

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 30 janvier 2020 à Poitiers
par Madame GARATAIN Estelle

**Prise en charge des patients immigrés par les médecins généralistes du
bassin de vie de La Rochelle**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Docteur François BIRAULT, Professeur Associé de médecine générale

Directeur de thèse : Docteur Louis ASQUIER

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury, Monsieur le Professeur Meurice, Madame la Professeure Migeot et le Docteur Birault d'avoir participé à ce travail de thèse.

Je remercie chaleureusement Louis Asquier d'avoir accepté de me guider tout au long de cette thèse, toujours dans la bonne humeur et avec le sourire ! Merci d'avoir fait ce passage obligatoire que je voyais sans réel grand intérêt (je l'avoue), un travail vraiment intéressant et sans réelle prise de tête en répondant toujours présent ! Vraiment Merci Louis !

Merci à toute l'équipe de la PASS, Pauline, Michel et Benoit, et spécialement Dominique de m'avoir accueillie et aidée dans l'élaboration de ce travail. Ça a été un réel plaisir de découvrir votre quotidien avec beaucoup d'humanité.

Merci à mes parents, Michelle et Claude, de m'avoir portée et toujours soutenue quoi qu'il arrive, dans les bons comme les mauvais moments. Je ne serais jamais arrivée jusque-ici si vous n'étiez pas là.

A mes deux grands frères Guillaume et Thomas, malgré toutes nos bagarres de télécommande, de place sur le canapé, pour l'ordinateur et j'en passe, vous avez même bravé mes insupportables répétitions de piano... Merci de m'avoir toujours épaulée et je suis très fière de vous !

Merci à Sandra et la petite Manon d'avoir ramené un peu de présence féminine dans cette famille. On est enfin en majorité !

Merci à mon Christophe, mon amoureux, mon ami, de m'avoir aidé dans cette thèse (surtout avec ces innombrables coups de téléphone). Ça n'aurait clairement pas été aussi facile si tu n'avais pas été là ! Tu es mon rayon de soleil au quotidien.

A mes (vieilles) colocs bordelaises : Marie-Sophie et Mathilde pour ces bons moments rue Heron ! j'ai l'impression qu'on a grandi ensemble !

A toutes mes copines, amies, amis : Sandra, Laurianne, Tiphaine, Charlotte, Mathilde, Audrey, Sylvine, Adrien, Morgane, François, Aurélia, Christophe, Mathieu, Anna, et tous ceux que j'oublie !

Et les vieilles vieilles copines paloises : Sarah, Elise, Maylis, Aurore

Tellement de bons moments passés au cours de ces 10 dernières années !

Et j'espère surtout beaucoup d'autres à venir !

Merci à tous ceux que j'oublie, les co-internes, les anonymes, les patients, que j'ai croisé de près ou de loin et qui ont façonné mon parcours jusqu'ici.

Merci à tous !

Table des matières

Glossaire	4
1.Introduction :	5
2.Matériel et méthodes	8
2.1 Découpage géographique	8
2.2 Critères d'inclusion	10
2.3 Critères d'exclusion	10
2.4. Questionnaire	11
2.4.1 Médecins généralistes contactés par email personnel	12
2.4.2 Médecins généralistes contactés par email professionnel	12
2.4.3 Médecins généralistes contactés par voie postale	12
2.5 Collecte des résultats	12
3. Résultats des réponses au questionnaire	13
3.1 Description de la population étudiée (médecins généralistes du Bassin de vie de La Rochelle) : questions 1 à 1.4	13
3.1.1 Répartition en fonction du sexe et de l'âge	13
3.1.2 Répartition en fonction du milieu et du mode d'exercice	14
3.1.3 Répartition de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes	15
3.2 Concernant la prise en charge des patients immigrés : questions 2 à 5.1	16
3.3 Concernant la relation entre les médecins généralistes et la PASS : questions 6 à 12.1	20
3.4 Réponses à la question 13 « A votre avis, quels seraient les points à revoir pour permettre une meilleure prise en charge des patients immigrés ? »	22
4. Discussion	23
4.1 Réponse à l'objectif principal	23
4.2 Validité interne	23
4.3 Validité externe	24
4.4 Réponse à l'objectif secondaire : étude du lien entre la PASS et les médecins généralistes	25
5. Conclusion	27
6. Bibliographie	29
7. Annexes	31
8. Résumé	35

Glossaire

ACS : Aide à la complémentaire santé

AME : Aide médicale d'état

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

COMEDE : Comité médical pour les exilés

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecins généralistes

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de Moyens

1.Introduction :

En France, l'accès à la santé est un droit fondamental pour toute personne qu'elle soit française ou étrangère.

La progression régulière des flux migratoires génère des besoins de santé de plus en plus importants reposant sur le système hospitalier avec des structures comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et le système de droit commun.

Selon l'INSEE (1), en 2015, la France comptait 6,2 millions d'immigrés dont 2,4 millions ayant acquis la nationalité française. La part des immigrés constitue environ 9,3% de la population française. La population immigrée croit chaque année depuis le début des années 2000 (en 2004 elle représentait 8.0% de la population, 7.4% en 1975 et 5% en 1946) avec une entrée moyenne de 200 000 immigrés sur le territoire français en 2013. Ce nombre est en augmentation depuis le début des années 2010 lié à la forte augmentation d'immigrés issus de pays de l'Union européenne (en 2012, un immigré sur deux arrivant en France était d'origine européenne). Toujours selon l'INSEE (1), en 2015, un immigré sur deux vivant en France est originaire soit d'Afrique du Nord (Maroc (12%), Algérie (12,8%), Tunisie (4,4%)) soit d'Europe de l'union européenne (Portugal (10,1%) Italie (4,6%), Espagne (4.0%)) soit de Turquie (4,0%). Une féminisation des flux migratoires a été également observé depuis la fin des années 1970 avec le développement de l'immigration familiale. Les femmes représentent 51% de la population immigrée en France en 2015.

De nombreux éléments viennent complexifier le recours aux soins pour les personnes immigrées : l'existence de pathologies psychiques notamment liées aux violences subies durant le voyage ou dans le pays d'origine (d'après le rapport du COMEDE en 2018(2), les troubles psychiques sont les pathologies les plus fréquentes chez ces populations), l'existence de maladies endémiques ou chroniques dans le pays d'origine, certaines situations plus à risques comme les femmes enceintes ou les mineurs non accompagnés, la barrière culturelle et linguistique ainsi que la méconnaissance du système de santé. Une revue de la littérature parue dans le Bulletin Epidémiologique hebdomadaire en 2012 (3) sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés en France met en évidence une dégradation de l'état de santé de cette population sur les 30 dernières années, pouvant être en lien avec une situation socioéconomique plus précaire. Toujours selon cette même étude, il existe des inégalités

d'accès aux soins notamment dans le recours aux médecins généralistes. Selon une étude de Berchet C. (4) parue en 2012, le plus faible accès à une complémentaire santé constitue le premier facteur d'inégalité de recours au médecin généraliste. La prise en charge des immigrées représente donc un réel enjeu de santé publique.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) constituent souvent le premier point d'entrée au système de santé pour les personnes immigrées. Elles ont été créées dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998. Il s'agit de structures de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics, destinées à faciliter l'accès aux personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Les PASS sont donc destinées à l'accueil des personnes en grande précarité, démunies sur le plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Il s'agit de leur faire accéder de façon prioritaire au système médico-social, d'après le conseil national de lutte des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (5).

Comme le prévoit la loi (6) (circulaire du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants reposant sur l'avis du Haut Conseil de Santé Publique du 6 mai 2015), il est possible pour toute personne immigrée dans les quatre mois suivant l'arrivée sur le territoire français d'avoir accès à une visite ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage et l'orientation et l'insertion dans le système de santé de droit commun. Ces consultations ont lieu le plus souvent au sein des PASS. Cela concerne, quel que soit l'origine géographique, hors ressortissants de l'union européenne, les étudiants, les personnes arrivant dans le cadre de l'immigration familiale, les travailleurs et les demandeurs d'asile. Cette circulaire prévoit que les PASS puissent initier le bilan de santé et orienter ces personnes vers la médecine de ville pour le suivi.

Concernant la couverture médicale, à l'heure actuelle, il est possible pour les immigrés en situation régulière résidant en France depuis plus de 3 mois de bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Pour les immigrés en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois, il est possible de bénéficier de l'aide médicale d'état (AME). Pour les immigrés en France depuis moins de 3 mois, ils peuvent avoir recours en cas de besoin au dispositif des soins urgents et vitaux. Mais ce système va être modifié avec l'entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2019 de la complémentaire santé universelle issue de la fusion de la CMU-c

et de l'ACS ayant pour but de faciliter l'accès aux soins aux populations les plus démunies, selon le décret relatif à la protection complémentaire parue au Journal officiel en juin 2019(7).

Une fois cette visite médicale effectuée bien qu'elle n'ait pas de caractère obligatoire, et les droits à la sécurité sociale ouverts, la loi (6) prévoit que les PASS puissent orienter ces personnes vers la médecine de ville pour le suivi.

Selon le rapport d'activité de la PASS de La Rochelle 2017 et 2018, 3406 consultations ont eu lieu en 2017 et 3806 en 2018. Il n'existe pas de chiffre à l'heure actuelle permettant de connaître la part de patients immigrés pris en charge par la PASS et par les médecins généralistes, ni le lien qui est fait entre la PASS et la médecine de ville.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les difficultés ou inquiétudes des médecins généralistes du bassin de vie de La Rochelle quant à la prise en charge des immigrés. Dans les objectifs secondaires, nous serons particulièrement attentifs à la relation entre la médecine générale et la PASS.

Est défini dans cette étude, comme immigré toute personne née à l'étranger résidant en France depuis plus de 3 mois, ayant des droits de sécurité sociale ouverts, de nationalité française ou étrangère, en situation régulière ou irrégulière, mineure ou majeure.

2. Matériel et méthodes

Afin d'étudier la prise en charge des immigrés dans les cabinets de médecine générale sur le bassin de vie de La Rochelle et le relai entre la PASS du centre hospitalier de La Rochelle et la médecine de ville, nous avons établi un questionnaire que nous avons diffusé aux médecins généralistes du bassin de La Rochelle.

2.1 Découpage géographique

Nous avons d'abord défini une zone géographique pour diffuser notre questionnaire. Pour cela, nous avons utilisé le découpage territorial en bassins de vie réalisé par l'INSEE (8). Le bassin de vie correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Ce découpage a été réalisé par l'Insee pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire national.

2.2 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude uniquement les médecins généralistes, homme ou femme, ayant une activité principale de médecine générale, installés seuls ou en équipe de soins primaire (par exemple une maison médicale) ou en communauté professionnelle territoriale de santé, en milieu urbain, semi-urbain ou rural.

Sur les 224 médecins généralistes répertoriés, 25 ont été exclus de l'étude et 199 médecins généralistes ont été inclus. 77 ont accepté de donner leur adresse email personnelle pour recevoir le questionnaire, 84 ont donné l'email professionnel de la structure dont ils dépendent (par exemple une SCM ou SCI) soit 21 mails différents, et enfin 38 ont préféré recevoir le questionnaire par voie postale.

2.3 Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les médecins remplaçants ou les médecins ayant une activité autre que la médecine générale (médecine esthétique, acuponcture...) et les médecins ayant refusé de participer ou n'ayant pas donné de réponse à notre demande de participation à l'étude.

Sur les 224 médecins généralistes répertoriés, 25 ont été exclus de l'étude (soit par refus ou absence de réponse de leur part, soit car leur activité n'était pas de la médecine générale).

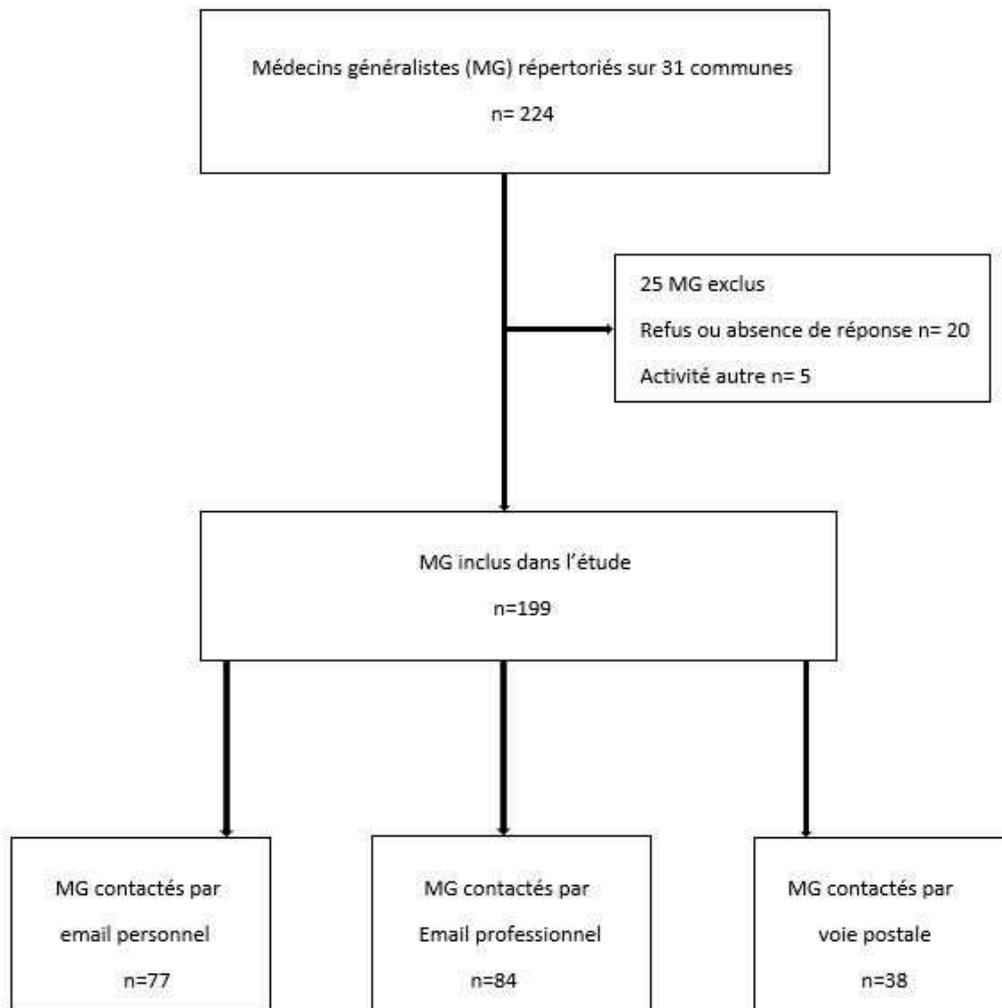


Figure 2 : Diagramme de flux

2.4. Questionnaire

Nous avons établi un questionnaire (voir Annexe 1) de 13 questions avec des questions à réponses multiples, des questions fermées et des questions ouvertes. Nous avons utilisé comme support Google Form® pour la voie électronique.

2.4.1 Médecins généralistes contactés par email personnel

Nous avons envoyé par email le lien vers le Questionnaire sur Google Form[®] pendant 3 mois.

2.4.2 Médecins généralistes contactés par email professionnel

Nous avons envoyé de la même manière que pour les médecins contactés par email personnel, le lien vers le questionnaire sur Google Form[®] avec des relances pendant 3 mois. Une demande particulière a été faite à la secrétaire qui réceptionnait le mail de diffuser le lien à tous les médecins du cabinet.

2.4.3 Médecins généralistes contactés par voie postale

Nous avons envoyé le même questionnaire accompagné d'une enveloppe pré timbrée, un seul envoi a été fait.

Tous les médecins contactés initialement par mail et n'ayant pas répondu au questionnaire, ont reçu secondairement un questionnaire par voie postale.

2.5 Collecte des résultats

Concernant les médecins contactés par email professionnel et personnel, les réponses ont été enregistrées sur la plateforme Google Form[®]. Concernant les médecins contactés par voie postale, les questionnaires ont été récupérés, puis rentrés manuellement sur la Plateforme Google Form[®].

Nous avons reçu 86 réponses correspondant à un taux de participation de 43.2%, quelle que soit la voie utilisée, postale ou électronique.

Parmi les 86 réponses : 72 ont été reçues par voie postale, dont 4 étaient incomplètes, 13 ont été reçues par email personnel et 1 a été reçue par email professionnel.

3. Résultats des réponses au questionnaire

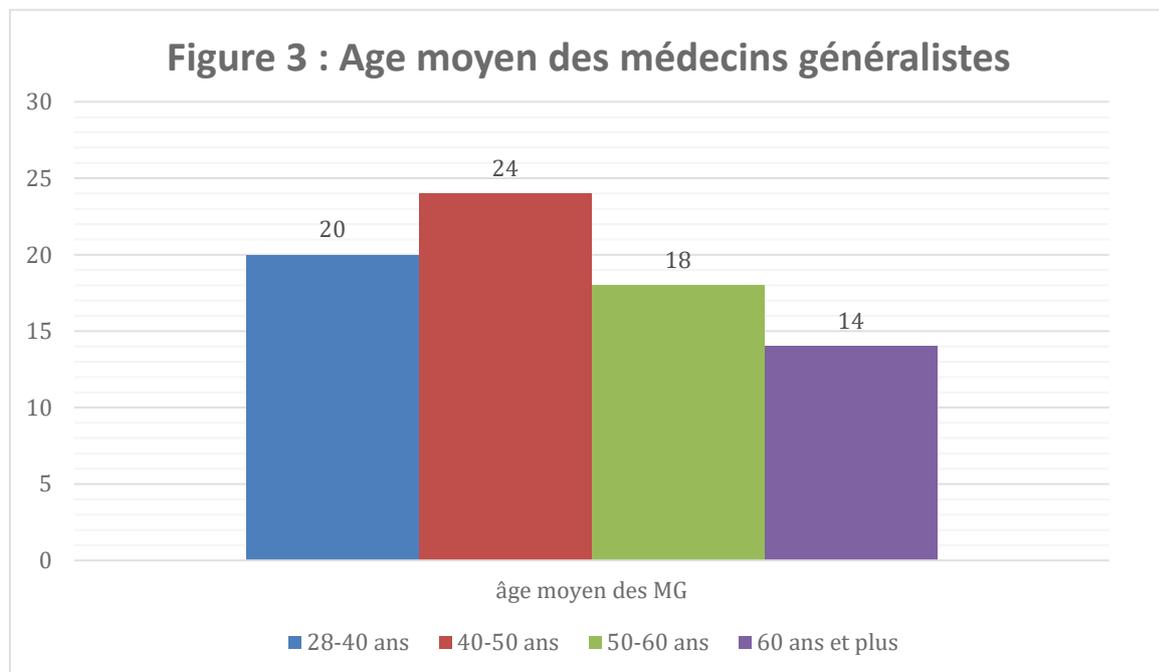
Le questionnaire est joint en Annexes.

3.1 Description de la population étudiée (médecins généralistes du Bassin de vie de La Rochelle) : questions 1 à 1.4

3.1.1 Répartition en fonction du sexe et de l'âge

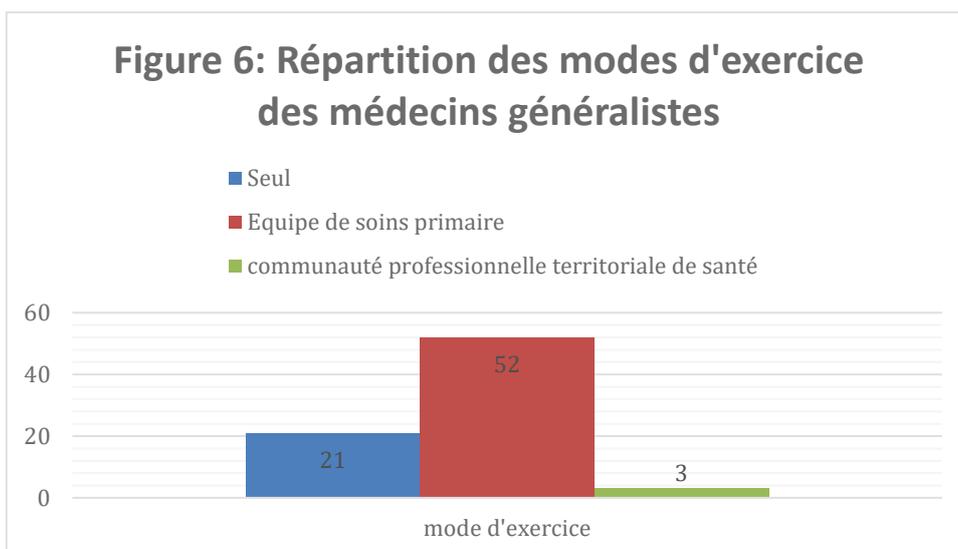
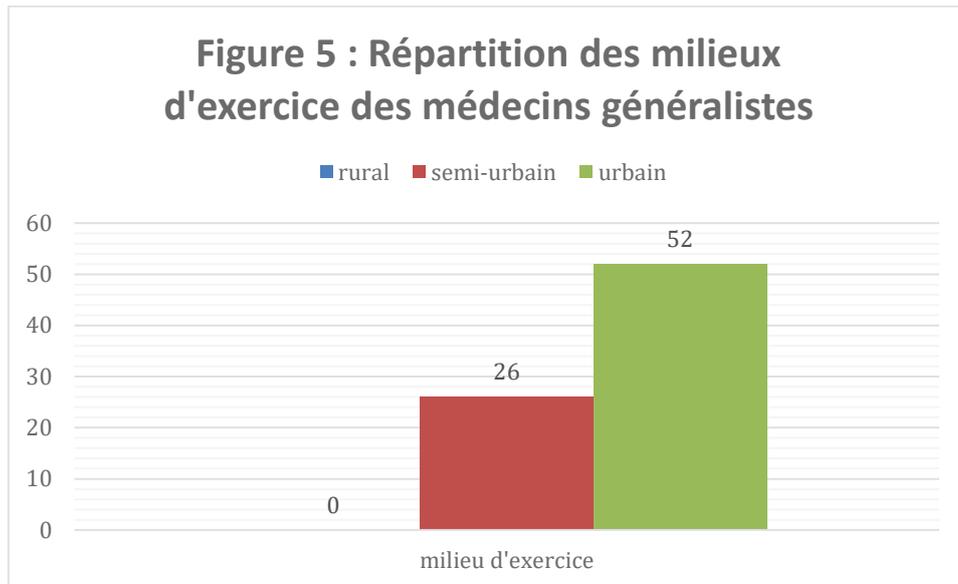
Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire 55% sont des hommes (soit 43 médecins) et 45% sont des femmes (soit 35 médecins).

Le graphique suivant représente la répartition en nombre absolu de l'âge moyen des médecins.

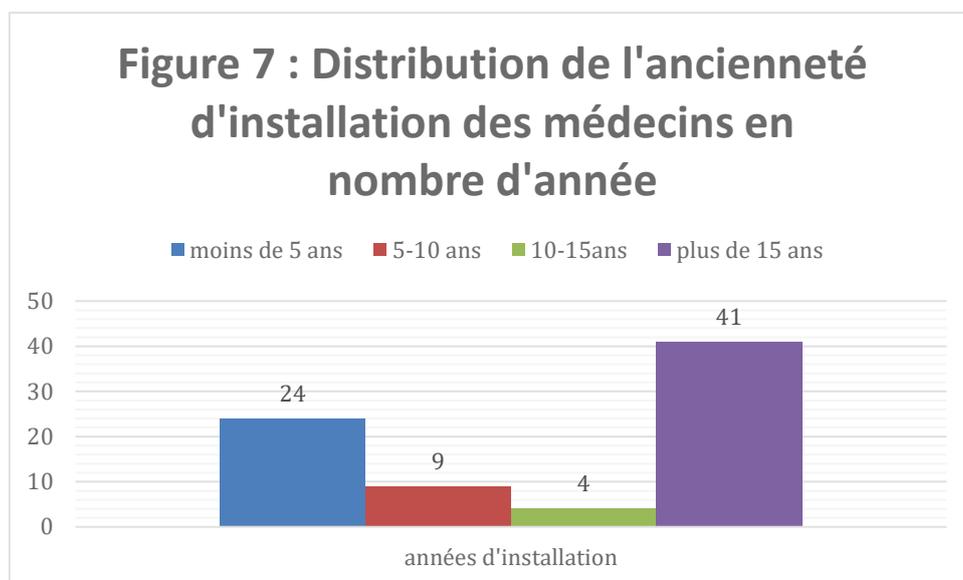


3.1.2 Répartition en fonction du milieu et du mode d'exercice

Pour les graphiques suivants, l'Ordonnée correspond au nombre de médecins en nombre absolu.



3.1.3 Répartition de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes



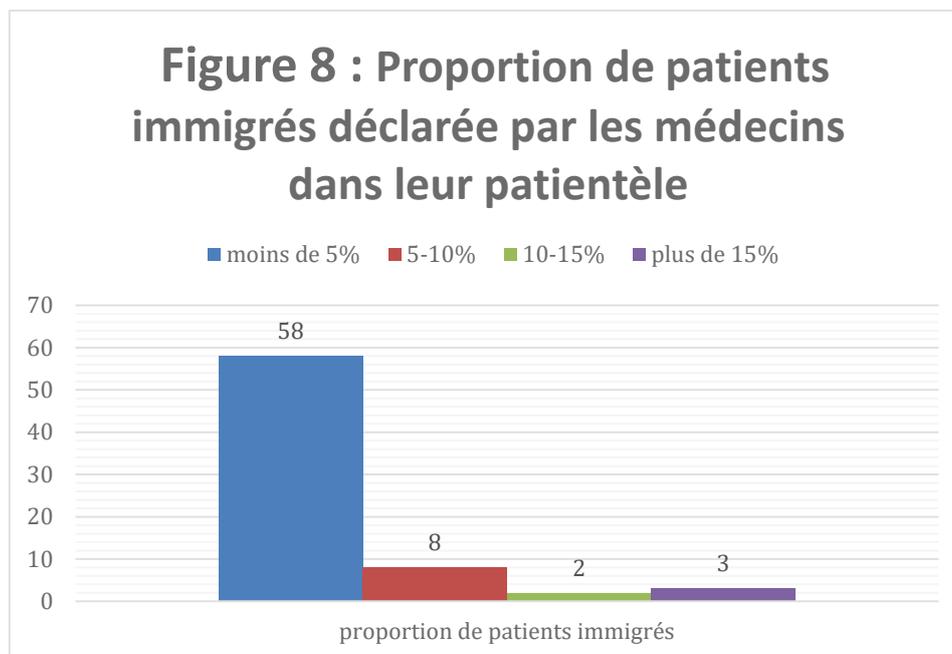
3.2 Concernant la prise en charge des patients immigrés : questions 2 à 5.1

Question 2 : « Avez-vous des immigrés dans votre patientèle ? »

76.2% des médecins ayant répondu au questionnaire (soit 64 médecins) ont déclaré suivre des immigrés dans leur patientèle.

23.8% des médecins (soit 20 médecins) déclarent ne pas en suivre dans leur patientèle

Question 3 : « A quel pourcentage de votre patientèle correspondent-ils ? »



Dans 81,7% des cas, ils représentent moins de 5% de la patientèle (soit chez 58 médecins).

Dans 11.3% des cas, ils représentent entre 5 et 10% de la patientèle (soit chez 8 médecins).

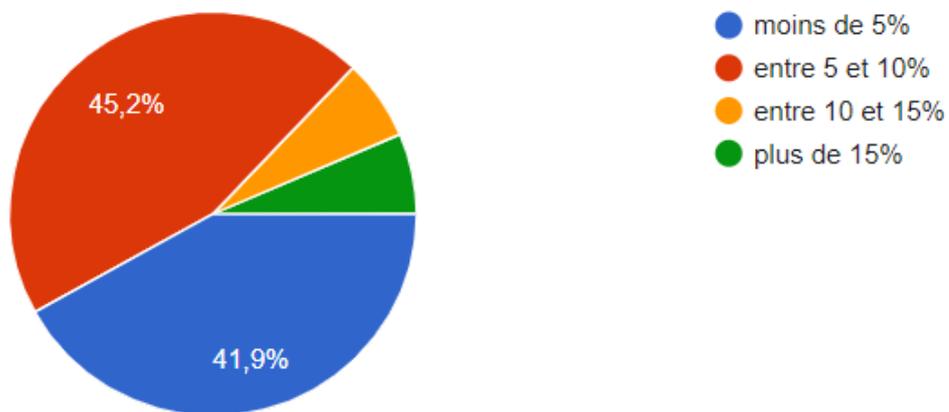
Question 4 : « Avez-vous noté une demande croissante de prise en charge de patients immigrés depuis les 5 dernières années ? »

34.5 % des médecins (soit 29 d'entre eux) ayant répondu estiment avoir remarqué une demande croissante de prise en charge de patients immigrés.

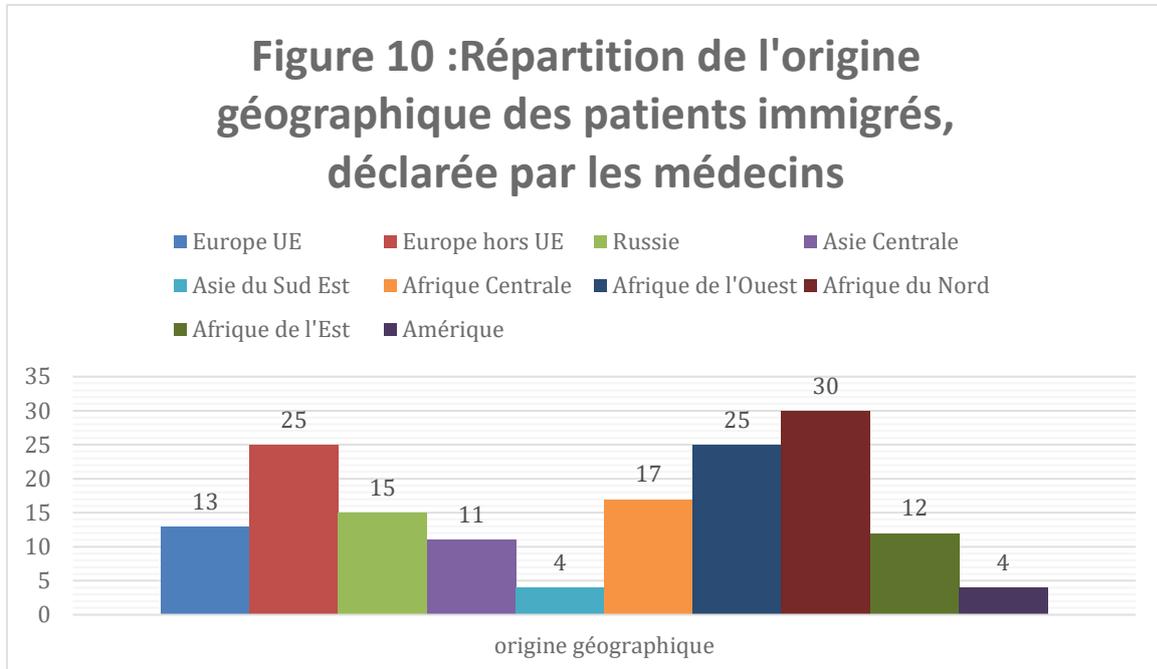
65.5% des médecins (soit 55 d'entre eux) estiment ne pas l'avoir remarqué.

Question 4.1 : « Si oui, de quel ordre ? »

Figure 9 : Proportion de la demande croissante de prise en charge sur les 5 dernières années :



Question 4.2 : « De quelle origine géographique sont-ils originaires ? »



Trois grandes origines géographiques se dégagent :

-L'Afrique représente 53.8% des cas, essentiellement l'Afrique centrale, l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Ouest.

-L'Europe de l'Union Européenne et l'Europe hors Union Européenne représentent à elles deux 24.4% des cas.

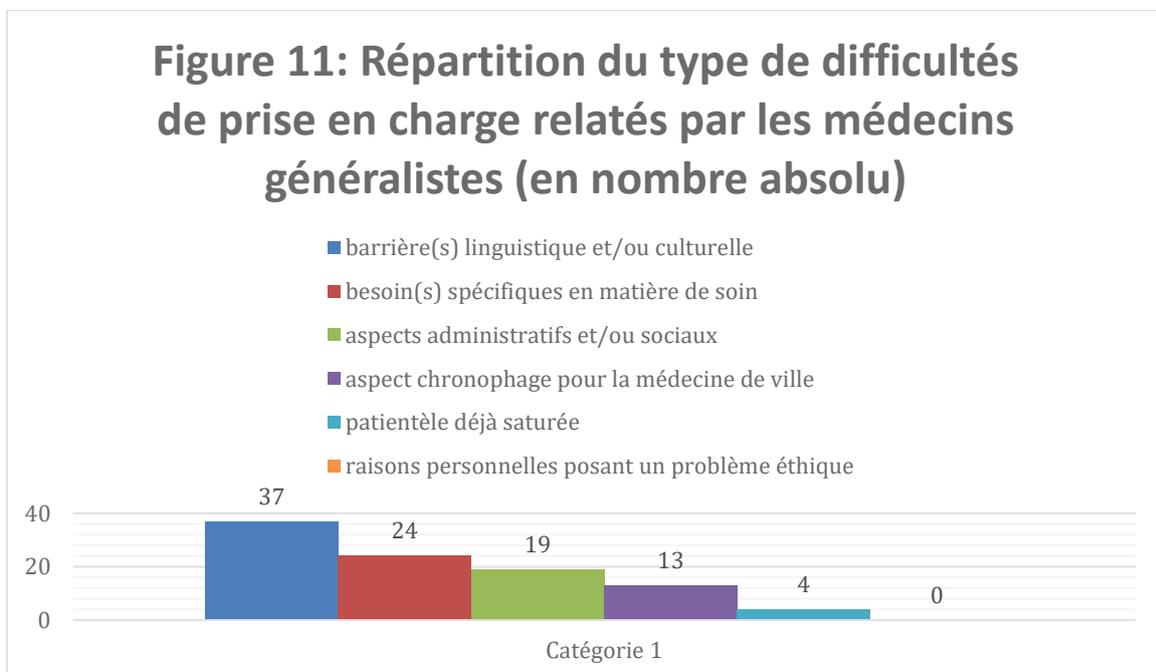
-La Russie et l'Asie Centrale représentent à elles deux 16.6% des cas.

Question 5 : « Avez-vous des difficultés ou inquiétudes quant à la prise en charge des immigrants ? »

34 médecins soit 56.7% ont répondu oui.

26 médecins soit 43.3% ont répondu non.

Question 5.1 : « Si oui, le(s)quelle(s) ? »



Trois grandes difficultés ont été rencontrées :

-Les difficultés liées à la barrière linguistique et/ou culturelle (dans 86% des cas)

-Les difficultés liées aux besoins spécifiques en matière de soin (dans 55.5% des cas) concernant les maladies chroniques, les maladies infectieuses, le suivi psychologique et/ou psychiatrique

-Les difficultés liées aux aspects administratifs et/ou sociaux (dans 44.2% des cas), par exemple une demande de couverture sociale type AME ou CMU.

3.3 Concernant la relation entre les médecins généralistes et la PASS : questions 6 à 12.1

Question 6 : « Connaissez-vous la PASS ? »

44% des médecins soit 37 d'entre eux connaissent la PASS

56% soit 47 d'entre eux, ne la connaissent pas.

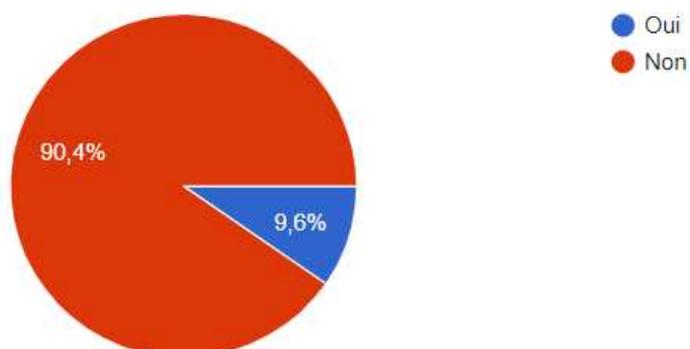
Question 7 : « Connaissez-vous le rôle de la PASS ? »

33.3% soit 23 médecins connaissent le rôle de la PASS.

66.7% soit 46 médecins ne connaissent pas son rôle.

Question 8 : « Aviez-vous déjà eu des contacts avec le personnel médical, ou paramédical de PASS (courrier médical, contact téléphonique, mail, ou entretien en face en face) concernant la prise en charge des immigrés de votre patientèle ? »

Figure 12 : Proportion en pourcentage des médecins ayant déjà eu un contact avec du personnel de la PASS concernant la prise en charge de patients immigrés



Question 9 : « Le patient immigré vous a-t-il été initialement adressé en suite de prise en charge (quel que soit l'intervenant, spécialiste libéral ou hospitalier, PASS...) ? »

Dans 20.5% des cas soit pour 16 médecins, le patient a été adressé en suite de prise en charge (praticien hospitalier, spécialiste, PASS).

Ce n'a pas été le cas dans 79.5% des cas soit pour 62 médecins.

Question 10 : « si oui, Estimez-vous avoir reçu des informations de qualité suffisante concernant la prise en charge initiale des patients immigrés ? »

Parmi les médecins ayant des patients adressés en suite de prise en charge, 6 médecins soit 14.3% estiment avoir reçu des informations de qualité suffisante.

85.7% soit 20 médecins estiment ne pas avoir reçu des informations de qualité suffisante.

Question 11 et 12 : « Saviez-vous qu'il existe des outils facilitant le relais entre la PASS et le médecin généraliste de ville permettant la continuité du parcours de soins ? Si oui, qu'en pensez-vous ? »

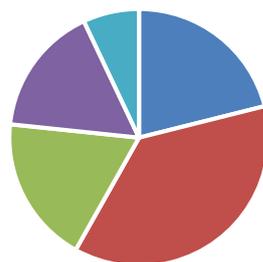
98.8% des médecins soit 81 médecins ne savent pas qu'il existe des outils facilitant le relais entre la PASS et les médecins généralistes et 100% des médecins ne les ont jamais utilisés.

3.4 Réponses à la question 13 « A votre avis, quels seraient les points à revoir pour permettre une meilleure prise en charge des patients immigrés ? »

36 médecins ont répondu à la question et ont soumis des idées afin d'améliorer la prise en charge des immigrés en médecine générale :

- Le besoin d'un interprète lors des consultations (16 réponses sur 36, soit 44% des médecins ayant répondu)
- Le besoin d'une meilleure information des médecins généralistes sur la PASS, et des passerelles possibles (9 réponses sur 36 soit 25% des médecins ayant répondu)
- Le besoin d'une traçabilité du suivi, type carnet de santé, dossier médical informatisé (8 réponses sur 36 soit 22% des médecins ayant répondu)
- Le besoin de consultations spécialisées avec une aide sur le plan administratif (7 réponses sur 36 soit 19.4% des médecins ayant répondu).
- Le besoin d'une prise en charge spécifique psychologique (3 réponses sur 36 soit 8.3% des médecins ayant répondu)

Figure 13: Répartition des thèmes des réponses



- meilleure communication entre la PASS et la médecine de ville
- mise en place d'un interprète
- Structures dédiées avec consultations pluridisciplinaires
- traçabilité du suivi (carnet de santé)
- prise en charge psychologique

4. Discussion

4.1 Réponse à l'objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les difficultés ou inquiétudes des médecins généralistes concernant la prise en charge des immigrés. Les MG ont effectivement des inquiétudes et des difficultés à les prendre en charge (ils ont répondu oui à 56.7% à la question numéro 6) notamment en ce qui concerne la communication avec ces patients en lien avec la barrière de la langue, leurs besoins spécifiques en termes de soins, et leurs besoins sur le plan administratif et social (résultats 3.2).

76.2% des médecins ont affirmé prendre en charge des immigrés dans leurs cabinets de médecine générale, ce qui laisse supposer qu'au moins 20% parmi les médecins sur le bassin de vie de La Rochelle sont concernés par la problématique. La prise en charge des immigrés en médecine de ville n'est pas donc anecdotique et semble concerner bon nombre de médecins généralistes.

4.2 Validité interne

Cette étude suggère que les médecins généralistes ont des inquiétudes quant à la prise en charge de patients immigrés. S'agissant d'une étude descriptive, d'une puissance non statistiquement significative, il n'est pas possible de conclure à un réel effet mesurable. De plus, le taux de participation au questionnaire de 36.2% ne permet pas d'avoir un taux statistiquement significatif pour cette étude.

Différents biais ont été relevés lors de cette étude :

-Biais de subjectivité : le questionnaire est basé sur un ressenti des médecins généralistes, non sur de réels chiffres ou effets quantifiables.

-Biais de mesure : seuls les médecins concernés par la problématique ont répondu, issus de territoires urbains ou semi-urbains, et travaillant en équipe de soins primaires (maison pluridisciplinaire par exemple). Les médecins issus des territoires ruraux n'ont que faiblement répondu au questionnaire, généralement moins concernés par la problématique de l'étude.

Cet aspect pouvant être en lien avec l'actuelle répartition géographique des populations immigrées regroupées autour des villes, zones plus attractives économiquement, selon l'INSEE (10).

4.3 Validité externe

A l'heure actuelle, il n'existe que peu d'études concernant la prise en charge des immigrés en médecine de ville. Nous ne connaissons pas la proportion d'immigrés pris en charge par la médecine de ville d'une part, et par des structures dédiées d'autre part.

L'état de santé des immigrés en France a été jusqu'ici peu étudié. Une revue de la littérature de Berchet C. parue en 2012(11) dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire met en évidence une dégradation de l'état de santé des populations immigrées depuis une trentaine d'années. En effet, le développement de l'immigration économique dans les années 1970 a entraîné une arrivée de populations jeunes, masculines, en bonne santé, présentant une sous morbidité concernant les cancers et les maladies cardiovasculaire et une sous mortalité par rapport à la population générale. C'est l'effet « healthy immigrant effect » suggérant un effet de sélection des candidats à l'immigration en meilleure santé, d'après une étude de Desgrées du Lou A. (12).

Toujours selon cette même étude, depuis les années 2000 une dégradation de l'état de santé a été observée ainsi qu'une diversification des populations de migration (regroupement familial, demandeurs d'asile).

Cette dégradation pouvant être en lien avec l'adoption de conduites à risque (alcool, tabac, changement d'alimentation) et surtout, en lien avec la durée de résidence dans le pays d'accueil dans des conditions socioéconomiques plus défavorables, rendant plus difficile l'accès à une couverture médicale et donc au système de soins.

L'accès à une complémentaire santé constitue le premier facteur d'inégalités de recours aux soins, notamment au médecin généraliste, pour les patients immigrés selon une étude de Jusot et al. (13) et l'étude de Berchet C. parue en 2013 (4). L'existence de barrières linguistiques, culturelles et la moindre connaissance du système de santé renforce les

inégalités de recours aux soins, ce que confirme l'étude de Lefebvre O. et Maille (14) qui met en évidence la barrière linguistique comme première difficulté de recours aux soins.

C'est au médecin généraliste que revient ensuite la tâche de récupérer les différentes informations médicales, lancer les démarches administratives, rendue plus complexe par la barrière culturelle et linguistique. Ces difficultés de recours aux soins sont rapportées par les médecins ayant répondu à notre questionnaire (résultats 3.2). Ces derniers sont effectivement demandeurs d'outils et de partenaires pour faciliter l'accès aux soins de ces patients (résultats 3.4).

La question de la prise en charge psychologique demeure aujourd'hui tout aussi problématique. Selon le dernier rapport du COMEDE de 2018 les troubles psychiques sont les pathologies les plus fréquentes devant les maladies cardiovasculaires et les infections (2). Pourtant de nombreux médecins ont fait part dans le questionnaire de leur difficultés à prendre en charge ces pathologies et de l'absence de relais pour adresser les patients pour cette prise en charge spécifique.

4.4 Réponse à l'objectif secondaire : étude du lien entre la PASS et les médecins généralistes

L'objectif secondaire de l'étude est d'étudier le relai entre la PASS et les médecins généralistes.

56.7% des médecins ne connaissent pas la PASS et 66.7% ne connaissent pas son rôle (résultats 3.3). Le questionnaire fait état du peu de contact entre le monde hospitalier et la médecine de ville concernant la prise en charge des immigrés.

Les patients immigrés sont adressés en suite de prise en charge dans 18.8% des cas par un autre professionnel de santé ou une structure hospitalière. Ils se présentent spontanément au cabinet, cette démarche pouvant être favorisée par un capital social plus important, selon C. Berchet (4) et Tortelli et Al (15). Les immigrés arrivant en France sont pris en charge par des familles de leur communauté qui les guident dans leur démarche, ce qui facilite l'accès aux soins.

Nous pouvons supposer dans ce cas, qu'il ne s'agit pas des mêmes populations d'immigrés rencontrées en médecine de ville, généralement plus entourées socialement, et à la PASS, plus isolées et précaires et nécessitant un suivi plus rapproché d'après cette étude menée à la Clinique Saint Antoine à Paris de Kouatar et Al (16).

Concernant notre étude, trois grandes origines géographiques sont retrouvées parmi les patients immigrés : l'Afrique (essentiellement Afrique du Nord, de l'Ouest et Centrale) d'une part, l'Europe (de l'Union Européenne et hors Union Européenne) d'autre part, et enfin la Russie et l'Asie centrale. Ces résultats sont cohérents avec ce qui est observé à la PASS bien qu'il n'existe pas de chiffre officiel.

Dans les cas où ces patients avaient été adressés (voir résultats 3.3), les médecins ont estimé ne pas avoir reçu des informations de qualité suffisante. Ils ont été nombreux à souligner en question libre leur envie d'une meilleure communication sur la PASS, et plus généralement les différents intervenants notamment hospitaliers, et son rôle et des liens possibles permettant de faciliter l'accès aux soins de ces patients (Voir résultats 3.4).

Bien que la loi suppose que les PASS et la médecine de ville peuvent travailler de manière coordonnée pour la prise en charge des immigrés afin d'assurer l'accès aux soins et le suivi médical de ces personnes, cette étude met en évidence la faible connexion qui unit la PASS de La Rochelle et les médecins généralistes du bassin de vie.

La prise en charge des immigrés relève une d'une grande complexité avec des profils de patients variés aux problématiques différentes en fonction de l'origine géographique et avec, souvent, une plus grande vulnérabilité sociale. Cette prise en charge ne sera possible qu'avec une approche pluri disciplinaire et un réseau ville-hôpital privilégié.

Il paraît prioritaire à ce jour de continuer à développer des outils à destination des médecins généralistes pour faciliter l'accès aux soins de ces personnes en médecine de ville. Il s'agit de développer l'accès à l'interprétariat en médecine de ville (primordial au vu des résultats de l'étude), de développer des outils pour faciliter le suivi et consigner les éléments du dossier médical comme un carnet de santé ou un dossier médical partagé informatisé. Il s'agit également de renforcer le travail interdisciplinaire avec différents professionnels de santé (infirmières diplômées d'Etat, psychologues, travailleurs sociaux) pour une meilleure approche globale.

Et enfin, il paraît nécessaire de renforcer le réseau ville-hôpital afin de faciliter la prise en charge des patients immigrés.

5. Conclusion

Il n'existe que peu d'études à l'heure actuelle sur la prise en charge des immigrés en médecine générale. Pourtant la prise en charge de cette population, représentant aujourd'hui 10% de la population générale, relève d'un enjeu de santé publique. L'état de santé de cette dernière s'est dégradé au cours des 30 dernières années et l'accès à une complémentaire santé demeure le premier facteur limitant les soins.

Dans cette étude nous avons étudié, sur le bassin de vie de La Rochelle, les difficultés ou inquiétudes des médecins généralistes à prendre en charge des immigrés dans leur patientèle ainsi que le lien entre les médecins généralistes et la PASS de La Rochelle.

76.2% des médecins ayant répondu prennent en charge des immigrés qui représentent le plus souvent moins de 5% de leur patientèle. 56.7% des médecins ont des difficultés ou inquiétudes quant à leur prise en charge. Leurs difficultés concernent en premier lieu la barrière linguistique et/ou culturelle, puis les besoins spécifiques en matière de soin, et enfin les difficultés administratives et/ou sociales.

Plus de la moitié des médecins ne connaissent ni la PASS ni son rôle et les patients sont adressés en suite de prise en charge (PASS ou autre professionnel de santé) dans moins de 20% des cas. La plupart des patients immigrés se présentent spontanément au cabinet, démarche probablement favorisée par un capital social plus important. Cette étude suggère que les populations immigrées rencontrées en ville et à la PASS ne sont pas les mêmes, les personnes vues à la PASS étant souvent plus précaires et plus isolées sur le plan social.

Il paraît prioritaire aujourd'hui de continuer à développer des outils à destination des médecins généralistes pour faciliter la prise en charge de ces personnes (développer l'accès à l'interprétariat en médecine de ville, développer un carnet de santé ou un dossier médical

partagé pour un meilleur suivi, intégrer différents professionnels de santé comme des psychologues ou des travailleurs sociaux afin d'avoir une meilleure approche globale de la prise en charge) et renforcer le réseau ville-hôpital primordial pour faciliter les soins.

6. Bibliographie

1. Immigrés, étrangers | Insee [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
2. Rapport-Activité-2018.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-Activit%C3%A9-2018.pdf>
3. BEH n°2-3-4/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>
4. Berchet C. [Health care utilisation in France: an analysis of the main drivers of health care use inequalities related to migration]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2013;61 Suppl 2:S69-79.
5. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins.html>
6. cir_43755.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
7. Décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. 2019-621 juin 21, 2019.
8. Commune de La Rochelle (17300) – COG | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/commune/COM17300-la-rochelle>
9. comersis.com. Carte des bassins de vie de la Charente-Maritime [Internet]. comersis. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://france.comersis.com/bassin-de-vie-de-la-Charente-Maritime-17.html>
10. La localisation géographique des immigrés - Insee Première - 1591 [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121524>
11. BEH n°2-3-4/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>
12. Desgrées A, Loû D. Une santé qui se dégrade après l'arrivée en France. *Rev Prat*. 2019;69:5.
13. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Rev Économique*. 2009;60(2):385-411.
14. Lefebvre O, Maille D. [Access to rights, access to care: what obstacles for migrants ?]. *Rev Prat*. mai 2019;69(5):567-74.
15. Tortelli A, Sauzé D, Skurnik N. Capital social, santé mentale et immigration. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2017;175(6):573-6.

16. Kaoutar B, Mathieu-Zahzam L, Lebas J, Chauvin P. [Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France]. Bull Soc Pathol Exot 1990. mai 2012;105(2):86-94.

7. Annexes

QUESTIONNAIRE THESE : PRISE EN CHARGE DES IMMIGRES DANS LES CABINETS DE MEDECINE GENERALE SUR LE BASSIN DE VIE DE LA ROCHELLE

Les permanences d'accès aux soins (PASS) ont été créées dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998.

Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics, destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Les Pass sont donc destinées à l'accueil des personnes en grande précarité, démunies sur la plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Il s'agit de leur faire accéder de façon prioritaire au système médico-social.

Dans ce questionnaire, nous considérons comme immigré toute personne née à l'étranger résidant en France depuis plus de 3 mois, ayant des droits de sécurité sociale ouverts, de nationalité française ou étrangère, en situation régulière ou irrégulière, mineure ou majeure.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme. Je m'engage à ne pas utiliser vos coordonnées à d'autres fins.

A propos de vous :

1 : vous êtes : *(cocher les cases correspondantes)*

- Homme
- Femme

1.1 : Vous avez entre :

- 28 - 40 ans
- 40 - 50ans
- 50 - 60ans
- 60 ans et plus

1.2: Vous travaillez :

- En milieu urbain
- En milieu semi rural
- En milieu rural

1.3 : Votre mode d'exercice :

- Seul
 - En équipe de soins primaire (comprenant les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé)
 - En communauté professionnelle territoriale de santé
- 1.4 : Vous êtes installé depuis : *(cocher les cases correspondantes)*
- <5ans
 - 5-10 ans
 - 10-15 ans
 - >15 ans
- 2 : Avez-vous des immigrés dans votre patientèle ?
- Oui
 - Non
- 3 : A quel pourcentage de votre patientèle correspondent-ils ?
- <5%
 - 5-10%
 - 10-15%
 - >15%
- 4 : Avez-vous noté une demande croissante de prise en charge de patients immigrés depuis les 5 dernières années ?
- Oui
 - Non
- 4.1 : Si oui de quel ordre ?
- <5%
 - 5-10%
 - 10-15%
 - >15%
- 4.2 : De quelle origine géographique sont-ils originaires?
- Europe de l'ue
 - Europe hors ue
 - Russie
 - Asie centrale
 - Asie du sud est
 - Amérique du sud et Amérique centrale
- 4.3 : S'il s'agit de patients d'origine africaine, de quelle partie d'Afrique ? QCM
- Afrique du nord
 - Afrique de l'ouest
 - Afrique centrale
 - Afrique de l'est

5 : Avez-vous ou Avez-vous eu des difficultés ou inquiétudes quant à leur prise en charge ?

- Oui
- Non

5.1 : si oui, laquelle ou lesquelles ? *(Cocher les cases correspondantes)*

- Difficultés à communiquer avec le patient lié à la barrière linguistique et/ou culturelle
- Difficultés liées aux besoins spécifiques des immigrés en matière de soin (maladies chroniques, maladies infectieuses, suivi psychologique +/- psychiatrique)
- Difficultés liées aux aspects administratifs et/ou sociaux (demande de couverture sociale AME ou CMU)
- Difficultés liées à l'aspect chronophage de la prise en charge des immigrés, incompatible avec l'activité de médecine de ville
- Difficulté liée à la prise en charge de nouveaux patients (immigrés ou non) avec une patientèle déjà saturée
- Raisons personnelles posant un problème éthique à la prise en charge des immigrés
- Autre :

6 : Connaissez-vous la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ?

- Oui
- Non

7 : Connaissez-vous le rôle de la PASS ?

- Oui
- Non

8 : Avez-vous déjà eu des contacts avec le personnel médical, ou paramédical de PASS (courrier médical, contact téléphonique, mail, ou entretien en face en face) concernant la prise en charge des immigrés de votre patientèle ?

- Oui
- Non

9 : Le patient immigré vous a-t-il été initialement adressé en suite de prise en charge (quel que soit l'intervenant, spécialiste libéral ou hospitalier, PASS...) ?

- Oui
- Non

10 : si oui, Estimez-vous avoir reçu des informations de qualité suffisante concernant la prise en charge initiale des patients immigrés ? *(Cocher les cases correspondantes)*

- Oui
- Non

11 : Saviez-vous qu'il existe des outils facilitant le relais entre la PASS et le médecin généraliste de ville permettant la continuité du parcours de soins ?

- Oui
- Non

12 : Les avez-vous déjà utilisés ?

- Oui
- Non

12.1 : si oui, qu'en pensez-vous ?

13 : A votre avis, quels seraient les points à revoir pour permettre une meilleure prise en charge des patients immigrés ?

8. Résumé

En 2015, la population immigrée représentait 10% de la population française. Des études ont observé une dégradation de l'état de santé des immigrés sur ces trente dernières années. La prise en charge des immigrés constitue un véritable enjeu de santé publique et repose en grande partie sur les médecins généralistes.

Nous avons réalisé une étude descriptive afin d'évaluer les difficultés et les inquiétudes des médecins généralistes du bassin de vie de La Rochelle à prendre en charge des patients immigrés. Nous avons également étudié le lien entre les médecins généralistes et la PASS de La Rochelle. Nous avons diffusé un questionnaire auprès de 199 médecins généralistes. 76.2% des médecins généralistes déclarent suivre des immigrés dans leur patientèle et 56.7% déclarent avoir des difficultés ou des inquiétudes concernant leur prise en charge. Leurs difficultés concernent la barrière linguistique et/ou culturelle, les besoins spécifiques en matière de soin, et les difficultés administratives et/ou sociales.

Plus de 50% des médecins ne connaissent ni la PASS ni son rôle et les patients sont adressés en suite de prise en charge dans moins de 20% des cas. Cette étude suggère que les populations immigrées rencontrées en ville et à la PASS ne sont pas les mêmes (plus grande précarité sociale à la PASS).

Il paraît prioritaire de développer des outils à destination des médecins généralistes comme développer l'accès à l'interprétariat en médecine de ville, développer un carnet de santé ou un dossier médical partagé, intégrer différents professionnels de santé et renforcer le réseau ville-hôpital.

Mots-clés : immigrés – immigration – recours aux soins – médecins généralistes – permanence d'accès aux soins –



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

