5186

42 Guillou A. Patients immigrés dans la région rennaise : le regard des médecins généralistes. Commandité par l'ODRIS ; mars 2007

43 Gadon and al. Caring for Patients with Limited English Proficiency: The Perspectives of Small Group Practitioners. J Gen Intern Med. 2007; 22, p341-346

44 Kouassi K. Approche psychothérapique en clinique transculturelle : Triade thérapeute patient interprète. Champ Psychosomatique.2001 ; n° 23, p.137-143.

45 Singy P. Santé et migration : Traduction idéale ou idéal de traduction ?, La linguistique. 2003 ; 39, p135-150

46 Fatahi N, Mattsson B, Hasanpoor J, skott C. Interpreters' experiences of general practitioner_/patient encounters. Scand J Prim Health Care. 2005; 23, p159-163

47 Hudelson P. Improving patient–provider communication: insights from interpreters. Family Practice. 2005; 22(3) p 311–316.

48 Jacobs E., Shepard D., Suaya J., Stone E. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreters services. Am J Public Haelth. 2004; 94(5)

49 Lee E, Rosenberg C, Sixmith D, Pang D, Abularage J. Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission ? Academic Emergency Medicine. 1998 ; 5(1) : 86-89.

50 Migrations santé Alsace. Rapport d'activité 2010. 78p

51 Lipiansky E. Déterminants culturels et sociaux des processus cognitifs et des conduites. Les cahiers français. 1992 ; n° 258

52 Juckett G. Cross-Cultural Medicine. Americain Family Physician. December 2005; 72.

53 Cave A, Maharaj U, Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. Canadian Family Physician, octobre 1995; volume 41.

54 Goudet B. La prise en compte des croyances dans les modèles d'éducation pour la santé des nord-américains. La santé de l'homme. mars-avril 2010 ; n° 406

55 Rahal A. La maladie et les jinn dans la tradition arabo-musulmane. La santé de l'homme. 2002 ; n°357

56 Aouattah A. Approche ethno psychiatrique des systèmes étiologiques et thérapeutiques traditionnels marocains. Santé conjuguée, janvier 1999

57 De Rosny E. L'Afrique des guérisons. Ed Karthala, Paris 2010.

58 Gauthier A, Fournier C, Beck F. Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France. La santé de l'homme. 2011 ; n°414

59 Vizcarra Bordi I. Au-delà de l'assiette. L'acte alimentaire dans la société et la culture. Anthropologie et Sociétés. 1999 ; 23(2) p. 145-151.

60 Bertière MC. L'alimentation des africains en France. Alimentation et précarité (bulletin édité par le CERIN) ; janvier 2004, n°24

61 Couque, A. une étude descriptive de l'alimentation des patients originaires d'Afrique de l'Ouest diabétiques en France. Th : Med : Paris, université de Paris 7 ; 2010

62 Vescovacci K, Delbecchi G. COMEDE : des consultations pour promouvoir la santé des exilés. La santé de l'homme ; 2007 n°392 p 32-38

63 Rouleau Favre F. histoire d'éducation santé pour des exilés malades. Maux d'exil. septembre 2006 ; n°16, p5-6

64 Johnson R, Saha S, Arbelaez J, Beach M, Cooper L. Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. J Gen Intern Med. 2004; 19(2), p 101–110.

65 Veisse A. Repères sur la santé des migrants. La Santé de l'Homme ; 2007 , n°392, p21-24.

66 Althaus F and al. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact?, Forum Medical Suisse. 2010;10(5)

67 Colin V. et Laval C., santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes, modalités cliniques et inter partenariales. Rapport final pour l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité ; mars 2005

68 Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Le COMEDE. Paris, 2008.

69 Wluczka M, et Kern T. La santé des primo-migrants en 2007. Étude réalisée à partir des enquêtes "semaine données". Rapport ANAEM. Paris ; 2008

70 Corny N'Nhoni S, Wluczka M. L'état de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés herbergés en CADA. A partir de l'enquête longitudinale réalisée au 1er semestre 2004. ANAEM. Paris ; 2004

71 Wluczka M. La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2006. Étude réalisée à partir des fiches de visites médicales. ANAEM. Paris ; 2006

72 Wluczka M. La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2007. Étude réalisée à partir des fiches de visites médicales. ANAEM. Paris ; 2007

73 Un bilan de santé pour protéger les migrants. Rapport d'observation et d'activité 2007 du Comité médical pour les exilés. Maux d'exil. mars 2008 ; n° 22

74 Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. Maux D'Exil. Decembre 2008 ; n°25

75 Comiti V.P., Patureau J. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. Santé, société et solidarité ; 2005(1)

76 Nathan T. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Ed Synthélabo. 1995

77 Soins psychothérapeutiques et prévention auprès des migrants. Association MANA. Disponible sur : http://www.clinique transculturelle-mana.org/

78 Crenn C. Une consultation pour les migrants à l'hôpital. Homme et migration. 2000 ; n° 125

79 Tregouet B. Demandeurs d'asile en Vendée : Quelles sont les adaptations nécessaires de l'approche thérapeutique en médecine générale, pour les soins somatiques et pour les soins psychiques? Mémoire de DU de psychiatrie transculturelle. Paris, université de Paris 13 ; 2012.

80 Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2011. Médecins du Monde. Paris ; octobre 2012

81 Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par testing dans 6 villes du Val de Marne. Rapport final DIES ; mai 2006

82 « Je ne m'occupe pas de ces patients ». Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. ; Médecins du monde ; Octobre 2006.

83 Résoudre les refus de soins. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. Ministère de la santé et des sports .septembre 2010

84 Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants). Th : med : Lille. 2011

85 Thomas I. La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste. Peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ? Th : Med : Grenoble. 2010

86 La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation. Rapport technique. COMEDE. Paris ; 2009.
Disponible sur : http ://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2009.pdf.

87 Le point sur l'épidémie de SIDA. ONUSIDA. Décembre 2009. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf

88 Statistiques sanitaires mondiales. Guides oms. 2011 et 2012. Disponible sur : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/

89 Parizot I, Recours aux soins des personnes en situation de précarité sociale. ENSP. Rennes ; 2007

90 Haddad E. Prise en charge médico sociale des personnes en situation de précarité dans un centre francilien de consultation de premier recours. Th : med : Créteil. 2011

91 Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. Santé Publique 2003 ; 15 (4),p 479-484

92 Joselzon E. Vécu et impact du stage à la Consultation Jean Guillon (dispositif PASS du CHU de Nantes) sur l'orientation professionnelle de l'interne en médecine générale. Th : Med : Nantes : 2010

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

1-Connaissiez-vous le service de la PASS et sa consultation Jean Guillon avant que je vous contacte pour ce travail?
□ *Oui*
□ *Non*
Si oui par quel biais ?

Pour les questions qui suivent, nous allons parler de Monsieur ou Madame X
2-Vous rappeliez-vous qu'il s'agit d'un patient suivi à la PASS et réorienté ?
□ *Oui*
□ *Non*

3-Aviez-vous reçu le courrier de synthèse, récapitulatif du suivi de ce/cette patient(e) à la consultation Jean Guillon ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

Si oui vous parait-il complet ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*
Quelle (s) information (s) importantes manquai(en) t-il ?

Si oui l'aviez vous reçu avant la première consultation avec le patient ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

Si oui vous a-t-il aidé dans la prise en charge du patient ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

Prenez-vous en charge d'autre(s) patient(s) réorientés de la PASS ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

4-Avez-vous revu en consultation le patient pour qui vous avez reçu le courrier de synthèse plus d'une fois ?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

5-Selon vous comment le patient comprend les règles de bon usage de notre système de soins ?
□ *Pas du tout* □ *Moyennement* □ *Bien* □ *Parfaitement*

6 Selon vous, vous identifie-t-il comme référent dans le système de soins?
□ *Oui*
□ *Non*
□ *Ne sait pas*

7-Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans la prise en charge de ce patient ?
Cochez la case correspondant à la fréquence à laquelle vous avez rencontré ces difficultés au cours de vos consultations

	JAMAIS/PAS DU TOUT	*RAREMENT/ QUELQUES FOIS*	*SOUVENT*	*TOUJOURS /A CHAQUE CONSULTATION*
La prise de rendez-vous				
1) Barrière de la langue				
2) Anticipation des rendez-vous de surveillance				
3) Exigence inappropriée (ex : urgence ressentie de façon inappropriée)				
4) Agressivité				
La venue au cabinet				
5) Orientation dans la ville				
6) Problèmes financiers dans les transports en commun (fraude, amende)				
7) Rendez-vous ratés				
8) Retard au rendez-vous				
Dans la salle d'attente				
9) Gêne des autres patients				
La consultation				
10) Manque de temps				
11) Patient insatisfait de la prise en charge				
12) Médecin insatisfait de la prise en charge				

13) Incompréhension du motif de la consultation				
14) Consultations à plusieurs				
15) Interprète familial				
16) Agressivité				
L'interrogatoire				
17) Barrière de la langue				
18) Barrière culturelle				
L'examen clinique				
19) Barrière culturelle				
20) Incurie				
21) Barrière de la langue				
Le diagnostic				
22) Pathologies spécifiques (stress post traumatique, infectieuses)				
23) Sentiment d'isolement dans la prise en charge et la coordination des soins				
L'explication du diagnostic				
24) Barrière culturelle				
25) Barrière de la langue				
L'ordonnance (traitement, examen complémentaire et avis spécialisé)				
26) Médicaments non pris en charge				
27) Refus de soins				
28) Mésusage des médicaments				
Règlement				
29) Remboursement différé				
30) Consultation jamais payée				
31) Non mise à jour de la carte vitale (CMU) ou Oublis des papiers justificatifs (AME)				
32) Questions d'ordre social qui vous ont mis en défaut La(les)quelles(s) ?				
Suivi du patient				
33) Nomadisme				
34) Observance thérapeutique				
35) Problématique de la prévention				

8-Avez vous rencontré d'autres difficultés non évoquées ici dans la prise en charge de ce/cette patient(e) ?

9-Qu'avez vous mis en place pour remédier à ces difficultés ?

10- Si vous suivez plusieurs patients réorientés le questionnaire sur le patient ciblé reflète t il votre impression générale par rapport à la prise en charge de ces patients ?
□ *Oui*
□ *Non*

D'une façon générale quels sont les principaux problèmes rencontrés ?

11-Selon vous que faudrait-il mettre en place pour améliorer la réorientation des patients suivis à la PASS et ainsi vous aider dans leur prise en charge au décours ?
Il a déjà été mis en place un système de fiche explicative remise au patient qu'il doit remettre au médecin pour lui indiquer qu'il a été pris en charge à la PASS et qu'un courrier va suivre

12-Informations vous concernant :
-Âge :
-Sexe :
□ *Masculin*
□ *Féminin*
-Année d'installation en cabinet :
-Expérience antérieure ou en cours à l'étranger ou dans des associations à but humanitaire ?
□ *Oui*
□ *Non*
Si oui dans quel pays ou dans quelle association ?

-Faites vous partie des médecins agréés (pour la rédaction des certificats médicaux pour carte de séjour pour raison de santé, de renouvellement, de régularisation) ?
□ *Oui*
□ *Non*

Annexe 2 : Courrier envoyé aux médecins généralistes

État des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients suivis à la PASS et réorientés dans le système de droit commun en 2010 et 2011.

Je suis médecin généraliste remplaçante et je réalise ma thèse sur les problèmes que peuvent rencontrer les médecins généralistes qui prennent en charge les patients ayant été suivis à la PASS du CHU de Nantes (permanence d'accès aux soins de santé, consultation Jean Guillon) et réorientés en 2010 et 2011 dans le système de droit commun.
La PASS a pour but de permettre l'accès aux soins aux patients en situation de précarité (migrants, étrangers en situation irrégulière, patients sans domicile fixe et tout autre patient qui peut présenter des difficultés dans l'accès aux soins), qui ne peuvent prétendre à un suivi en ville. Elle répond à la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998. C'est une structure de prise en charge médico-sociale qui permet aux patients de bénéficier de consultations avec un médecin généraliste, d'examens complémentaires, de consultations avec des spécialistes si nécessaire, et de rencontrer une assistante sociale. Ce passage à la PASS doit rester une étape, le but étant d'aider le patient à retrouver ses droits et à le rendre autonome pour pouvoir être réorienté vers le système de droit commun et notamment vers un médecin généraliste.
La PASS de Nantes se fixe des critères de réorientation (assurance maladie, autonomie, stabilité du logement…). Chaque semaine une réunion pluri disciplinaire (infirmières, secrétaire, médecins, assistantes sociales) est tenue afin de statuer sur les patients potentiellement « réorientables ».
Avant de quitter le service nous demandons au patient de prendre contact avec un médecin généraliste en ville qui poursuivra la prise en charge et à qui nous adressons un courrier de synthèse des consultations réalisées à la PASS (appelé courrier de réorientation).

Au cours de mon semestre en qualité d'interne à la PASS, j'ai pu me rendre compte que cette réorientation est parfois compliquée pour le patient mais elle pourrait l'être aussi pour le médecin qui l'accueille. La perspective de ce travail est de pouvoir améliorer la réorientation des patients en soulevant les obstacles au bon déroulement de celle-ci et ainsi de faciliter sa prise en charge ultérieure par son médecin généraliste.

Pour ce faire, j'ai besoin de votre aide. Vous avez été « déclaré » comme étant médecin référent par ***Monsieur ou Madame X âgé(e) de … ans*** ayant quitté le service en 2010/2011, et vous avez reçu un courrier de synthèse de notre part.
Je souhaiterais donc vous interroger sur votre point de vue concernant la réorientation et la prise en charge de ces patients au décours de leur passage à la PASS.

Pour ce faire j'ai établi un questionnaire dont le but est de pointer les difficultés que vous avez pu rencontrer dans la prise en charge de ce patient.
Je souhaiterais le remplir avec vous au cours d'un entretien téléphonique (de 15 à 20 min au maximum).
Je me permets de vous joindre le courrier de réorientation qui a été établi lorsque ***Monsieur ou Madame X*** a quitté la PASS afin de vous remémorer celui-ci avant notre entretien téléphonique si celui-ci peut avoir lieu.

Je me permettrai de vous rappeler dans les jours qui viennent pour convenir d'un rendez-vous. Si par vous même, vous souhaitez me contacter pour convenir d'un horaire pour cet entretien voici mes coordonnées :

- adresse électronique
- numéro de mobile

Par avance merci pour votre participation à mon projet de recherche.

Nadège Lordier

NOM : LORDIER PRENOM: Nadège

Titre de Thèse :

DE LA PASS AU DROIT COMMUN : état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011

RESUME

Introduction : Les PASS sont des structures de prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité et notamment des patients migrants. Leur réorientation vers le droit commun est une étape fondamentale afin de ne pas stigmatiser ces patients dans une filière de « médecine pour les pauvres ». La PASS de Nantes y prête une attention particulière.

Méthode : Nous avons interrogé 38 médecins généralistes sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients à l'aide de questionnaires administrés lors d'entretiens téléphoniques.

Résultats et discussion : D'une façon générale, ils rencontrent moins de difficultés que ce qui pouvait être imaginé dans le service. La prise en charge en ville des ces patients paraît donc tout à fait réalisable. La barrière de la langue et culturelle, surtout dans les troubles de la santé mentale ou les pathologies chroniques qui nécessitent une éducation thérapeutique importante, sont problématiques. Dans ce contexte de relation interculturelle, les médecins semblent souvent insatisfaits de la prise en charge qu'ils apportent aux patients et ressentent un sentiment d'isolement.

Conclusion : Il faut améliorer la communication PASS-ville afin de permettre aux médecins d'échanger plus facilement en cas de nécessité. Les médecins généralistes doivent être formés aux soins transculturels et la PASS a un rôle à jouer dans ce domaine. L'accès à des interprètes ou mieux à des médiateurs en ville devrait être possible dans les situations difficiles pour les médecins qui en feraient la demande. Les médecins n'en feraient semble t-il pas un usage excessif. Les consultations d'ethnopsychiatrie doivent être développées.

MOTS-CLES

Réorientation, PASS, droit commun, médecins généralistes, précarité, migrants, barrière de la langue, barrière culturelle