

**PATIENTS IMMIGRÉS
DANS LA RÉGION RENNAISE
LE REGARD DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Rapport d'enquête

Anne Yvonne GUILLOU

Sociologue

ODRIS

mars 2007

**Enquête réalisée pour et en collaboration avec
le Réseau Ville-Hôpital 35, financée par l'ACSE**



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS ET NOTATIONS UTILISEES	4
OBJECTIFS	5
RESUME	7
METHODOLOGIE	8
Choix du type de soignants	8
Sélection des médecins interviewés	8
Contact avec les médecins interviewés	9
Structure de l'échantillon	10
Biais de l'échantillon	11
Déroulement des entretiens	11
RESULTATS	13
I - La patientèle d'origine étrangère : une expérience variée des médecins	13
II - Représentations de la patientèle d'origine étrangère	16
a. Cadres des représentations	16
b. Influence du profil des médecins : médecins de type 1 et de type 2	19
c. Catégorisations ethniques selon l'origine	20
III - Les comportements des patients immigrés vus par les médecins	23
a. L'influence de la CMU	23
b. Les difficultés socio-économiques des patients	25
c. Le thème de l'étranger qui abuse	26
IV - La langue : vrai ou faux problème ?	27
V - Les pathologies des migrants	33
a. La discrétion sur les parcours de vie	33
b. Importance des troubles fonctionnels, difficulté de les soigner	33
b. Autres pathologies	35
VI - La prise en charge médico-sociale des patients d'origine immigrés	37
a. L'incompétence revendiquée	37
b. Les certificats médicaux	38
b. Un sentiment d'isolement dans le dispositif	38
VII - Impression (injustifiée) d'impuissance en matière de prévention	42
CONCLUSION. ENQUETES EN MIROIR	45
RECOMMANDATIONS	47
ANNEXE	49
Les six principaux résultats de l'enquête "Pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes", commentés par les médecins	49

REMERCIEMENTS

Le comité de pilotage était composé de :

- ∩ M. Marcel Calvez, sociologue, Université de Rennes 2
- ∩ M. Jean Marc Chapplain, médecin, CHU Rennes
- ∩ M. Alain Couatarmanach, médecin généraliste
- ∩ Mme Brigitte Flouzat, médecin de PMI
- ∩ Mme Pascale Petit-Sénéchal, directrice régionale du FASILD
- ∩ Mme Joëlle Plémevaux, coordinatrice de Réseau Ville-Hôpital 35
- ∩ M. Pierre Tattevin, médecin, CHU Rennes

Le comité s'est réuni le 13 mars 2006 et les discussions ont permis d'améliorer l'enquête et son dépouillement.

En premier lieu, que soient remerciés ici tous les médecins interviewés qui ont accepté de recevoir la sociologue malgré de lourds horaires de travail.

Les permanents du Réseau Ville-Hôpital 35 ont participé activement à l'échantillonnage et ont assuré l'envoi de courrier aux médecins sélectionnés.

Remarque importante : Certaines des indications concernant les personnes interviewées ont été modifiées pour que leur anonymat soit garanti.

ABRÉVIATIONS ET NOTATIONS UTILISÉES

AME	Aide Médicale Etat
ANAEM	Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations
CAI	Contrat d'accueil et d'intégration
APS	Autorisation provisoire de séjour
CADA	Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile
CMU	Couverture maladie universelle
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.
FASILD	Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé (service social situé le plus souvent dans les hôpitaux)
PRIPI	Programme régional d'insertion des populations immigrées

Pour décrire les interviewés dont je cite les paroles, j'indique entre parenthèse le sexe (F ou H) ; l'âge *estimé* par tranches de 10 ans (30-40 ans ; 40-50 ans, etc.) ; le quartier s'il s'agit de Rennes (Centre, Maurepas, Quartier Ouest, ZUP-Sud). S'il s'agit d'un commun périphérique, j'indique si elle est équipée d'une structure d'accueil (Commune avec S.A.) ou non (Commune sans S.A.). Ces structures d'accueil peuvent recevoir spécifiquement des immigrés (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) ou non (Aide à l'enfance accueillant des mineurs isolés, foyers...).

Dans les citations d'interviews, AG désigne l'intervieweur et MG (suivi d'un nombre), l'interviewé.

OBJECTIFS

Cette recherche trouve sa place dans la démarche plus globale du Réseau Ville-Hôpital 35 (RVH 35), d'amélioration des soins médicaux rendus aux personnes migrantes¹. Des observations répétées, faites par des membres de cette association, avaient en effet abouti au constat que la prise en charge médicale des personnes d'origine étrangère (ou perçues comme telles) était inadéquate. Le RVH 35 a donc mis en place une stratégie à plusieurs niveaux, comprenant l'ouverture d'un centre médical pour répondre aux besoins de certains migrants (financement URCAM) ; une vidéo sur les soins aux migrants (en cours de finition) grâce à un financement FASILD devant servir à la formation du personnel de santé.

Parallèlement, et venant informer ces actions, le RVH35 a sollicité un sociologue pour mieux connaître et comprendre les logiques des recours thérapeutiques des migrants et leurs difficultés, telles qu'elles sont *perçues par les patients eux-mêmes*. Les conclusions de l'enquête qualitative, basée sur les interviews de 33 personnes, ont été rendues dans un rapport intitulé *Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes*, finalisé en novembre 2005 (téléchargeable à <<http://www.odris.com>>) grâce à un financement du FASILD. Cette enquête amène à se poser la question de l'accès aux soins et des freins éventuels à la prise en charge des migrants *du côté des soignants eux-mêmes* car la relation thérapeutique est aussi une relation à deux, en plus d'être socialement structurée².

Cette seconde phase de l'enquête sur la santé des migrants et leurs pratiques de soins dans la région de Rennes, répond donc à deux objectifs :

1. Recueillir des informations sur la relation thérapeutique vue par les soignants, en particulier sur :

¹ Voir Réseau Ville-Hôpital 35, Améliorations des soins pour les personnes migrantes. Dossier Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville, Déc. 2003.

² Pour des précisions sur les liens entre relation interethnique et relation thérapeutique, voir le rapport final de la phase I de l'enquête.

- les difficultés à se comprendre (du point de vue linguistique et culturel)
- les catégories ethniques que les soignants se forment au cours de leur vie professionnelle et la façon dont elles peuvent influencer sur leur pratique médicale
- les difficultés que les soignants peuvent rencontrer sur le plan thérapeutique, administratif ou relationnel
- des éléments d'information sur des discriminations éventuelles, c'est-à-dire le traitement spécifique et défavorisé de certains patients du fait de leur appartenance (réelle ou supposée) à un groupe ethnique particulier.

2. Placer la phase I de l'enquête (sur les patients immigrés) en miroir de la phase II (sur les soignants). Il s'agit de reprendre chacune des conclusions de l'enquête I et de les faire commenter par les soignants, sur la base de leur expérience médicale personnelle.

RESUME

METHODOLOGIE

CHOIX DU TYPE DE SOIGNANTS

Deux possibilités s'offraient au sociologue, soit mener les interviews auprès d'un seul type de soignants, soit constituer un échantillon varié comprenant toutes les activités soignantes (médecins de ville, hospitaliers, généralistes, spécialistes, infirmiers libéraux et hospitaliers, kinésithérapeutes, aides-soignants). Après discussion du comité de pilotage, la première option a été retenue car :

- Elle permet la constitution d'un corpus homogène
- Les médecins généralistes se révèlent être, d'après l'enquête phase I, des acteurs particulièrement importants des pratiques thérapeutiques des migrants (fidélité des patients, représentations positives de la part des patients, "aux premières loges" en matière d'éducation à la prévention, meilleure connaissance des patients).

SELECTION DES MEDECINS INTERVIEWES

L'objectif était de constituer un échantillon pertinent au vu de l'enquête.

A partir de la *liste exhaustive* des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, 200 individus ont été extraits de façon aléatoire, selon la structuration suivante dite "par quotas" :

- 70 % de médecins exerçant à Rennes et 30 % de médecins exerçant dans les autres communes du département
- Parmi les médecins exerçant à Rennes : 90 % ont été choisis dans un des quartiers périphériques de la municipalité, ceux à plus forte concentration "ethnique" ³ (Villejean, Maurepas et la

³ « Ethnique » signifie en sociologie des relations interethniques et des migrations, les individus perçus (et/ou se percevant eux-mêmes) comme étant d'une origine ethnique différente de celle de la majorité de la population (dite population majoritaire), laquelle est détentrice des normes sociales et culturelles en vigueur dans cette société.

ZUP Sud, un tiers des effectifs des médecins concernés chacun) et 10 % dans un quartier central

- Parmi les médecins exerçant dans une commune périphérique, celles hébergeant une structure d'accueil de demandeurs d'asile ont été systématiquement retenues (Bruz, Le Rheu, Fougères). Les autres ont été sélectionnées de façon à varier les tailles et l'éloignement de Rennes.

CONTACT AVEC LES MEDECINS INTERVIEWES

Un courrier comprenant :

- une description de l'enquête (les médecins d'Ille-et-Vilaine avaient tous reçu un résumé de l'enquête Phase 1 et une invitation à la conférence de présentation des conclusions)
- un coupon-réponse précisant l'intention de recevoir la sociologue pour une interview d'une heure dans une enveloppe pré-affranchie

a été envoyé à ces 200 médecins sélectionnés.

13 ont répondu positivement, ce qui constitue un taux de réponses (sans relance) correspondant à la moyenne habituelle dans les procédures de ce type. 8 personnes relancées par un second courrier (choisies pour rééquilibrer l'échantillon en fonction des critères exposés ci-dessus) n'ont pas répondu.

A ces volontaires, il convient d'en ajouter quatre qui ont accepté des interviews filmées, dans le cadre du projet vidéo. Le guide d'entretien était différent (car un entretien filmé dans le cadre d'une vidéo nécessite un dispositif autre) mais les objectifs des interviews étaient les mêmes. Dans la mesure où, en outre, ce matériel s'est avéré très riche, il a été inclus dans le corpus des interviews⁴.

⁴ Toutefois, à des fins de rigueur sociologique, dans la mesure où la sociologie postule que les conditions d'entretien déterminent en partie le matériel recueilli, les entretiens filmés sont traités à part et leur utilisation comme illustration dans ce rapport est indiquée.

STRUCTURE DE L'ECHANTILLON

Les caractéristiques des volontaires sont les suivantes : il y a deux fois plus d'hommes que de femmes (si on compte la totalité des interviews) et plus de la moitié d'hommes seulement (si on compte les interviews sociologiques seulement). L'échantillon est réparti à peu près équitablement entre "jeunes" (moins de 50 ans, dont la plupart a moins de 40 ans) et "anciens" (plus de 50 ans)⁵. La grande majorité habite Rennes, répartis entre les quartiers périphériques (à plus forte densité immigrée) et centraux. Mais 4 médecins (5 si on compte les entretiens enregistrés) exercent dans une commune de la région rennaise.

Tableau 1. Sexe des personnes interviewées

Sexe	Effectifs	Total
H	8 + 3 (*)	11
F	5 + 1	6
Total	13 + 4	17

(*) le chiffre ajouté correspond aux entretiens filmés

Tableau 2. Age des personnes interviewées

Age	Effectifs
20-30	
30-40	6
40-50	3
50-60	8
60-70	
TOTAL	17

Tableau 3. Lieu d'exercice des personnes interviewées

Lieu d'exercice		Effectif	Total
Rennes	Centre	3 + 1 (*)	4
	Villejean + Ouest	1 + 2	3
	Maurepas	1	1
	ZUP-Sud	4	4
Commune avec structure accueil primo-arrivants		1 + 1	2
Commune périphérique sans structure d'accueil		3	3
TOTAL		13 + 4	17

(*) le chiffre ajouté correspond aux entretiens filmés

⁵ L'âge n'a pas été demandé lors de l'interview mais évalué par l'enquêteur.

BIAIS DE L'ECHANTILLON

Un échantillon réuni sur la base du volontariat est nécessairement structuré selon des facteurs particuliers, bien au-delà des critères retenus par les enquêteurs (explicités ci-dessus). La question finale "Pourquoi avez-vous accepté d'être interviewé ?" donne des réponses qui sont – comme il est habituel dans les enquêtes – d'ordre tautologique et peu informatif ("Parce que le sujet m'intéresse"). On fait l'hypothèse, au vu des profils des volontaires, que trois facteurs ont joué :

- Plusieurs médecins sont directement intéressés par la question de l'altérité, de la différence culturelle, soit parce qu'ils sont eux-mêmes d'origine étrangère ; soit parce que leur conjoint est d'origine étrangère ; soit parce qu'ils ont exercé ou vécu à l'étranger.
- Plusieurs médecins sont de jeunes praticiens débutants (moins de cinq ans de pratique de cabinet de ville) dont la patientèle est moins dense, les consultations moins chargées, et qui sont demandeurs d'informations pouvant les aider à mieux servir leur patientèle (en l'occurrence celle qui est d'origine étrangère).
- Plusieurs médecins exercent dans des zones de "forte" concentration ethnique (selon les taux rennais) et ont une proportion de leur patientèle d'origine étrangère pouvant atteindre la moitié.
- Plusieurs médecins connaissent le Réseau Ville-Hôpital 35 et souhaitent "donner un coup de main" en recevant le sociologue.

Dans tous les cas, cela signifie que les personnes interviewées ont une plus grande attention et une plus grande empathie à la question des patients immigrés et de leurs descendants, que la moyenne des médecins généralistes de ville. Cela doit rester présent à l'esprit du lecteur.

DEROULEMENT DES ENTRETIENS

L'enquête de terrain a été réalisée de mai à juin 2006. Elle a consisté en entretiens semi directifs sociologiques de 13 personnes, d'une durée de 30 minutes à 1h30, réalisés au cabinet de consultation de l'interviewé, soit un jour de congé, soit au moment de la pause, soit encore entre deux

consultations. A cela s'ajoutent trois entretiens filmés réalisés avec quatre médecins (dont un groupe de deux personnes). Les entretiens sociologiques se sont déroulés en face-à-face, à deux personnes, et ont été enregistrés sur un magnétophone, avec anonymat garanti. Les trois séances filmées ont été enregistrées également dans des cabinets de consultation, mais avec une équipe de quatre personnes comprenant la sociologue, la coordinatrice de Réseau Ville-Hôpital 35, le preneur d'image et le preneur de son.

L'entretien semi directif a été retenu car il s'agit d'une *méthode exploratoire*, utile quand on ne dispose pas de documentation sur le sujet par ailleurs. Or, il n'existe rien en Bretagne sur ce thème et très peu en France – pour ce qui concerne la sociologie des relations interethniques et des migrations⁶.

Le guide d'entretien comprenait une première partie sur l'expérience professionnelle du praticien auprès de patients d'origine étrangère puis une seconde partie où il lui était demandé de commenter les six principaux résultats de l'enquête (voir annexe 1) auprès des patients immigrés, à la lumière de sa propre expérience.

⁶ L'ethnopsychiatrie est mieux représentée. Il faut signaler aussi la soutenance d'une première thèse de sociologie sur le sujet : Estelle Carde, Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française, Thèse pour le doctorat de Santé publique, option sociologie, Université Paris XI, 2006 (téléchargeable sur <<http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00119345>>).

RESULTATS

I - LA PATIENTELE D'ORIGINE ETRANGERE : UNE EXPERIENCE VARIEE DES MEDECINS

Les médecins rencontrés ont des patientèles immigrées variées, tant du point de vue de leur origine ethnique/nationale que du point de vue de leur proportion par rapport à la patientèle générale (voir Tableau 4). Cela dépend bien sûr essentiellement de leur quartier d'installation car la clientèle des médecins traitants est essentiellement de proximité. L'expérience que nos interlocuteurs ont de patients immigrés est cependant d'autant plus variée qu'ils ont souvent exercé dans d'autres cadres avant de s'installer dans leur cabinet actuel (expérience de coopération à l'étranger, expérience de la médecine dans des quartiers pluriethniques), etc. C'est l'ensemble de cette expérience qui est souvent mobilisée dans les représentations que les médecins se font de leurs patients immigrés.

Il est difficile de dresser un tableau synthétique de l'expérience de la patientèle immigrée car tous n'ont pas fourni la même base d'estimation. Certains voient "très peu" de patients immigrés. D'autres ont une clientèle d'origine étrangère allant jusqu'à 50 % du total. 3 médecins ont une majorité de patients d'origine maghrébine ; 2 voient surtout des patients turcs ; 2 encore ont surtout une clientèle d'Europe de l'Est et de l'ex-Union soviétique.

Tableau 4. Patientèle immigrée, proportion et origine

	Effectifs patients immigrés	Maghreb	Turquie	Europe Est et ex-rép. soviétiques	Afrique noire (et Comores)	Asie	Autres
Mg1	6-7 familles en tout			1 famille daghestanaise (RP)	5 (dont RP + épouses d'agriculteurs français)	1	Touristes européens, femmes de militaires français
Mg2 (à mi-temps)	1/4 de la patientèle (surtout femmes et enfants)	majorité		majorité			
Mg3	très peu						
Mg4	une cinquantaine (familles)	2 familles marocaines	1 famille (20 pers.)	majorité (Daghestanais, Géorgiens, Biélorusses, Russes) (RP et ingénieurs)	2-3 étudiants	6-7 familles bengladeshies (restaurants)	
Mg5	2 patients/semaine (familles, mineurs isolés)	quelques familles		Tchéchènes, Polonais	quelques familles	1 jeune femme laotienne (époux français)	
Mg6	6-7 patients/semaine			ne reste plus qu'une famille	majorité (femmes et enfants)		
Mg7	1-2 patients/semaine (ms visites fréquentes=plusieurs/semaine)			oui (20 % de la patientèle immigrée)	majorité	oui (10 % de la patientèle immigrée)	
Mg8	6-7 patients/semaine						
Mg9	1/3 de la patientèle						
Mg10 (mi-temps)	50-60 patients tot. /semaine. 10-15 patients	majorité	majorité	quelques Yougoslaves, Tchéchènes,	quelques uns	quelques Laotiens	quelques Portugais

	immigrés/sem. (femmes et enfants)			ex-URSS			
Mg11	15-20 % patientèle	majorité	majorité	quelques Monténégrins, Serbes, Croates, Polonais, Tchéchènes	quelques étudiants	- quelques Afghans (10-15 familles pdt guerre) - peu d'Asiatiques (Asie Sud-Est)	
Mg12	50 % de la patientèle	oui	oui (y compris Kurdes)	Géorgiens, Daghestanais, Albanais, Kosovars, Yougoslaves	Congo (RDC), Mayotte	- Sud-est asiatiques - Mongols	- Latino- américains
Mg13	1-2 % patientèle actuelle	quelques Marocains (3e génération) + personnes âgées			quelques Africains de l'ancienne AOF		

RP = demandeurs d'asile et réfugiés politiques

II - REPRESENTATIONS DE LA PATIENTELE D'ORIGINE ETRANGERE

a. Cadres des représentations

L'une des interrogations de l'enquête étaient de comprendre comment et avec quels effets sur les pratiques médicales des médecins, ces derniers se représentaient leurs patients d'origine étrangère. D'emblée, il faut dire que la demande du sociologue à l'égard des interviewés n'a pas été très claire dans la mesure où deux critères se sont "télescopés". En effet, l'objectif de départ était de conserver la définition du patient immigré établie dans la phase I de l'enquête, c'est-à-dire "les personnes nées étrangères à l'étranger et arrivées à l'âge adulte – après 18 ans environ – en France". Mais les médecins lui ont superposé des définitions pragmatiques personnelles correspondant mieux à leur expérience (médecin familial traitant également les "secondes" et les "troisièmes générations" pour lesquels il était difficile de séparer les générations, médecin ayant exercé dans les pays d'origine et se référant aussi à cette expérience, etc.) Néanmoins, le but était finalement de comprendre comment les médecins construisaient eux-mêmes, dans leurs représentations, l'altérité de leurs patients (c'est-à-dire "qu'est-ce qu'un patient immigré, étranger, différent sur le plan ethnique" ?). Et, donc, la définition de départ importait peu.

Les médecins se forment des représentations de leurs patients d'origine étrangère en fonction de plusieurs facteurs :

- D'une part leur pratique thérapeutique quotidienne, qui les amènent à opérer spontanément, voire inconsciemment des regroupements de patients ;
- d'autre part les représentations générales des personnes d'origine étrangère qu'ils partagent avec d'autres acteurs sociaux de leur milieu socio-professionnel (celui des "classes intellectuelles supérieures" pour reprendre la terminologie de l'INSEE)
- et enfin, leurs expériences personnelles telles que la fréquentation d'un groupe ethnique particulier pour des raisons familiales ou amicales, des expériences ponctuelles heureuses ou malheureuses avec des personnes de telle ou telle origine, des voyages, etc.

Les représentations que les médecins ont des patients immigrés se forment par agrégations de perceptions conçues comme similaires d'une part et par généralisation d'autre part.

Les catégories de patients immigrés se forment autour de différents types :

- La connaissance du français. On reviendra longuement sur cet aspect qui est diversement perçu par les médecins. Il faut préciser d'emblée que la bonne connaissance du français n'est pas en soi un gage de bonne communication, comme le montrent les deux exemples suivants :

"Ça fait trente ans que je suis installé, je les ai vus arriver, et puis j'ai vu les enfants. Maintenant, c'est les enfants des enfants ! Qui sont moins marrants que les parents ! Ils ne s'intègrent pas b... Enfin, ils s'intègrent, ils n'ont pas de problèmes de langage. [...] Eux, parlent très bien le français mais ils sont plus... Problème d'intégrisme mais ils sont quand même très radicaux." (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

"[...] les parents parlent français. Euh... alors je dirais barrage peut-être plus... culturel avec en plus une maman dépassée, quoi. Par les quatre enfant qui sont très rapprochés. Une maman, je vous disais, dépassée qui, au niveau de l'éducation de ses enfants, est un petit peu paumée, c'est-à-dire leur laisse tout faire." (F, 30-40 ans, Commune avec S.A.)

- Les patients qui "posent des problèmes" et ceux qui n'en posent pas. Ou ceux qui rencontrent des problèmes susceptibles de rejaillir sur le plan de la consultation. Classiquement, ceux qui n'en posent pas sont moins perçus comme immigrés que ceux qui en posent car ils ne retiennent pas l'attention :

"AG : Des gens qui viennent d'Amérique du Sud [parmi votre patientèle] ?

MG10 : J'ai un patient. Qui ne pose aucun problème particulier. Je ne note aucune particularité jusqu'à maintenant. Mais c'est marrant, c'est comme si je ne les ressortais pas du lot parce qu'effectivement, les consultations se passent. C'est des gens qui parlent très bien français, qui sont très bien insérés, souvent mariés, d'ailleurs avec un conjoint français." (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

ou bien :

"J'ai pas de femmes maghrébines.... (elle réfléchit un peu) enfin, si j'en ai mais alors... pffff... finalement, j'oublie qu'elles le sont parce qu'elles sont tellement bien intégrées que bon... (rire)" (F, 50-60 ans, Commune avec S.A.)

Autre exemple :

"AG : Et dans la relation thérapeutique, comment ça se passe ?

MG2 : Ça dépend. Alors ça, on ne peut pas généraliser non plus, mais quelquefois, il y a des gens qui sont beaucoup plus demandeurs de soins, beaucoup plus agressifs peut-être. [...]

AG : Plus de...

MG2 : Mais ça dépend. Ça ne va pas être une majorité mais moi, j'ai tendance à focaliser un petit peu sur certains patients qui vont me demander quelque chose et insister alors que moi, je ne veux pas. Ou ce n'est pas ma façon de faire. Je vais me souvenir d'eux, que d'eux à la fin de la journée, quoi. Donc, ce n'est pas du tout la majorité des gens. Mais il y en a quelques-uns qui sont comme ça.

AG : D'accord. C'est ceux-là qui marquent le plus, finalement.

MG2 : Oui ça marque. Moi ça me marque, en tous cas." (F, 30-40 ans, Maurepas)

Cela peut rejoindre des représentations plus générales de l'opinion publique :

"Souvent, quand on pense émigré, on pense souvent aux problèmes des banlieues, aux problèmes des jeunes/ (AG : **c'est pour ça que le terme, je n'aime pas l'employer parce qu'il fait référence à ça, en fait**) Oui, et moi je n'ai pas le même rapport avec les émigrés ici que ce rapport là, quoi." (H, 50-60 ans, Commune sans S.A.)

Pour ce même généraliste, "mauvaise intégration" va d'ailleurs de pair avec assistanat.

- Enfin, les médecins distinguent entre "intégrés" et "non "intégrés", avec des définitions qui varient du plus descriptif au plus ressenti, du plus objectif ("Pour moi, migrant, c'est le mec qui arrive, qui est perdu, qui ne parle pas le français", H, 50-60 ans, ZUP-Sud), au plus subjectif ("une sensation de communication", F, 30-40 ans, ZUP-Sud) qui renvoie plutôt à une culture partagée, c'est-à-dire finalement à l'acculturation du patient⁷. Entre les deux extrêmes de cette définition, interviennent, selon les uns et les autres, les facteurs temps de présence en France, niveau d'étude, insertion économique, accueil par des compatriotes. Les médecins considèrent souvent comme plus aisé de communiquer avec des patients immigrés de haut niveau scolaire (quel que soit par ailleurs

⁷ L'acculturation est le phénomène psychosociologique selon lequel tout individu placé dans un nouveau contexte culturel intègre, de façon plus ou moins consciente et plus ou moins profonde, certains éléments de son nouveau milieu (valeurs, représentations, comportements, attitudes, pratiques, etc.)

leur date d'arrivée en France), au point que ces derniers ne sont pas toujours inclus spontanément parmi les patients immigrés⁸.

b. Influence du profil des médecins : médecins de type 1 et de type 2

Les profils des médecins jouent également dans l'élaboration des représentations qu'ils se font de leurs patients d'origine étrangère. On peut en effet distinguer de ce point de vue deux catégories de praticiens interviewés. D'une part un petit groupe de médecins hommes, ayant une longue pratique de cabinet, installés dans un quartier à "forte concentration ethnique", recevant surtout, parmi sa clientèle immigrée, des membres de la vieille immigration ouvrière post-coloniale (familles maghrébines et turques). Ce groupe est plus tranché dans ses opinions – voire ses préjugés – et globalisent beaucoup plus souvent quand il parle de sa patientèle immigrée (ou de leurs descendants). On peut de ce fait supposer que, accueillant un nouveau patient immigré, il le catégorisera plus rapidement et lui attribuera plus rapidement des caractéristiques générales qu'il considère comme étant celles de son groupe. Ainsi, par exemple, un médecin décrit ses sentiments immédiats lorsqu'il reçoit, pour des visites médicales pré-nuptiales, des couples mixtes dont la femme, française, est beaucoup plus âgée que le mari, lequel est souvent demandeur d'asile ou primo arrivant d'origine "turque", kurde ou maghrébine. Ce médecin prend sur lui de recevoir séparément l'un et l'autre des futurs époux pour les mettre en garde contre une telle union qui, estime-t-il, est vouée à l'échec.

Le second groupe est plutôt féminin, plutôt jeune, exerçant depuis quelques années seulement. Il est plus porté à l'autocritique et à l'introspection, est attentif (en tout cas dans la prise de parole) à considérer chaque patient séparément sans l'enfermer dans un cadre ethnique préétabli tout en estimant que la problématique de l'immigration est spécifique et doit rester en arrière-plan de la consultation et du suivi médical. Il est installé dans un quartier où la population immigrée est plus variée et appartient, notamment, à des flux plus récents (en provenance d'Europe de l'Est notamment). Pour reprendre l'exemple décrit ci-dessus du sentiment à l'égard de certains couples mixtes, on comparera la première réaction émanant d'un médecin de "type 1" à celle-ci, émanant d'un médecin de "type 2" :

⁸ Pourtant la communication avec les patients français de haut niveau scolaire n'est pas forcément chose plus aisée car ils sont plus exigeants, plus demandeurs d'information, voire "donneurs de leçons" (cela est abordé par deux ou trois interviewés).

"Les épouses d'agriculteurs [jeunes épouses africaines d'agriculteurs français âgés], c'est plus quelque chose de choisi de part et d'autre, même si les attentes ne sont pas forcément les mêmes des deux côtés. Donc, là c'est plus ça qui... euh... qui est parfois difficile. Et là encore – enfin, pas plus pour ces couples-là que pour d'autres couples qu'on sent effectivement s'éloigner dans le mur – parce que par exemple au niveau de la relation du couple ça nous paraît pas très sain, donc... mais c'est pas à nous de nous immiscer dans leur choix de couple." (F, 30-40 ans, Commune avec S.A.)

Entre ces deux modèles-types se déploient les profils intermédiaires des interviewés.

c. Catégorisations ethniques selon l'origine

Selon l'expérience professionnelle et personnelle de chaque praticien, chacun se forge des représentations plus ou moins liées aux origines ethniques, même si beaucoup ne demandent pas de précision à leurs patients à ce sujet, par souci de discrétion, une valeur qui est fortement exprimée dans les interviews et qui est une conséquence de l'éthique médicale générale consistant à traiter avant tout un malade (voire une maladie) sans distinction. Cette discrétion s'applique au refus de contrôle ("je ne suis pas flic") à quelque niveau que ce soit (situation administrative du patient, en particulier).

Il est difficile de dégager des schémas généraux. Tout au plus peut-on esquisser (mais cela concerne trois ou quatre médecins seulement) une opposition, dans les représentations, entre patients originaires d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS, plus exigeants, rudes, voire agressifs et patients d'origine africaine, plus laxistes en termes d'éducation des enfants et de respect des heures de rendez-vous (4 médecins) ; plus ouverts, aussi, aux diagnostics en terme d'origine psychosomatique (3 médecins).

"Peut-être entre les Africains et les gens de l'Est, je note vraiment une nette différence. En plus, ce sont les derniers migrants. Je trouve les gens de l'Est vraiment... Il y a une dureté, je trouve. Je pense qu'effectivement, ce sont des gens qui n'ont pas vécu des choses faciles mais je trouve qu'il y a une certaine dureté qu'on ne retrouve pas pareil chez des Africains. (AG : dureté envers soi-même ou envers les autres ?) Les deux, les deux. Je sais qu'il y a des patients des pays de l'Est, c'est assez dur. Moi, j'ai l'impression que je suis sur mes gardes. (...) J'ai l'impression que la communication se fait toujours sur un mode agressif. Et qu'on ne retrouve pas dans d'autres ethnies. (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

Dans l'expression des symptômes, les origines culturelles jouent un rôle. Les médecins en ont conscience, bien entendu, sans être toujours en mesure de "traduire" l'expression des plaintes de leurs patients dans un langage plus familier ("on ne pense pas pareil").

Deuxièmement, concernant les patients d'origine turque et maghrébine, les représentations des médecins sont souvent très proches de celles de la société dans son ensemble (des populations en repli sur elles-mêmes ; le retour de pratiques religieuses strictes – port du voile, respect du Ramadan – abandonnées par la "première génération", constitue un recul). Sur le plan médical, plusieurs médecins disent que leurs clients turcs et maghrébins demandaient autrefois beaucoup de visites à domicile (mais la tendance est fortement en baisse) et ont une certaine tendance à dramatiser leurs symptômes, notamment la douleur et la fièvre, exprimés de façon "un peu théâtrale", "très explosive". De ce point de vue, les profils-types des médecins dégagés plus haut prennent tout leur sens, le type 1 ayant plus volontiers ce genre de représentations.

Il faut évoquer en particulier ici le port du foulard musulman qui a un très fort retentissement dans la société française depuis une dizaine d'années car il cristallise les conflits interethniques "Français"/"Maghrébins"⁹. Elle s'exprime de la même façon lors des interviews. La moitié des médecins en ont parlé dans les entretiens sociologiques. Tous éprouvent un certain malaise à l'égard de ce foulard, qu'ils expriment sur différents modes :

- une gêne professionnelle : le foulard peut gêner la consultation. Un médecin dit fermement qu'il exige le retrait du foulard si la consultation le demande. Il exprime ainsi qu'il refuse une médecine différente selon les groupes ethniques et que c'est à ceux-ci de se plier aux façons de faire de la médecine. Ce point est à mettre en parallèle avec la question évoquée plus loin des examens médicaux comme la palpation des seins

⁹ Même si ce n'est pas le lieu de l'évoquer en détail ici, les études sur le port du foulard musulman en France montrent que celui-ci a plusieurs causes et qu'il relève d'un phénomène pas uniquement religieux : une cause traditionnelle (les femmes rurales de Turquie et du Maghreb le portent comme un élément de costume et non comme un symbole religieux) ; une cause interethnique (les "seconde génération" revendiquent ainsi une ethnicité immigrée plus que religieuse, sur un mode provocateur) ; une cause intraethnique (l'agrandissement des groupes immigrés accentue le contrôle social sur les individus, or la norme conservatrice incline au port du foulard des femmes "comme il faut") ; une cause religieuse enfin (travail de réislamisation par des groupes prosélytes auxquels sont sensibles à la fois de jeunes intellectuelles et des jeunes qui n'ont pas connu d'ascension sociale par rapport à leurs parents).

et les frottis vaginaux, que les médecins disent pratiquer sans problème sur leurs patientes de culture ou de religion musulmane. Il montre bien que nous sommes là dans l'univers des représentations alors que la pratique médicale réelle est différente.

"AG : Comment vous percevez le foulard ? Comme un signe de repli, de gens qui n'ont pas envie de communiquer avec vous ou alors, pour vous, ça relève d'autre chose... Dans votre pratique, est ce que ça induit des choses ?

*MG10 : ...Nnnnon... enfin, une femme que j'ai toujours vue voilée, ça ne... voilà, je prends ça comme c'est et point. Par contre, là où j'ai besoin de réponse et où je m'autorise à poser des questions, c'est quand j'ai une jeune adolescente qui vient voilée alors que jusqu'à maintenant, elle ne l'était pas. Et ça, j'ai posé la question. Parce que là, ça me marque. **(AG : C'était des jeunes Turques ou des Kurdes ?)** Alors, j'ai une Marocaine et une famille kurde. Dans la famille kurde, ça m'a posé problème parce que c'est des enfants, par exemple, le père avait décidé qu'ils arrêteraient l'école. Sauf que légalement, ils n'avaient pas le droit. Donc, on avait fait un signalement auprès de l'école. (...) **(AG : vous avez des liens avec l'école ?)** Eh bien, en fait, on l'a fait parce que la jeune fille voulait y aller, à l'école. Elle nous en avait parlé. Donc, on a essayé de voir avec l'école et de voir avec le père. Et finalement, elle a pu refaire une année d'apprentissage." (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)*

- un recul du principe de l'égalité des femmes : plusieurs médecins estiment que le foulard est le symbole d'une domination de la femme et comprennent mal que des femmes, en France, acceptent ce symbole.

"AG : Il y a pas mal de Français qui le ressentent [le port du foulard musulman] comme un message de rejet de l'autre, de volonté de ne pas communiquer..."

MG 12: Non, je ne le ressens pas comme ça. Moi, c'est plutôt dans le... Mes amis disent toujours que je suis MLF donc... (rire) moi, c'est plus... ce qui m'embête, c'est l'idée de soumission, en fait. Soumission à l'homme ou à... C'est vrai que là, je me dis 'bon, il y a la liberté d'expression, tant que... si elles ont envie de porter le foulard, si ça leur plaît, pourquoi pas !' Mais par contre, si effectivement, c'est dans l'idée d'une soumission comme cette patiente qui ne pouvait pas faire de frottis parce que son mari ne voulait pas, là, vraiment, ça me fait quelque chose. Je trouve ça pas juste et c'est quelque chose que j'ai beaucoup de mal à supporter." (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

- un mode humoristique : un médecin (femme) fait état des avantages comparés, en matière de séduction, de la *burka* et de la mini-jupe ; et

penche pour la première, plus suggestive, surtout quand la paire de jambes n'est pas à l'avantage de la porteuse de tenues courtes.

Enfin, la religion musulmane est également évoquée (par 6 médecins) en des termes qui sont problématiques : un médecin reconnaît qu'en tant que chrétien récemment (re)converti, l'islam lui pose un problème car il l'estime très opposé au christianisme (pour des raisons qu'il n'expose pas). Un autre fait état des incohérences des pratiques religieuses de certains patients musulmans qui, tout en respectant rigoureusement le ramadan, ont des conduites enfreignant leur religion sur d'autres plans comme la sexualité hors mariage ou la consommation d'alcool¹⁰. Enfin, deux médecins se plaignent de la difficulté de prescrire un traitement pendant le ramadan et critiquent les puristes (qui refusent de prendre ne serait-ce qu'un comprimé) qui seraient nombreux surtout chez les plus jeunes. Ces médecins y voient un recul par rapport aux pratiques religieuses des parents, moins strictes.

III - LES COMPORTEMENTS DES PATIENTS IMMIGRÉS VUS PAR LES MÉDECINS

a. L'influence de la CMU

La seconde conclusion de l'enquête phase 1 était que les migrants interviewés trouvaient infiniment plus facile l'accès aux soins que toute autre forme d'intégration à la société française (situation administrative stable, obtention d'un emploi, d'un logement). L'hypothèse était que cela pouvait générer une sorte de "compensation" dans le domaine de la santé, par exemple par une consommation médicale (consultations, médicaments) excessive.

Les médecins interviewés nuancent cette analyse. La plupart de leurs patients immigrés bénéficient de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et cela ne leur pose aucun problème particulier car la gestion de ces dossiers est relativement facile. Certains médecins insistent d'ailleurs sur l'éthique médicale première qui oblige à soigner les malades quels qu'ils soient, y compris s'ils ne peuvent pas payer. A condition toutefois qu'il n'y ait pas d'abus et que les patients fassent un effort de leur côté pour mettre à jour leurs droits à la CMU et viennent avec leur

¹⁰ Il faut noter que cette critique adressée par des chrétiens à des musulmans apparaît depuis les contacts coloniaux au moins (XIXe s.). Les spécialistes de la religion musulmane estiment pour leur part qu'il est très fréquent, dans les pays musulmans, que les gens qui ne sont pas très religieux dans l'année, justement, s'appliquent à faire le ramadan. Il n'y a pas de contradiction et cela n'est pas dénoncé comme une aberration.

Carte Vitale. Quelques patients trop négligents se voient ainsi rappeler à l'ordre. (Les dossiers AME demandent, quant à eux, plus de "paperasse").

La CMU induit une logique des soins particulière en ce sens que les médicaments, y compris les médicaments de base (aspirine, paracétamol, spray nasal) ne sont remboursés que lorsqu'ils sont prescrits. Cela aboutit au fait que les consultations pour des affections bénignes augmentent dans la population couverte par la CMU alors que la population disposant de la Sécurité Sociale achète plus volontiers directement en pharmacie les produits de l'automédication courante. Or, la plupart des patients immigrés des médecins interviewés ont la CMU. Quatre médecins estiment ainsi que la CMU pousse à la consommation médicale.

Mais cela n'est pas nécessairement inutile, comme l'exprime l'extrait d'interview ci-dessous car la consultation du généraliste a une fonction plus large que la seule distribution de médicaments :

"MG1 : Il faut préserver [la CMU] parce que c'est humanité simple, enfin voilà. Mais ça n'empêche pas une certaine éducation et, donc que ça soit, encore une fois avec des patients français ou les patients étrangers, en essayant de donner des outils, en fait, aux parents ou bien aux enfants en disant 'ben voilà, ce qui doit vous inquiéter, ce qui doit vous faire consulter.' Bon, c'est sûr que, je repense à la famille du Daghestan, l'autre jour, il y a trois semaines, j'ai vu arriver le garçon de 11 ans qui me dit 'eh bien là, j'ai un truc dans la tête'. C'était un truc tout bête, c'était une petite croûte un petit peu infectée. Hop, j'ai le réflexe médecin. Donc ça c'est vrai que c'est des choses que les parents auraient pu gérer chez eux. Donc, il y a peut-être, c'est possible, un peu plus de consommation médicale. Mais moi, je trouve que ça vaut le coup par rapport au véritable dépistage de pathologies graves, voilà ! Et puis ça n'empêche pas une éducation aussi.

AG : C'est un prétexte, pour vous, pour faire un travail d'éducation ?

MG1 : Oui [...] Tant pis s'il y a trois consultations qui ne sont pas forcément hyper importantes si ça permet peut-être une fois... ou ça permet de dépister vraiment un truc urgent [...]

AG : Vous faites de l'éducation, d'accord.

MG1 : Cette utilité-là sur le plan médical et aussi créer du lien social. Parce que sur Saint Augustin [nom de la commune modifié] il n'y a pas énormément de gens qui parlent russe. Et donc, je pense aussi qu'au niveau interlocuteurs ils ont pas forcément... Vous parliez d'associations, il y en a peut-être plus sur Rennes qu'ici ; surtout quand on n'est pas motorisé ; quand on a juste le car c'est pas forcément possible de... [...] mais en fait, voilà, hein, c'est créer du lien social aussi.

AG : Oui, le médecin permet de discuter un peu parfois, ils sont très isolés.

MG1 :C'est un peu ça que j'ai ressenti. Il y avait cette croûte dans la tête qui les inquiétait, ils ne savaient pas à qui demander. C'était pas forcément hyper utile sur le plan strictement médical, quoi." (F, 30-40 ans, Commune avec S.A.)

Dans le cas d'étrangers isolés, le médecin est parfois l'un des recours les plus immédiatement accessibles, peut-être plus dans les communes qu'à Rennes :

AG : Est-ce que vous ressentez ce déséquilibre [entre consommation médicale et intégration difficile] au niveau du cabinet ?

MG7 : Non. Non, sauf quand il y a des demandes répétées. Répétitif de soins, là, on voit qu'ils ne peuvent pas avoir d'autres interlocuteurs que nous. Donc, ils viennent me voir, parler de où ça avance ou des problèmes qu'ils ont avec l'administration, la Préfecture. Donc, ils viennent comme ça alors qu'il n'y a pas besoin de consultation mais... Donc, on voit qu'il y a un manque à côté parce que sinon, ils ne viendraient pas comme ça." (H, 40-50 ans, Commune avec S.A.)

Le médecin généraliste a donc pour vocation de rassurer les gens stressés et isolés. Mais aussi de détecter les pathologies lourdes et éventuellement des pathologies contagieuses (exprimé plusieurs fois au cours des entretiens).

b. Les difficultés socio-économiques des patients

A part le rôle de la CMU dans les habitudes de consommation médicale, les médecins soulignent la similarité entre les conditions "stressantes" de vie liées à l'installation dans un nouveau pays et les difficultés socio-économiques d'autres patients "français", qui peuvent être comparables. Plus les difficultés sont grandes, plus les gens consultent. Un médecin décrit à cet égard le comportement de ces patients au chômage, qu'il voit en moyenne beaucoup plus souvent pendant leur période de perte d'emploi et qui consultent moins quand ils retrouvent un travail rémunéré. De la même façon, les étrangers vivant les conditions sociales les plus difficiles (c'est-à-dire les nouveaux arrivants demandeurs d'asile) consultent plus :

AG : Aller beaucoup chez le médecin... parce que c'est une forme d'intégration, finalement, qu'on ne peut pas obtenir par d'autres biais... C'est une hypothèse, je ne sais pas.

MG 12: Oui, c'est possible parce que c'est vrai que, par exemple, il y a comme ça, des nouveaux arrivants qu'au début je voyais toutes les semaines. Toutes les semaines, ils venaient me voir. Pour une petite douleur au bout du doigt, pour un petit bouton qu'ils avaient là, enfin vraiment... pour rien, quoi, ils venaient me voir. Effectivement, ces gens-

là, souvent, c'était des gens qui n'avaient pas de logement, qui, au niveau des papiers, c'était pas encore... Mais ils avaient la CMU. En même temps, je me dis, effectivement, ces gens-là, s'ils n'ont pas de logement, ils sont tous seuls, ils n'ont pas leur famille, peut-être aussi que le fait d'aller voir un médecin, quelque part, c'est rassurant... peut-être, peut-être... (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

c. Le thème de l'étranger qui abuse

Du thème de la consommation médicale, deux médecins passent directement au thème de l'étranger qui abuse du système de protection sociale français. L'un d'entre eux estime qu'il y a beaucoup d'abus liés à la CMU et trouve cela "choquant". Il développe le thème des étrangers profiteurs qui ne bénéficient pas du même niveau de soins dans leurs pays d'origine mais font pourtant preuve d'une grande exigence en France :

"Et franchement, là, j'avais été très, très fâchée parce que je dis 'Quelle exigence, ils ont de nous !' C'est vrai que des fois, on est un peu aigri, parce qu'ils ont le logement, on les reçoit un petit peu, c'est vrai, relativement bien. Ils ont des cours de langue, payés, rémunérés quand même. Une exigence pour passer des examens [médicaux complémentaires], des examens que je n'aurais jamais fait passer à, aussi rapidement à mes patients habituels, et puis voilà ! insatisfait derrière. (...)

Je crois que eux, quand même, ont cette chance d'être chez nous, d'être quand même un peu pris par la main. Et malgré tout, ils sont insatisfaits. Ca, ça me révoltait un petit peu, oui. Alors, après, bon ma foi, 'Vous n'êtes pas content, allez voir ailleurs !' C'est ce que je leur ai dit. Bon, ils sont toujours là, la preuve. Mais j'étais un peu désemparée."
(F, 50-60 ans, Commune avec S.A.)

Sur le thème de l'étranger profiteur, un autre médecin évoque la suspicion concernant le droit à la CMU de quelques-uns. Le profil de ce médecin est différent du précédent (le premier a très peu de patients immigrés mais a eu deux mauvaises expériences avec des patients étrangers très exigeants). La personne ci-dessous est au contraire installée dans un quartier rennais de concentration ethnique et partage les mêmes représentations que la population du quartier, concernant l'immigration¹¹.

¹¹ Pour une étude détaillée de ces représentations concernant les Turcs, voir Anne Guillou et Martine Wadbled, *Migrations turques en Bretagne. Rennes, Vannes, Quimper*, rapport, Rennes, ADDRAS [Assoc. pour le Dév. et la Diffusion de la Rech. en Anthrop. et en Sociol.]/FASILD, juin 2004, 161 p. (téléchargeable sur le site de l'ODRIS).

"AG : Il y a beaucoup de patients d'origine étrangère à la CMU ?

MG11 : La plupart. (**AG : Ça vous pose un problème ?**) Aucun ! Ce qui pose problème, c'est de voir des gens très riches à la CMU. C'est ça le problème. (**AG : C'est quoi les gens très riches ?**) Non, mais de voir quelqu'un qui est en France au SMIC, ou moins, qui rame et ainsi de suite et qui n'a pas le droit d'être à la CMU parce qu'il dépasse de 10 euros, 30 euros et puis de voir un type qui est maçon, qui a une maison en Turquie et qui est à la CMU. Quelque part, il y a un truc qui ne va pas, quoi ! Il y avait des Afghans, au départ, qui roulaient en BM et qui étaient à la CMU parce qu'ils étaient réfugiés politiques, il y a quand même un problème ! Il n'y a pas un problème pour moi parce que moi, j'ai largement ce qu'il faut pour vivre. Mais ce que je veux dire, c'est que vis-à-vis de... Alors, ça, par contre, les gens gueulent ! (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

Nous voudrions souligner ici que le thème de l'étranger profiteur ne relève pas du simple bon sens comme voudrait le faire croire le discours qui estime que le "politiquement correct" interdit de s'exprimer librement sur le sujet de l'immigration. Il relève au contraire d'une certaine conception de l'étranger. D'abord parce que ce thème apparaît toujours lié à d'autres, dans les interviews¹², ensuite parce que les autres médecins qui s'expriment sur la consommation médicale, excessive ou injustifiée à leurs yeux, de certains patients étrangers ne le font pas nécessairement en l'associant au thème de l'étranger profiteur.

IV - LA LANGUE : VRAI OU FAUX PROBLEME ?

La question de la langue est très diversement appréciée par les interviewés. Pour **la moitié environ de nos interlocuteurs**, l'absence ou la mauvaise connaissance du français (ou de toute autre langue commune de dialogue) par les patients est un problème majeur et indépassable, au point que plusieurs parlent de médecine apparentée à une "médecine vétérinaire" dans le cas où le dialogue n'est pas satisfaisant. Pour la seconde moitié, au contraire, rares sont les cas où la communication est impossible et, de toutes manières, d'autres techniques existent

¹² L'un des deux médecins compare la transplantation vécue par ses patients, travailleurs du bâtiment en France, avec son propre stage de deux mois comme étudiant en Amérique du Nord, pendant ses études de médecine, sans percevoir ce que les deux situations ont de profondément différent en terme de statut social, de rupture biographique, de rapport avec la société d'accueil. Le second médecin estime que, passé les premiers temps de l'installation, qui doivent être pénibles, tout doit normalement rentrer dans l'ordre. Ces deux médecins sont aussi ceux qui place le sociologue, pendant l'interview, dans la position du défenseur un peu naïf des étrangers, autre thème classique de la xénophobie.

pour contourner la difficulté. On observera d'abord en détail la façon dont les médecins conçoivent la communication dans la consultation, puis les facteurs qui influent sur leur appréhension de la situation.

Parmi ceux qui estiment que le problème de la langue est central, il y a ceux qui expriment une difficulté générale :

"AG : Certains de vos confrères m'ont dit, par exemple, que l'examen clinique était un peu plus approfondi parce que si on ne peut pas échanger, on s'arrange pour compenser autrement ?

MG8 : Oui, bien sûr mais je pense quand même que l'examen médical passe beaucoup par le dialogue et l'écoute et que c'est un gros manque, ça. C'est même un handicap très lourd ! En l'occurrence, je pense à une Polonaise là, justement, elle avait des maux de ventre qui étaient des gros maux de ventre, vraiment très sérieux, elle avait mal, mais qui étaient d'origine psychologique, en fait. Et avant de lui faire comprendre ce que c'était que l'origine, ça a été complexe, quoi. Il a fallu, justement passer par le biais de l'interprète pour pouvoir...

AG : Votre voisine ?

MG8 : Oui, parce qu'autrement, c'était difficile. Et puis le mari ne comprenait pas trop non plus et il disait : 'qu'est-ce qu'il fait le médecin ? Pourquoi il ne va pas plus loin ?' Donc, je pense que la médecine, ça nécessite de pouvoir parler. Si on ne peut pas parler, c'est difficile. Autrement, ça correspond à la médecine vétérinaire ou la médecine pour bébés, encore que le bébé, on a le dialogue avec les parents, donc, ça peut aider aussi. Mais, non, pour moi, le fondement même de la médecine, c'est de pouvoir parler. C'est ce qui m'intéresse d'ailleurs, dans la médecine, c'est de pouvoir parler." (H, 50-60 ans, Commune sans S.A., peu de patients immigrés)

Il y a aussi ceux qui connaissent des difficultés plus circonstanciées :

"[...] le problème avec les travailleurs immigrés qui viennent seuls et qui croient bien parler, c'est qu'on a l'impression qu'ils comprennent mais ils ne comprennent pas. Ça, c'est encore plus grave parce que celui qui ne comprend rien, ce n'est pas grave. Vous appelez sa mère, sa sœur et on arrive à se débrouiller. Mais ce qui est grave, des fois, c'est que celui qui est là depuis quelques années et puis qui comprend à peu près pour la vie de tous les jours, quand on discute de médecine, il fait mine de comprendre, on croit qu'il a compris mais il n'a pas compris ! C'est comme ça qu'on peut faire des conneries." (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

Dans les cas où les traumatismes psychologiques et/ou physiques sont susceptibles d'avoir de fortes répercussions sur la santé du patient (comme dans

certains cas de demandeurs d'asile), la frustration est encore plus grande pour le médecin :

"MG1 : Vous savez que c'est notre richesse en médecine générale ; c'est qu'il y a le symptôme allégué, avoué au départ et puis il y a tout ce qui est sous-jacent et pour lequel parfois j'ai l'impression de ne pas avoir toutes les clés pour comprendre la demande sous-jacente. Peut-être à cause de la langue, peut-être à cause de la culture. Bon, voilà ! Je ne connais pas l'histoire du Daghestan [nous parlons d'un patient du Daghestan], je ne sais pas ce qu'ils ont vécu là-bas, je ne sais pas si... voilà ! J'avoue que quand il m'a dit qu'il faisait partie de la police politique et qu'il était parti en catastrophe... euh, j'ai pas creusé plus, parce que je ne trouvais pas que c'était à faire devant les deux enfants.

AG : Et vous pensez que c'est une donnée importante dans votre pratique... surtout si vous êtes un peu sensible, apparemment, aux questions d'ordre psychiatrique ou que vous êtes intéressée...?

MG1 : Bien sûr ! Les antécédents personnels, que ce soit médicaux, chirurgicaux ou par rapport à la prévention de la souffrance psychique, oui. Donc pour des demandeurs d'asile qui a priori, c'est vrai, ont vécu des choses pas top... et puis surtout ce qui me manque, c'est... ce que j'ai coutume de faire face à des gens qui sont en souffrance psychique, c'est d'essayer de revaloriser un petit peu ce qu'ils font, ce qu'ils sont capables de faire et d'avoir aussi un espèce de projet par rapport à eux. Et puis, là, il manque ça, cette donnée-là. Donc c'est pas simple pour de la prévention. C'est pas toujours satisfaisant parce qu'on a l'impression de faire vraiment du coup par coup par rapport aux symptômes." (F, 30-40 ans, Commune avec S.A.)

Pour plusieurs autres médecins, le problème principal est celui de l'interprétariat par des enfants de la famille dont ils estiment qu'ils n'ont pas à jouer ce rôle. Cela est gênant quand la consultation traite de sujets intimes comme les troubles gynécologiques ou psychologiques. Quand la discussion est totalement impossible, patient ou praticien se "débrouillent" pour trouver un interprète : des interviewés évoquent leurs recours à une voisine, un ami, une relation. D'autres regrettent de ne pas avoir appris le russe ou continué l'allemand... Un médecin a même appris quelques mots de *pidgin* d'Europe de l'Est ! ("*On apprend des petits mots ! Ben oui, par exemple, j'ai compris que pour les gens de l'Est, il faut dire 'analiss' et pas 'prise de sang'. J'ai appris qu'il faut dire, pour comprimés, il faut dire 'tablette', des petites choses comme ça, que régime, c'est 'diète'. C'est des mots comme ça que, à force d'entendre les traducteurs, tu retiens un petit peu et après (rire) tu leur ressors !*") D'autres encore s'assurent que le patient reviendra avec un

interprète. Mais toutes ces solutions sont "bricolées" car les traducteurs non familiaux ne peuvent pas être sollicités trop souvent tandis que les traducteurs membres de la famille posent le problème de la confidentialité et de l'implication affective vis-à-vis du patient.

Outre la frustration d'un dialogue tronqué et les risques de confusion du patient – qui peuvent éventuellement dégénérer en conflit, décrit par un médecin¹³ – la faiblesse de l'interrogatoire, l'évolution de la médecine, conduisent souvent à prescrire plus d'examens complémentaires.

"AG : La maman [de la patiente évoquée dans l'entretien] ? Qu'est ce qu'elle a ?

*MG5 : Je ne trouve pas ! Et alors, je pense que quand ils viennent, ils doivent faire leur liste... elle a mal partout, quoi ! Elle a mal partout mais bon... après, c'est vrai que... Pfff ! On a perdu aussi notre médecine clinique, hein ! On ne sait plus faire des diagnostics avec nos mains ! (rires) On se précipite tout de suite vers une écho, une colonoscopie, des choses comme ça, enfin, bon... je pense que ça avance plus vite et c'est quand même bien plus pointu mais la sémiologie fine qu'on apprenait en médecine, je me rappelle des sémiologies très pointues d'auscultation pulmonaire, bon... pttt ! Dans la foulée, on a la radio à côté et voilà, quoi ! (**AG : c'est l'évolution du métier qui veut ça ?**) Ah oui, tout à fait ! Plutôt la facilité des examens complémentaires. Alors, je parle pour moi, hein ! Je suis à cinq minutes d'un cabinet de radiologie. Peut-être qu'un médecin de campagne, enfin de campagne, je m'entends, peut-être un petit peu isolé... recourt peut-être moins à tout ça mais j'imagine qu'on a des choses peut-être, à réapprendre si on veut réutiliser notre sémiologie fine ! (rire) avec peu d'examens, mais...oui, c'est vrai que c'est à réapprendre tout ça, sûrement !" (F, 50-60 ans, Commune avec S.A.)*

Le souci est aussi de ne rien laisser échapper "de sérieux", hantise du généraliste (sentiment plus marqué, peut-être chez les jeunes).

"AG : Comment vous réagissez quand vous pensez que ce n'est pas nécessaire (d'aller chez un spécialiste, à demande du patient) ?

MG 12: Quand ce n'est pas nécessaire, des fois, je leur dis que, non, non, ils peuvent d'abord essayer de prendre le traitement que je leur propose et que si ça ne va pas, après, on verra le spécialiste. Je leur dis que c'est le déroulement des choses normales, c'est comme ça. Quelquefois, peut-être pour avoir la paix, je me dis 'bon, d'accord, allez, je vais demander le scanner' et en même temps je me dis 'si je refuse et qu'après, finalement, elle a un scanner et que finalement, on trouve quelque chose, t'auras l'air

¹³ Il s'agissait d'un patient qui n'avait pas compris la posologie et qui est revenu accuser son médecin de s'être trompé.

bête !' Donc, finalement... (**AG : Il y a toujours un risque quand même, la peur qu'il y ait quelque chose ?**) Voilà ! C'est ça ! Je me dis aussi, si je refuse et qu'en même temps, il y a quelque chose, tu auras l'air bien. Donc, des fois, je demande quand même l'échographie ou le scanner. Et quand il y a aussi la barrière de langage, des fois, je me dis 'peut-être que tu n'as pas bien compris aussi, il vaut peut-être mieux quand même vérifier s'il n'y a pas quelque chose...' (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

En opposition à cette moitié de l'échantillon, la seconde moitié considère les questions de langue comme secondaire. Rappelons que dans la phase I de l'enquête, la question de la langue n'est pas du tout apparue comme un problème pour les migrants interviewés, même – et surtout – ceux dont le niveau de français était bas. Ils estimaient avoir un bon niveau de communication avec leur médecin généraliste.

"AG : [...] Donc, les problèmes de langue, vous, ça n'a pas l'air de vous poser de problèmes.

MG2 : Non, parce que... je fais avec, quoi ! J'essaie de comprendre, on essaie de se comprendre et puis la plupart du temps, les gens connaissent un petit peu, hein. Souvent les gens viennent ici en me disant 'oh, la, la ! Je suis désolé, je ne parle pas le français'. 'Eh bien si ! vous parlez, on comprend très, très bien, y a pas de problème '"

AG : Oui, je comprends ce que vous voulez dire.

MG2 : C'est... même si c'est un français rudimentaire, ça suffit pour mener à bien une consultation...

AG : Ben, c'est intéressant parce que tout le monde n'a pas le même point de vue dans cette....

MG2 : Mmmmh, pas besoin non plus de faire un long discours. Mais il n'y a pas que le discours non plus. Il y a aussi, enfin nous aussi on se base, enfin moi... de toutes façons, ça c'est valable pour tous les patients, hein... Entre ce que les gens disent et ce que nous, on constate cliniquement, il y a quelquefois un décalage, et ça c'est... à la limite la parole peut être trompeuse, aussi donc...

AG : Mmmmh

MG2 : Dans l'autre sens aussi. Faut pas se fier qu'à la parole non plus.

AG : Ah oui d'accord. Donc, ça c'est intéressant.

MG2 : Il y a plein de choses, en fait, qui rentrent en... la gestuelle, enfin... Même quelquefois, les gens, les patients rentrent. On a déjà, on a déjà une idée de ce que... Je pense, en disant ça, particulièrement à un patient que j'ai vu récemment, là." (F, 30-40 ans, Maurepas)

Devant un tel partage de l'échantillon en deux parts à peu près égales sur la question de la langue, il fallait essayer de déterminer quels facteurs pouvaient expliquer de telles différences. L'hypothèse formulée au départ, était que plus le médecin était, dans sa vie personnelle et professionnelle, confronté à l'altérité (mariage mixte, origine étrangère, séjour de longue durée à l'étranger), plus la communication avec une personne étrangère de faible compétence en français lui paraissait facile et plus il pouvait développer des formes de communications alternatives. Même si l'échantillon est trop petit pour vérifier une hypothèse ou une autre, le tableau ci-dessous suggère que ce sont plutôt les caractéristiques sociologiques générales du généraliste (genre, âge) qui sont en cause. Ainsi, les femmes jeunes, installées depuis peu, sont celles qui avouent le plus de difficultés (quelles que soient par ailleurs leur expérience personnelle de l'altérité) alors que les hommes ayant une longue expérience de la pratique de la médecine sont ceux qui ressentent (ou disent ressentir) le moins de difficultés communicationnelle liées à la langue. Cela signifie que l'expérience de l'altérité doit être professionnelle (car elle est spécifique au cadre de la médecine clinique) pour être profitable, c'est-à-dire que plus on acquiert de l'expérience, moins on est embarrassé par la différence de langue. D'autre part, le fait que les hommes ont une moindre propension que les femmes à faire état de difficultés est une caractéristique de genre qui dépasse largement le champ de la médecine.

Tableau 5. Evaluation de la barrière linguistique selon le genre des médecins

Difficultés ressenties/Genre	Femmes	Hommes
Gros problème de communication	3	1
Niveau intermédiaire	4	0
Pas de problème	1	4
TOTAL (*)	8	5

(*) Comptage sur le nombre d'interviews sociologiques (sans compter interviews vidéo)

Tableau 6. Evaluation de la barrière linguistique selon la situation géographique du cabinet

Situation géo.	Forte concentration ethnique	Faible concentration ethnique
Gros problème de communication	2	2
Niveau intermédiaire	3	1
Pas de problème	4	1
TOTAL (*)	9	4

Tableau 7 Evaluation de la barrière linguistique selon l'expérience personnelle de l'altérité

Situation géo.	Expérience altérité	Pas d'expérience altérité
Gros problème de communication	1	3
Niveau intermédiaire	3	1
Pas de problème	2	3
TOTAL (*)	6	7

V - LES PATHOLOGIES DES MIGRANTS

a. La discrétion sur les parcours de vie

L'une des premières conclusions de l'enquête phase I (enquête auprès de migrants) étaient que les conditions matérielles et psychologiques de l'émigration-immigration avaient souvent été rudes, surtout pour les demandeurs d'asile actuels qui arrivent dans un contexte de restriction drastique de l'attribution du statut de réfugié politique et ne disposent pas d'un milieu d'accueil de compatriotes (chaînes migratoires).

Les médecins interrogés à ce sujet ont souvent peu parlé avec leurs patients de leur situation, soit par peur de paraître indiscrets, soit par peur d'ouvrir une boîte de Pandore qu'ils ne seraient pas capables d'assumer ultérieurement (un généraliste parle de risque de "psychiatrie sauvage"), soit encore parce qu'ils estiment que la méfiance vient des patients eux-mêmes, qui restent très peu diserts sur leur condition de vie et leur situation administrative, par peur que les médecins puissent influencer sur leur dossier ou fournir des informations les concernant. A ce sujet, plusieurs médecins rappellent vigoureusement qu'ils ne sont "pas des flics" et veulent maintenir leur travail en dehors des questions administratives de quelque nature qu'elles soient. Sur ce point comme sur plusieurs autres, on constate que l'opinion des médecins sur la relation thérapeutique divergent de celle de leurs patients : ces derniers, en effet, ne font état d'aucune réticence à l'égard de leur généraliste, à qui ils font généralement confiance.

b. Importance des troubles fonctionnels, difficulté de les soigner

Invités à dresser un tableau clinique des troubles qu'ils rencontrent le plus chez leurs patients, beaucoup de médecins (la quasi-totalité) évoquent en premier lieu les troubles psychologiques, probablement liés aux difficultés de la

transplantation, voire aux traumatismes graves vécus dans le pays avant de venir. Quatre médecins décrivent des cas de torture ou de viols chez des patients demandeurs d'asile, ou leurs enfants. La difficulté est grande car elle réside alors autant dans le diagnostic et son acceptation par le patient, que dans la prise en charge. A propos du diagnostic, certains médecins craignent de "laisser passer quelque chose de sérieux" devant les plaintes répétées de certains patients.

Quand ils ont établi un diagnostic de troubles psychosomatiques liés à des états dépressifs, il est souvent difficile de le faire entendre aux patients comme l'exprime ce médecin :

"Et en parallèle, j'ai aussi une famille avec trois garçons ados et le père et la mère. Ils sont tchéchènes. Et (soupir) j'ai un mal fou à gérer, parce que... Ils ont une grosse symptomatologie fonctionnelle. (AG : ah oui ?) Le père se plaint de vertiges. Il a une exigence, aussi, terrible au niveau diagnostic. La barrière de la langue, c'est vrai ! quand on n'a pas des symptômes précis pour faire un diagnostic, ça complique les choses. Donc j'en suis arrivée assez vite au scanner, au bilan ORL, au bilan neurologique. Eh bien, jamais satisfait de ses... il revenait sans cesse me dire que, euh, voilà qu'on n'avait pas eu la compétence de trouver ce qu'il avait. Là aussi, très belliqueux, euh (AG : Mmmm) Alors (rire) je pense aussi qu'il y a la transcription de ses paroles. Je me rappelle un jour, après maintes tentatives de soulager ses symptômes qui me paraissaient effectivement beaucoup d'allure fonctionnelle, générés par l'anxiété – je pense que la pathologie du migrant c'est un peu ça – euh, me transcrire ses propos en disant 'Voilà, je voudrais voir un médecin compétent !' (rire) Alors là j'étais sortie de mes gonds ! Après avoir vu trois-quatre spécialistes, je veux dire. Je lui ai expliqué aussi qu'il ne fallait pas exagérer. Nous, on a aussi notre médecine avec des limites. Et je pense que, d'abord il me parlait de ses symptômes qui existaient aussi dans son pays. Et je lui ai dit 'Ecoutez, enfin bon, la France c'est pas non plus la panacée pour tout.'" (F, 50-60 ans, Commune avec S.A.)

La situation en arrive au blocage dans ces conditions. D'après un médecin qui a l'expérience d'une clientèle originaire d'Afrique de l'Ouest francophone et des anciennes républiques soviétiques, la culture jouerait, en ce sens que beaucoup de cultures africaines développent des techniques de soins des troubles psychologiques et reconnaissent en ceux-ci, si ce n'est des origines psychologiques, en tout cas des origines non physiques (agression sorcellaire ou d'entités surnaturelles) qui rendent plus faciles le dialogue avec les médecins sensibilisés à ce type d'étiologie ; au contraire, les anciens Soviétiques restent plus volontiers dans une interprétation physique des troubles fonctionnels, en raison

probablement de leur histoire (lutte contre les étiologies populaires "surnaturelles" dans les pays communistes, mauvaise réputation de la psychiatrie soviétique...)

Cependant, même si le phénomène reste minoritaire, deux médecins décrivent une ouverture de certains publics à l'acceptation de l'origine psychologique de leurs problèmes :

"MG2 : Enfin ils ne vont pas venir en disant ça [qu'ils sont dépressifs]. Par contre ils vont venir en disant 'j'ai mal à la tête, j'ai mal dans le dos.' Les maux de tête. Les femmes surtout... enfin les femmes... je répète encore une fois que je vois beaucoup de femmes avec des céphalées chroniques. Si on fait des examens complémentaires, il n'y a rien. Qui viennent avec, un jour 'j'ai mal à l'épaule', un autre jour 'j'ai mal dans le dos', un jour 'j'ai mal à la tête'. Elles somatisent beaucoup, quoi.

AG : Mmmmh... qu'est-ce que vous pouvez alors, pour elle ?

MG2 : Moi, j'ai remarqué ça aussi...J'hésitais, au début, à leur dire 'c'est peut-être... vous déprimez peut-être. Vous avez mal partout, c'est pas normal, il y a sûrement quelque chose d'autre'. J'avais peur qu'elles prennent ça mal.

AG : Pourquoi ?

MG2 : Parce que la dépression, il y a plein de monde qui ne veut pas entendre parler de dépression. Ce sont les fous qui sont dépressifs. Et puis en fait j'ai eu la surprise... enfin, avec quelques personnes. Ce n'est pas non plus la généralité... en disant 'Ben, vous déprimez peut-être', finalement, ça les arrange que je le dise. Finalement, j'ai l'impression...

AG : Mmmmh

MG2 : Qu'elles sont d'accord pour prendre quelque chose dont elle ont besoin. Eventuellement voir... enfin non, pas vraiment vers les psychothérapeutes, dans ces cas-là...

AG : Pourquoi ?

MG2 : Ça dépend de la maîtrise du français encore une fois. Mais il y a des personnes que j'ai pu mettre sous antidépresseurs, justement et puis... Est-ce que ça va mieux ? on verra...

AG : Des psychothérapies, vous pouvez en prescrire, éventuellement...? Enfin, je ne sais pas si ça se prescrit, d'ailleurs ?

MG2 : Ça serait chez les psychiatres. Psychothérapie chez les psychiatres, mais il faut qu'il y ait maîtrise du français quand même." (F, 30-40 ans, Maurepas)

b. Autres pathologies

La seconde constatation massive est l'usure physique des travailleurs immigrés, avec des problèmes d'arthrose ("énormes", selon un médecin recevant beaucoup de travailleurs turcs et maghrébins), des douleurs lombaires chez les

ouvriers, les femmes de ménage et même les cuisiniers asiatiques (cité une fois) qui développent des affections articulaires liés au maniement du *wok* (sauteuse asiatique).

Diabète et obésité concernaient aussi beaucoup les patientes d'origine turque et maghrébine, tandis que le tabagisme concerne les hommes de même origine (ainsi que les femmes et les hommes d'Europe de l'Est).

Le reste du tableau est plus diffus. Le paludisme (très présent chez les Africains, ayant entraîné dans un cas le décès d'un bébé), la tuberculose, les parasitoses intestinales, les hépatites B et C, l'infection au VIH (dont un cas avec refus du diagnostic et de "disparition" de la patiente) se retrouvent en proportion un peu plus importante chez les patients immigrés que chez les autres (mais plusieurs autres médecins ne notent aucune spécificité pathologique). Cela pose d'ailleurs le problème de la formation des laboratoires d'analyses médicales à ce type de recherche, estime un médecin qui pense en particulier aux parasitoses.

Quelques-uns ont été confrontés, s'agissant de patients d'origine étrangère, à des pathologies dont ils n'avaient qu'une connaissance livresque tant les cas sont rares (ou devenus rares) en France : une filaire chez un patient africain, une maladie de Von Recklinghausen chez un enfant daghestanais, une valvulopathie probablement liée à une infection à streptocoque chez un étudiant africain.

Mais, généralement, les médecins ne se sentent pas spécialement démunis face à ces spécificités pathologiques, en dehors des "troubles fonctionnels" pour lesquels ils se sentent très mal armés à tous les niveaux.

VI - LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DES PATIENTS D'ORIGINE IMMIGRES

a. L'incompétence revendiquée

L'une des conclusions de l'enquête phase I était que la couverture médicale des patients immigrés était certes en général satisfaisante, mais que l'accès à l'information sur la protection maladie restait fragmentaire et disparate, fournie par des acteurs aussi différents que le personnel du centre AFTAM "Foyer Guy Houist", les assistantes sociales de la PASS, la famille, l'entourage, les assistantes sociales de quartier ou scolaire, etc. La question était de savoir si les médecins jouaient un rôle dans cette information d'ordre médico-sociale et, d'une façon plus générale, s'ils étaient intégrés dans des réseaux informels de prise en charge plus globale des patients immigrés (ou des autres patients, le cas échéant).

D'emblée, les médecins interviewés affirment, voire revendiquent leur incompétence administrative. Soit parce qu'ils estiment que les charges administratives sont déjà lourdes, soit par manque d'intérêt pour cet aspect des choses ("Ça ne m'intéresse pas"), soit par manque de temps, soit encore par souci de discrétion, comme on l'a déjà mentionné. Cela n'empêche pas certains de donner un "coup de main" aux patients qui en ont besoin, soit directement, soit par l'entremise de leur secrétariat. Cela peut prendre la forme d'une mise en contact avec l'assistante sociale de secteur ou le centre de Sécurité Sociale, le remplissage de feuilles de remboursement de soins, l'appel à une pharmacie pour donner des explications sur une prescription. Mais cela peut aller plus loin : voiturage jusqu'à l'hôpital pour une famille sans véhicule un soir, appel de la Préfecture pour obtenir des informations concernant une femme qui n'avait aucune couverture sociale (y compris la CMU ou l'AME), soutien de dossiers de demandeurs d'asile. Tout cela reste malgré tout exceptionnel, sauf dans un ou deux cas de médecins qui estiment faire "un gros travail social". Pour les autres, ils pensent que les patients sont suffisamment entourés et soutenus dans leurs démarches et obtention d'informations, notamment par les assistantes sociales, les guichets de Sécurité Sociale auxquels ils réfèrent facilement. Les relations avec l'ANAEM (dont le médecin est pourtant le premier professionnel de santé à recevoir les étrangers arrivant en France dans le cadre du contrat d'accueil et d'intégration), et le centre AFTAM "Foyer Guy Houist", en particulier, ne sont pas faites dans la majorité des cas.

b. Les certificats médicaux

Une demande particulière concerne les certificats médicaux, envers lesquels les médecins ont une connaissance et des attitudes très variées. La fonction principale des certificats médicaux est liée à la possibilité d'obtenir une Autorisation provisoire de séjour dite "Vie privée et familiale" pour raisons de santé, attribuables (après examen du dossier) à des étrangers qui auraient entamé un traitement en France et ne pourraient bénéficier du traitement équivalent dans leur pays d'origine, pour une pathologie mettant gravement en jeu leur santé ou leur vie (article L313-11-11° du CESEDA, Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile ; article déjà présent dans l'Ordonnance de 1945). Confronté à une telle demande, un médecin s'est renseigné auprès de l'Ordre des Médecins qui a avoué son ignorance. On trouve une minorité de médecins connaissant les procédures liées aux certificats médicaux ; une majorité qui ne connaît pas vraiment son utilité mais accepte de le rédiger avec circonspection et une minorité qui refuse parce qu'elle se sent manipulée. Il semble que la Préfecture ait mis en place début 2006 une procédure d'inscription (volontaire) des médecins souhaitant être habilités à rédiger les certificats médicaux joints au dossier visé ensuite par le médecin inspecteur de la DDASS qui transmet le dossier à la Préfecture. Aucun des médecins ayant participé à l'enquête n'a demandé son inscription mais l'un d'eux travaille en collaboration avec un médecin assermenté.

b. Un sentiment d'isolement dans le dispositif

La tradition médicale française du cabinet de ville valorisant le "colloque singulier avec le patient", le système du remboursement des soins à l'acte, tout cela, probablement, fait que les médecins, lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés face à leurs patients d'origine étrangère (et d'autres patients également) se sentent isolés et le déplorent. Ce sentiment est peut-être plus fortement partagé par les médecins exerçant dans les communes périphériques ainsi que les médecins qui sont en première position dans l'accueil médical des demandeurs d'asile nouvellement arrivés c'est-à-dire ceux qui ne bénéficient ni de réseau d'accueil familiaux et ethniques structurés et qui sont de surcroît dans les positions les plus fragiles, souvent décrits comme des populations instables par les médecins qui ont, de ce fait, du mal à les suivre, comme le dit un praticien :

"MG4 : Et puis aussi je reçois des courriers, de gens que je vois plus depuis un certain temps. Et puis ils donnent mon nom.

AG : Pour faire quoi ?

MG4 : Quand ils sont hospitalisés, eh bien oui, je reçois un compte rendu. Je ne les vois pas, je ne peux pas les appeler. Je ne peux pas les contacter. Parce que beaucoup ont leur adresse au foyer de la Croix Rouge.

AG : Oui, oui, oui.

MG4 : Si je téléphone à la Croix Rouge, ils disent 'On est une adresse postale, on ne peut pas vous aider.' C'est pas évident. Donc c'est ça le problème.

AG : Vous sentez une solitude ?

MG4 : Ben, une solitude, on est démunis alors on a envie de baisser les bras alors que c'est une population qui est fragile.

AG : Et vous...

MG4 : Et eux, je ne sais pas comment ils font. Par exemple quand on veut programmer des hospitalisations, il faut les programmer. On a des heures de consultations et il faut demander alors à l'hôpital, on arrive à avoir des traducteurs. On demande des traducteurs russes.

AG : Vous faites ça ?

MG4 : Oui parce que sinon, ça ne sert à rien. Ils reviennent et le médecin me dit 'je n'ai rien pu faire.'

AG : Et vous avez, justement, des recours, des personnes ressources, des assistantes sociales, des numéros de téléphone... ou alors vous êtes vraiment isolée ?

MG4 : On est isolés, hein ! parce que le CCAS ici, en fait, c'est le quartier. Donc ils [ces patients d'Europe de l'Est demandeurs d'asile] n'habitent pas toujours dans le quartier, puisqu'ils sont dans les hôtels.

AG : C'est une population mobile.

MG4 : Qui est très mobile ! Et puis, le problème c'est qu'ils parlent russe tous ces gens, ils comprennent le russe." (F, 30-40 ans, Centre)

Dans un cas, la collaboration a même été néfaste et le médecin s'est senti manipulé par un assistant social qui avait demandé à son remplaçant (ne connaissant pas le dossier) de se rendre inopinément auprès d'une famille que le travailleur social soupçonnait de négligence à l'égard des enfants. Il s'agissait en réalité, d'après notre interlocuteur, d'une prise de position partielle, visant à conforter une mesure d'expulsion du territoire français. Le patient, outré par cet abus de pouvoir du médecin, a protesté auprès de la Préfecture. Notre interlocuteur, découvrant la situation à son retour de congé, a personnellement soutenu ce patient qui a finalement obtenu un titre de séjour d'un an.

"Les assistantes sociales qui avaient l'air d'aller dans le sens de l'expulsion, d'une mise en doute, d'une maltraitance de ses enfants, c'était faux. Maltraitance, mais pas physique, hein ! Bon [le patient], lui, à un moment, il était peut-être un peu excessif, un peu énervé par tout ça, il envoyait promener les gens. On a dit que c'était [...] un malade,

un excité... pas tant que ça. Il faut faire attention. On peut avoir des personnes qui soit-disant sont là pour nous aider mais qui mettent en doute aussi notre pratique." (H, 40-50 ans, Commune avec S.A.)

Mais ce cas est unique. A l'autre extrême un médecin parmi les anciens, installé dans un quartier à "forte" immigration classique, estime avoir mis en place, avec le temps, un très bon réseau incluant les assistants sociaux du secteur, la CPAM, la CRAM, la COTOREP, voire le médecin conseil de la Sécurité Sociale dans les dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Lui, ne se sent pas du tout isolé.

Sur le plan médical cette fois, chacun s'est créé son propre réseau de référents médicaux plus ou moins dense mais la dimension linguistique et sociale doit être prise en compte quand on réfère un patient étranger. Sur le plan linguistique, d'abord, certains médecins s'assurent que le patient se rendra chez le spécialiste avec un interprète. Cela est surtout valable des médecins recevant beaucoup de migrants nouvellement arrivés (notamment les demandeurs d'asile). Pour les autres, ceux qui reçoivent majoritairement une clientèle de travailleurs immigrés et de bénéficiaires du regroupement familial, la question se pose moins ou pas du tout car ces patients peuvent facilement mobiliser leurs propres ressources :

"AG : Pour des gens qui ne parlent pas bien français, il n'y a pas des spécialistes qui en ont un peu ras le bol d'avoir des patients qui ne parlent pas français ?

MG11 :Oui, mais c'est quelque chose que je ne comprends pas parce que ça m'est arrivé des fois, de voir un patient qui ne parle pas français, qui arrive. Bon, il a toujours un petit bout de papier, où il habite et ainsi de suite, son numéro de téléphone. Moi, j'appelle et je lui dis 'vous viendrez avec quelqu'un qui parle français'. Ils reviennent. Enfin, je ne vois pas un patient du cabinet, ici, qui soit allé voir un spécialiste, dans les dix dernières années, sans être accompagné avec quelqu'un qui parle français." (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

Mais le réseau de spécialistes est choisi, plus généralement, en fonction de leur attitude à l'égard de patients étrangers :

"AG : Vous les adressez ou les gens se débrouillent pour trouver des spécialistes ?

MG4 : Ah, non, non, non ! Non, non ! Je donne un nom.

AG : Vous donnez un nom.

MG4 : Quitte à ce qu'ils prennent le rendez-vous parce que sinon, ça ne sert à rien de prendre en charge. Ils peuvent pas...

AG : Donc, quand même vous avez ce réseau-là au moins ?

MG4 : Oui, parmi les spécialistes.

AG : Vous avez des gens avec qui vous travaillez ?

MG4 : Oui je sais qu'ils sont sympas et qu'ils vont pas hurler !

AG : En voyant un étranger ?

MG4 : Oui, j'ai eu des réflexions, l'autre fois d'un médecin à l'hôpital. Bon, [sur] les étrangers qui n'ont pas la patience d'attendre. Le patient avait attendu 10 heures, quand même, la consultation. Donc c'était quand même... C'était une consultation de chirurgie et je pense qu'on l'a fait attendre sur un... et il est parti, furieux ! (baisse le ton) Il hurlait. Il a l'habitude de parler très... ils sont très... comme ça, là." (F, 30-40 ans, Centre)

Quelques médecins s'expriment sur leurs soupçons de conduites d'évitement de certains collègues qui traînent les pieds pour recevoir des patients immigrés mais il est toujours possible, avec le temps, de construire un réseau qui contourne cette difficulté :

"AG : Est ce que vous auriez tendance pour certains patients avec qui c'est difficile, qui ne parlent pas français, à les orienter différemment vers tel ou tel spécialiste dont vous savez que c'est peut-être plus...

MG : Mmm non (**AG : ou tel spécialiste dont vous savez qu'il va faire un peu la tête ?**) [...] oui, je comprends et j'ai des soupçons, parfois, de gens qui sont un peu déboutés parce que c'est des migrants. J'ai des soupçons. Voilà. La prise en charge est plus longue... J'ai une patiente que j'ai envoyée chez une gynéco [...] pour des problèmes de stérilité et elle a appelé parce qu'elle devait appeler le premier jour de ses règles, parce qu'elle avait demandé à la revoir à ce moment-là. Ça n'a pas été possible de la prendre en charge. La deuxième fois, pareil. Je me suis dit 'attendez, il y a un problème, est ce que c'est parce qu'elle est à la CMU et qu'elle ne peut pas faire son dépassement d'honoraires ?' Je suis mauvaise langue mais... Je me suis vraiment posé des questions ! En plus, normalement, cette dame, je lui ai écrit, elle ne m'a jamais envoyé un courrier. Or, depuis la réforme, elle doit, normalement, m'écrire. Il y a plusieurs choses que je ne comprends pas. Du coup, on a changé de médecin. Mais de temps en temps, je me pose cette question là. Je n'ai pas de réponse ferme et certaine mais je soupçonne parfois." (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

Sur ce point, donc, l'enquête I (patients) et l'enquête II (médecins) se rejoignent : les pratiques discriminatoires (peur de recevoir un patient d'origine étrangère parce qu'il est à la CMU, parce qu'il parle mal français et que la consultation prendra plus de temps, ou pour toute autre raison) existent mais sont minoritaires.

VII - IMPRESSION (INJUSTIFIEE) D'IMPUISSANCE EN MATIERE DE PREVENTION

Les questions posées aux médecins en matière de prévention venaient à la suite de l'enquête Phase I, dans laquelle il était apparu clairement que les "médecins de famille" étaient ceux qui étaient les plus appréciés des patients migrants et ceux auxquels ils faisaient le plus confiance. Ils étaient donc susceptibles d'avoir un rôle majeur dans la prévention, d'autant que l'enquête montrait aussi que certains groupes de migrants présentaient des risques particuliers en matière de santé (artisans du bâtiment turcs et maghrébins soumis à des conditions de travail susceptibles d'entraîner plus d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; tabagisme ; plus grande difficulté à effectuer les examens de dépistage des zones sexuelles – examens des seins, frottis vaginaux, surveillance de la prostate).

Or, la majorité des médecins interviewés se considèrent comme très impuissants en matière de prévention et estiment être incapables de jouer un rôle à ce niveau (alimentation, tabagisme, dépistages précoces des cancers notamment), soit parce que ces actions dépassent largement le cabinet qui ne peut être qu'un écho des campagnes nationales, soit parce que les patients ne les écoutent pas.

Il y a une certaine incompréhension, de leur part, des mécanismes des messages de prévention sanitaire, comme si la diffusion de l'information par les médias et le bon sens pouvaient ou devaient suffire à rendre les patients "raisonnables" :

"AG : Et le tabagisme ?

MG9 : Ah le tabac... On leur conseille, hein... La personne, avant, là, elle va se faire faire un pontage, elle fume toujours, hein ! Elle n'est pas maghrébine, elle est française mais ça, le tabac !... **(AG : vous avez l'impression que vous avez un poids, vous, ou pas du tout ?)** Non, non. Les gens ne sont pas idiots. En 2006, ils savent bien qu'on bouche les artères, qu'on va avoir un cancer du poumon, un cancer de la vessie, les trois grands cancers du tabac, ils le savent ! Ils en sont conscients ! Personne ne va s'asseoir dans sa chaise en me disant : 'je fume et j'ai jamais pensé qu'il y avait un risque !' Franchement !!! Plus à l'heure actuelle, quand même ! Et puis ils continuent, oui ! La drogue aussi chez les jeunes ! De tout ! Tout ! J'ai beaucoup de toxicomanes. **(AG : d'origine étrangère aussi ?)** Les deux, hein, mais le joint chez les Maghrébins, ça y va, hein !" (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

"AG : Et là, vous pouvez faire quelque chose [tabagisme] ?

MG2 : Ben, je suis assez défaitiste là-dessus. Non, pas défaitiste, mais bon... enfin je peux rappeler que ce n'est pas bon. Mais ils le savent, hein !" (F, 30-40 ans, Maurepas)

Pour cet autre interviewé, aujourd'hui, seule l'action des médias est réellement efficace :

"AG : On se disait qu'au niveau de la prévention, il y aurait sûrement plus à faire et que c'était sûrement vous les acteurs les plus efficaces ?

MG 7 : Oui mais le problème, c'est l'environnement. On voit l'exemple, avec les antibiotiques. Du jour où le message est passé à la télévision, un peu partout, on a commencé à pouvoir ne pas en prescrire. Jusqu'alors... Alors que depuis dix ans, nous, on sait très bien qu'il ne fallait pas le faire. Quand on refusait, on était traités de nuls... Donc, c'est un exemple. Le jour où on fera pareil avec le tabac, l'alcool, là, les jeunes s'en sortiront et les populations là aussi. Le message ne passe pas. Là, il passe au-dessus de la tête ! Ils entendent, ils écoutent sans entendre. Donc, voilà, on le dit mais ça ne passe pas ! (H, 40-50 ans, Commune avec S.A.)

Une autre impuissance ressentie est l'action contre le surpoids et l'obésité des femmes turques et maghrébines.

"AG : Le surpoids ?

MG 12: Ah oui, ça, c'est beaucoup chez les femmes turques et marocaines aussi. Et pareil, quoi. Leur faire faire un régime, c'est pffffff !!!! Là, je baisse les bras d'emblée. Quand elles te disent : 'regardez, je veux être comme vous, moi, je suis grosse mais je ne mange rien !' C'est pas possible, il faut bien qu'elles mangent quelque chose pour être comme ça ! Je dis, bon, c'est même pas la peine !!! (rire aux éclats) Donc, bon, voilà, là, je baisse les bras d'emblée. Je leur dis : 'le soir, il ne faut prendre qu'une soupe' ... mais bon pffff... j'ai pas l'impression que... Alors, elles viennent pour des douleurs de dos, de genoux. Je leur dis : 'il faudrait maigrir' mais bon, je ne vois pas comment faire concrètement pour les faire maigrir. [...] J'ai été invitée récemment, j'étais contente d'ailleurs, une petite patiente qui fêtait son mari turc, qui faisait une fête avant son mariage. Elle m'a invitée et je suis allée. Par curiosité aussi, parce que je voulais voir comment ça se passe. [...] C'était le soir mais il n'y avait que des gâteaux ! [...] Je me dis : 'bon, il n'y a pas à chercher plus loin !' (rire) (F, 30-40 ans, ZUP-Sud)

Ces propos sont unanimes, à deux exceptions près (un médecin homme expérimenté, installé dans la ZUP-Sud et un jeune médecin femme, installée dans une commune périphérique de Rennes. Le premier a une conception assez réaliste des mécanismes liés à la réception des messages de prévention :

"MG11 : Mais vous savez, le tabac, c'est exactement comme pour décider les gens pour des psychothérapies. C'est souvent sur cinq ans, dix ans et puis un jour, ça marche. Mais il ne faut jamais désespérer ! (**AG : Mais vous faites passer les messages ?**) Tous les jours ! A chaque fois ! A chaque fois, je... mais c'est du quotidien, vous savez, la médecine de famille, c'est pas.... C'est ça qui est bien ! (**AG : Sur le long terme**) Oui ! Et puis, de temps en temps, ça marche !

AG : Vous vous sentez un rôle, vous, d'éducation à la santé ?

MG11 : Ah oui, bien sûr, oui ! Plus que de soins, hein ! Nous on est des médecins de famille, donc, on soigne la famille. (**AG : Aux avant postes...**) Voilà ! Dépister des gens, essayer de les aider avec nos moyens. Quand ça marche, on est content, quand ça marche pas, ben, on dit... Imposer aux gens ce qu'on pense, ça ne sert à rien, hein ! Un type, il a quelque chose, il ne veut pas se faire soigner, on essaie de se fâcher, tout ça, bon... S'il ne veut pas ?..." (H, 50-60 ans, ZUP-Sud)

La seconde personne est particulièrement vigilante à la souffrance psychique, à l'alcoolisme et au tabagisme, ainsi qu'aux vaccinations et à la mort subite du nourrisson. Mais la méconnaissance du français par les patients immigrés (pour ceux qui la ressentent comme un handicap sérieux) nuit à ce travail.

"Peut-être dans ce temps qu'on dépense pour établir un dialogue, pour faire passer des messages sur le pourquoi ils sont venus, fait qu'on a moins de temps pour s'occuper de la prévention. Tout le barrage du langage, aussi, peut-être, fait qu'on a moins cette facilité à dire à une femme d'un certain âge : 'il faut que je vous fasse un examen des seins' ou des choses comme ça, peut-être, oui... peut-être... Mais franchement, je n'ai pas eu l'occasion, à part la réalisation de frottis chez des jeunes. Et ça, c'est vrai que c'est pas facile à faire passer toujours." (F, 30-40 ans, Quartier Ouest)

Mises à part les actions contre le tabagisme et le surpoids, où les médecins se sentent (sauf deux exceptions), impuissants voire incompetents, ceux-ci réfutent en revanche l'idée courante selon laquelle le dépistage précoce des cancers des zones sexuelles serait particulièrement difficile chez les Turcs et les Maghrébins. Même si la pudeur sexuelle est plus développée en moyenne chez ces patients, tous se plient néanmoins assez volontiers (et, en tout cas, dans des proportions similaires aux autres populations françaises ou immigrées), aux examens gynécologiques, aux dépistages des cancers de la prostate (touchers rectaux) et autres tests d'urine ou de selles, etc. Même si parfois, les femmes préfèrent choisir un médecin femme (à l'inverse, un médecin femme interviewé préfère, pour des raisons qui tiennent à sa propre sensibilité et non à celle de ses patients, adresser ses patients hommes à

son collègue masculin pour les touchers rectaux ; lequel lui adresse éventuellement ses patientes pour des examens gynécologiques).

CONCLUSION. ENQUETES EN MIROIR

Quels sont, en conclusion, les points de convergence et de divergence entre la perception que les patients immigrés interviewés dans l'enquête phase I ont de la relation thérapeutique (voir document en annexe) et celles des médecins généralistes interrogés ?

- Les médecins, par manque de temps, par souci de discrétion, à cause de difficulté de communication, ne connaissent pas l'histoire migratoire de leurs patients et ne font pas le lien entre la situation du cabinet et ce parcours que les immigrés vivent souvent comme pathogène. Sauf lorsqu'il en existe des signes cliniques visibles (tortures, viols).
- En revanche, liés aux conditions de l'immigration, les médecins constatent une très grande expression de "troubles fonctionnels" difficiles à interpréter et à traiter.
- La relative facilité aux soins est perçue par les médecins et, de ce fait, leurs patients immigrés de faibles revenus (c'est-à-dire la majorité) entrent dans la catégorie plus générale des bénéficiaires de la CMU et des patients à difficultés socio-économiques qui développent des comportements de recherche de soins plus ou moins spécifiques. Le fait d'être une personne d'origine étrangère peut néanmoins activer le réflexe de pensée de l'étranger profiteur, chez certains médecins.
- Les médecins estiment que les patients sont bien informés et bien suivis sur le plan de la protection sociale, ce qui n'est pas tout à fait le cas.
- Le groupe des artisans turcs et maghrébins n'est pas spécialement perçu comme un groupe à risque mais le constat de l'usure au travail est très général.
- Bien que les patients écoutent leur médecin généraliste et lui fassent confiance, les médecins s'estiment la plupart du temps impuissants à faire passer des messages de prévention (soit par manque de temps car une consultation avec un patient immigré est généralement plus

longue, soit à cause de la langue, soit parce que le médecin ne perçoit pas son rôle en ces termes).

- En revanche, les médecins éprouvent moins de difficultés (globalement) que ne le laissait présager l'enquête phase 1, à pratiquer des examens des parties sexuelles (seins, utérus, prostate) sur leurs patients d'origine turque ou maghrébine.

RECOMMANDATIONS

L'enquête phase II fait apparaître un certain nombre de problèmes.

1. Le problème de la langue, s'il n'est pas ressenti de la même façon par tous les médecins, constitue une difficulté particulière pour les jeunes médecins exerçant dans des quartiers où réside une population primo-arrivante d'origine variée ; celle présentant la plus grande précarité. Comme beaucoup de ces patients proviennent des anciennes républiques soviétiques russophones, il est urgent d'améliorer l'interprétariat russe. Réseau Ville-Hôpital, qui dispose déjà d'une interprète russe, pourrait développer ces activités d'interprétariat médical en constituant un "pool" d'interprètes bénévoles ou rémunérés, en partenariat avec l'ACSE, les hôpitaux, le centre AFTAM Guy Houist, l'UAIR et les autres associations interculturelles, etc.

2. Il apparaît clairement dans l'enquête phase II que les troubles d'ordre psychosomatiques sont extrêmement nombreux chez les patients immigrés. Or, ce sont ceux que les médecins éprouvent la plus grande difficulté à soulager (refus du diagnostic par le patient, problème de langue, problème de temps). Réseau Ville-Hôpital, dans sa plate-forme d'accueil médical de patients immigrés, doit développer une réflexion sur cette prise en charge, au besoin en partenariat avec le psychologue du centre AFTAM-Foyer Guy Houist.

3. Les médecins font état d'un sentiment d'isolement dans leur pratique de ville, lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés liées à leurs patients immigrés. Un renforcement des liens avec le Réseau Ville-Hôpital doit leur permettre de sortir de cet isolement. Il convient d'envisager une mise en réseau souple car les généralistes interviewés, débordés, ne souhaitent pas, pour la plupart, d'un investissement associatif lourd. L'envoi d'une documentation "légère" et d'une information concernant les actions menées et les services proposées par RVH est utile. A terme, dans une phase ultérieure de développement de la Plate-forme d'accueil médical des patients migrants, une écoute téléphonique pourrait être envisagée.

4. Peut-être est-il assez vain, dans la limite d'un rapport comme celui-ci, d'évoquer le rôle des médecins généralistes dans la médecine préventive. Le système

français de soins s'y prête mal et les médecins se sentent généralement impuissants en matière de prévention. Le RVH a toute sa place à jouer dans cette action de prévention, soit auprès des patients, soit auprès des médecins qui doivent être conscients de l'impact particulier qu'ils ont auprès de leurs patients immigrés.

5. La xénophobie se nourrit (aussi) des comportements asociaux de certains étrangers pour les généraliser et en tirer des stéréotypes négatifs. Le thème de l'étranger qui profite de la Protection sociale française en est un car les erreurs commises par les "étrangers" sont toujours moins tolérées que celles commises par les "Français". Les médecins comme la société française dans son ensemble, confrontée à des angoisses concernant son avenir et son système de retraites et de Sécurité sociale, sont sensibles au thème de l'étranger profiteur. Or, les primo-arrivants sont insuffisamment informés sur le fonctionnement de la Sécurité sociale et de la CMU, sa valeur de solidarité nationale, les rôles et compétences respectifs des médecins généralistes et des spécialistes, la nécessité de limiter les consultations à domicile aux cas graves (lorsque les médecins en parlent, les abus cessent), la nécessité de respecter l'heure des rendez-vous médicaux. L'ANAEM, dont le médecin accueille tous les primo-arrivants en CAI, de même que les CADA et autres structures d'aide sociale aux primo-arrivants ont un rôle à jouer dans l'élaboration de cette information (les brochures en une dizaine de langues, réalisés par l'ANAEM, le CIMADE, MDM et le Secours catholique sont de bonne qualité mais n'abordent pas ces questions).

6. Enfin, certains médecins souhaiteraient disposer d'une initiation en anthropologie qui leur fournirait quelques repères sur les systèmes étiologico-thérapeutiques "traditionnels" (eux-mêmes bien sûr en cours de mutation). Il est à noter que des efforts doivent être entrepris en ce sens car les formations proposées par la Société de formation thérapeutique du généraliste, en particulier, sont manifestement inadaptées (formation dispensée par des non professionnels, bibliographie indigeste, approche dite "systémique" très réductrice).

ANNEXE

LES SIX PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE "PRATIQUES THERAPEUTIQUES DES MIGRANTS A RENNES", COMMENTES PAR LES MEDECINS

1. Les conditions de voyage jusqu'en France ont été très éprouvantes physiquement et mentalement.

2. Cette enquête montre que l'accès à la couverture maladie et aux soins est comparativement beaucoup plus facile que la mise à jour des papiers, la recherche d'un logement et d'un travail. Est-ce que vous ne pensez que cela peut avoir des répercussions sur le travail du médecin ? (Par exemple en terme de demande excessive de médicaments ou de soins, en guise de "compensation").

3. L'accès à l'information sur la protection maladie est fragmentaire et disparate. Jouez-vous un rôle dans cette information ?

4. Les artisans du bâtiment (d'origine turque et maghrébine) constituent un groupe à risque en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, avez-vous eu cette impression à travers vos consultations personnelles?

5. "Tableau épidémiologique" des malades d'origine étrangère. Impact de l'expérience migratoire sur la santé.

6. Les représentations culturelles de la maladie et du corps, étrangers au modèle biomédical, ne sont pas des obstacles au recours aux services biomédicaux. Mais la prévention (tabagisme et cancers des zones assimilées à des zones sexuelles ; sein, utérus, prostate) est difficile dans les milieux ouvriers d'origine maghrébine et turque. Qu'en pensez-vous ?