



HAL
open science

Le patient Maghrébin et le médecin généraliste Français

Hakima Sajie

► **To cite this version:**

Hakima Sajie. Le patient Maghrébin et le médecin généraliste Français. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01770703

HAL Id: hal-01770703

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770703v1>

Submitted on 25 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2014

THÈSE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale
par

Hakima SAJIE

Le 26 novembre 2014

Le patient Maghrébin et le médecin généraliste Français

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Serge BRIANÇON **Président**

M. le Professeur Olivier ZIEGLER **Juge**

M. le Docteur Cédric BAUMANN **Juge**

M. le Docteur Philippe PLANE **Juge**

M. le Professeur Alain AUBRÈGE **Directeur**



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI

Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD

Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON

Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX -

Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VIL-LEMOT - Michel WAYOFF

Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur
Jacques POUREL

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VI-
DAILHET Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René
ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSA-LAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (stagiaire)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Service d'Épidémiologie et Évaluation cliniques du CHU de Nancy, Directeur de l'École de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Nancy.

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Pour votre accompagnement durant ce travail, votre soutien, votre disponibilité et vos conseils, recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Diabétologie,
Maladies métaboliques, Nutrition du CHU de Nancy.**

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

À notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

**Maître de conférences des Universités, Praticien Hospitalier du Service d'Épidémiologie
et d'Évaluation cliniques du CHU de Nancy.**

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

À notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Philippe PLANE

Médecin généraliste.

Pour votre disponibilité, votre aide dans l'élaboration de ce travail, nous vous remercions sincèrement. Votre séminaire sur la prise en charge du patient migrant et/ou en situation de précarité au Département de Médecine Générale, en 2011, nous a particulièrement marqué. Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

À notre Directeur et Juge,

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE

Professeur honoraire de Médecine Générale.

Vous nous avez accordé votre temps et votre confiance. Nous vous témoignons toute notre reconnaissance pour le soutien que vous nous avez apporté.

Au **Docteur Marc TENENBAUM**, au **Docteur Lotfi ABDENNEBI**, au **Docteur José DIAS**, et au **Docteur Alain CRITON** pour l'aide apportée dans l'élaboration de ce travail.

Aux patientes et aux patients pour la confiance et le temps qu'ils nous ont accordé.

Au **Docteur Thierry PICCOLI**, au **Docteur Pascal HALTER**, au **Docteur Philippe MARBACHE**, au **Docteur Sébastien HINGRAY** pour leur confiance et la transmission de leurs connaissances lors de nos remplacements.

Merci au **Docteur Jean-Pierre BRUNAUD** et à son épouse pour nous avoir permis de découvrir la médecine rurale.

Merci au **Docteur Fatma CHAOUCHE** de nous confier ses patients.

À nos Maîtres et Professeurs de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne.

À mes parents,

Pour votre soutien sans faille, pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour votre courage. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour vos cinq filles. Soyez assurés de tout mon amour.

À ma famille,

Peu importe la distance, je ne vous ai jamais oublié. J'espère que nos retrouvailles seront à l'avenir plus fréquentes.

À mes sœurs,

À toi ma **Sofia** merci pour tes sourires et ton insouciance, à toi **Alima** merci pour ton soutien inconditionnel, à toi **Naïma** merci de m'avoir fait découvrir Noir Désir il y a longtemps maintenant, à toi **Rajae** pour ta présence et tes conseils.

À vous Antonella, Brice, Alexandre, Serge, Emmanuelle, Lénia, Cindy, Hind, Nathalie, Myriam, Delphine, Bénédicte, Issam, Rhizlaine, Boubou, Mimoune, Cristina : merci pour votre présence, pour votre soutien et vos encouragements, pour tous les bons moments passés ensemble.

À ceux que j'ai oublié, veuillez me pardonner.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Table des matières	18
Abréviations	20
INTRODUCTION et JUSTIFICATION	21
Partie I. L'immigration maghrébine en France	23
1. Définitions	23
1.1 Définition du terme immigré	23
1.2 Définition du terme migrant	23
1.3 Définition du terme étranger	23
2. L'immigration maghrébine en France : données historiques	24
2.1 Milieu du XIXe siècle jusqu'à la Première Guerre mondiale	24
2.2 L'entre-deux-guerres	24
2.3 Les « Trente Glorieuses »	25
3. L'immigration maghrébine en France : données socio-démo-économiques	25
3.1 Données démographiques	25
3.2 Données socio-économiques	26
4. Âge et vieillissement des migrants maghrébins	27
5. La santé du migrant maghrébin en France	27
5.1 Généralités	27
5.2 Maladies infectieuses	29
5.3 Les maladies chroniques	29
5.4 Psychotraumatismes et maladies anxio-dépressives	29
5.5 Mortalité maternelle et risque périnatal	30
6. L'accès aux soins des migrants en France	30
6.1 Les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins	31
6.2 Les permanences d'accès aux soins de santé	31
6.3 La Couverture Maladie Universelle	32
6.4 L'Aide Médicale d'Etat	32
6.5 Droit au séjour pour raisons médicales	33
6.6 Les limites de l'accès aux soins des migrants	33
Partie II. Le patient maghrébin : approche culturelle	35
1. La maladie dans la culture maghrébine	35
1.1 Définition de la culture	35
1.2 La pathologie physique dans la culture maghrébine	35
1.3 La culture maghrébine et la pathologie psychique	37
1.4 Le corps qui s'exprime	38
1.5 L'immigration vécue comme une maladie ?	38

2. Le patient maghrébin : « un mauvais patient » ?	39
Partie III. Satisfaction des patients migrants	40
1. Définition de la satisfaction en médecine	40
2. La satisfaction des patients migrants en médecine générale	41
3. Les outils d'évaluation de la satisfaction des patients	44
Partie IV. Étude qualitative : la satisfaction du patient maghrébin en consultation de médecine générale	46
1. Objectif de l'étude	46
2. Matériel et méthodes	47
2.1 Étude qualitative	47
2.2 Entretien semi-directif	48
2.3 Le guide d'entretien	48
2.4 Constitution de l'échantillon	50
2.5 Conditions de réalisation des entretiens	51
2.6 Analyse des résultats	52
3. Résultats de l'étude	53
3.1 La population étudiée	53
3.2 Analyses des résultats	58
Partie V. Discussion	75
1. Le choix de la problématique	75
2. Les limites de l'étude	76
2.1 La taille de l'échantillon	76
2.2 Les biais de recrutement	77
2.3 La courte durée des entretiens	77
2.4 Notre manque d'expérience en méthodologie qualitative	77
2.5 Notre influence culturelle et nos préjugés	77
3. Les attentes des patients d'origine maghrébine : des attentes différentes ?	77
4. Les autres patients immigrés	78
Partie VI. Recommandations	80
1. Anthropologie médicale	80
2. Les compétences médicales transculturelles	80
3. Savoir-être, savoirs et savoir-faire : l'enseignement des compétences médicales transculturelles	81
CONCLUSION	84
Bibliographie	85
Annexes	93

Abréviations

AME : Aide Médicale d'État

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

COMEDE : Comité d'Aide pour les Exilés

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

M. : Monsieur

Mme : Madame

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

MT : Médecin Traitant

NR : Non renseigné

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé des personnes démunies

PRAPS : Plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins

SIDA : Syndrome de l'Immuno-déficience Acquise

U.E : Union Européenne

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la Science et la Culture)

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

Z.U.P : Zone Urbaine Prioritaire

INTRODUCTION et JUSTIFICATION

La satisfaction du patient est un élément important en médecine générale, elle constitue un facteur prédictif de la relation thérapeutique et de l'observance thérapeutique¹. Il n'existe pas de questionnaire de satisfaction validé en langue française pour évaluer la satisfaction des patients en médecine générale. Cependant, on retrouve dans la littérature internationale des questionnaires validés, regroupant des éléments importants d'évaluation de la satisfaction comme la communication entre le médecin et son patient (écoute du médecin, compréhension mutuelle, empathie), ou les compétences techniques du médecin (examen clinique, diagnostic, médecin assurant une bonne prise en charge). En utilisant ces critères, nous avons établi un guide d'entretiens afin d'évaluer, par une enquête qualitative, la satisfaction des patients immigrés originaires du Petit Maghreb en consultation de médecine générale. Nous nous intéresserons à la singularité de la relation médecin généraliste – patient immigré maghrébin, car la population d'origine maghrébine en France représente 31% des immigrés et 2,4% de la population métropolitaine (données Insee 2008)².

De plus, de nombreuses études françaises s'intéressent à la particularité de la relation médecin généraliste – patient migrant mais peu abordent la problématique du point de vue du patient. Il est important de souligner que les barrières culturelles, sociales et économiques font que les personnes migrantes, à l'exception des immigrés maghrébins, ont un taux de recours au médecin généraliste moindre que celui de la population française autochtone³, et font davantage appel aux réseaux de soins ou aux services hospitaliers.

L'objectif de notre travail est d'évaluer, par une étude qualitative, la satisfaction du patient migrant maghrébin en consultation de médecine générale.

Dans un premier temps, nous ferons un point sur l'immigration maghrébine en France (histoire, données démographiques, socio-économiques, état de santé). Dans une seconde partie, nous nous intéresserons à la maladie dans la culture maghrébine.

Qu'est-ce que la satisfaction du patient en médecine générale ? Comment la définir et comment évaluer la satisfaction d'un patient migrant en médecine générale ? Nous tenterons de répondre à cette question dans une troisième partie, par une revue de la littérature nationale et internationale.

Enfin, nous présenterons les résultats de notre étude qualitative : l'évaluation de la satisfaction des patients maghrébins en consultation de médecine générale, et nous essayerons de comprendre en quoi l'anthropologie médicale et les compétences médicales transculturelles sont un enseignement nécessaire en médecine générale.

PARTIE I. L'immigration maghrébine en France

1. Définitions

1.1 Définition du terme immigré

En 1991, le Haut Conseil à l'Intégration (dissout en décembre 2012) définit un immigré comme toute personne résidant en France et née étrangère dans un pays étranger, qu'elle ait acquis la nationalité française ou non. Cette définition combine deux caractéristiques invariables : le lieu et la nationalité à la naissance. Ce terme est essentiellement utilisé pour le recensement démographique, l'Insee a conservé cette définition⁴.

1.2 Définition du terme migrant

Un migrant est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Le terme migrant est employé essentiellement en santé publique.

1.3 Définition du terme étranger

Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides)⁵. Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).

Dans la littérature, on peut retrouver d'autres termes, d'autres définitions, comme « réfugié » dans le langage juridique, « exilé » qui est un terme utilisé en psychologie, « demandeur d'asile, étranger malade » dans le cadre administratif, « sans-papiers et clandestins » mots employés en politique.

La population immigrée maghrébine dite « de première génération » désigne la population née au Maghreb et ayant immigré par la suite.

Les descendants d'immigrés maghrébins vivant en France sont appelés « immigrés de deuxième génération ». Il n'existe pas de définition officielle, et la littérature regorge de

synonymes. La définition couramment utilisée par l'Insee est la suivante : « est descendant d'immigré toute personne née en France ayant au moins un parent immigré »⁴.

Ces différents termes mettent en exergue la difficulté de définir, sur plusieurs plans, une personne venue d'ailleurs.

2. L'immigration maghrébine en France : données historiques

En Arabe, le terme Maghreb signifie « le Couchant » et désigne les pays du soleil couchant (partie Occidentale du monde Arabe) par opposition au Machreq (« le Levant »), qui fait référence aux pays du soleil levant (l'Orient traditionnel).

Avant la colonisation Française, le Maghreb incluait, au sens strict, le Maroc, l'Algérie et la Tunisie. Aujourd'hui, on utilise les termes « Petit Maghreb » pour se référer à ces trois pays et « Grand Maghreb » pour se référer à un espace incluant également la Mauritanie, la Libye, et le Sahara occidental.

Nous nous intéresserons à l'immigration du « Petit Maghreb » en France.

2.1 Milieu du XIXe siècle jusqu'à la Première Guerre mondiale

Lorsqu'a lieu la Première Guerre mondiale, l'état Français met en place la première réglementation de l'immigration (2 avril 1917, un décret institue pour la première fois une carte de séjour pour les étrangers de plus de 15 ans résidant en France). Les immigrés recrutés le plus souvent dans les pays du Petit Maghreb vont travailler comme ouvriers (78 566 Algériens, 35 506 Marocains et 18 249 Tunisiens) et vont également être intégrés dans l'armée française (173 000 Algériens, 58 770 Tunisiens et 25 000 Marocains).

2.2 L'entre-deux-guerres

Dans l'immédiat après-guerre, c'est La Société Générale d'Immigration, organisme privé, qui est chargée d'organiser le recrutement d'immigrés Maghrébins afin d'aider la reconstruction et le repeuplement de la France.

La France devient à cette période le premier pays d'immigration au monde.

2.3 Les « Trente Glorieuses »

De 1945 à 1974, la période de reconstruction de la France des « Trente Glorieuses » est marquée par une forte immigration maghrébine (les besoins en main d'œuvre pour la reconstruction économique d'après-guerre sont importants). L'Office National de l'Immigration recrute des travailleurs étrangers dans le cadre de conventions signées entre les États et favorise le regroupement familial.

Durant cette période l'immigration maghrébine connaît son extension maximale, avec deux vagues principales, l'une autour de 1947 et l'autre, beaucoup plus importante, entre 1962 et 1973. La population maghrébine en France passe d'un peu plus de 200 000 au début des années 50 à 300 000 en 1973.

À la fin des « Trente Glorieuses », pour éviter un accroissement des flux migratoires et une montée du chômage, le gouvernement français décide, le 3 juillet 1974, de suspendre provisoirement l'immigration et propose aux travailleurs étrangers une aide financière au retour volontaire (sans grand succès).

Cependant, dès 1976, le regroupement familial est à nouveau autorisé sous certaines conditions. L'immigration change de nature : on passe d'une immigration dite « de travail » à une immigration familiale (immigration de femmes et d'enfants) signant l'implantation durable des populations immigrées maghrébines en France.

3. L'immigration maghrébine en France : données socio-démo-économiques

3.1 Données démographiques

Selon les données de l'Insee en 2008, 30% (1,6 million) des immigrés sont originaires du Maghreb. L'immigration vers la France est actuellement principalement d'origine africaine (Maghreb et Afrique subsaharienne). En 2008, sur les 2271 milliers d'immigrés d'origine africaine, 1602 milliers sont originaires du Petit Maghreb (soit plus de la moitié). On notera qu'un immigré sur quatre en Lorraine est maghrébin⁶.

Tableau 1- Répartition des immigrés Maghrébins de 1975 à 2011 par pays de naissance, source Insee.

Pays d'origine	1975	1982	1990	1999	2008	2011	
	%	%	%	%	%	%	En milliers
Algérie	14	15	13	13	13	13,1	737
Maroc	6	9	11	12	12	12,1	680
Tunisie	5	5	5	5	4	4,4	276
Total Immigrés en France (en milliers)	3 870	4 087	4 238	4 387	5 342	8.7	5 493

3.2 Données socio-économiques

Le niveau d'étude des immigrés a progressé. En 1982, 81% des immigrés n'avaient pas de certificat d'études primaires contre 41% en 1999⁷. Actuellement la proportion d'immigrés ayant un diplôme d'études supérieures se rapproche de celle des non-immigrés (24% contre 27%). Il y a une surreprésentation de la population immigrée dans le secteur secondaire : 52% des hommes et 23% des femmes y occupent une place, contre 37% des hommes et 10% des femmes de la population non immigrée⁸. Depuis dix ans, il y a une modification de la structure des emplois : un recul du secteur ouvrier en faveur du secteur tertiaire. Le nombre d'immigrés ouvriers a chuté de 13,5 points contre 1,8 pour les non immigrés. En conséquence, la part des immigrés parmi les professions intermédiaires a augmenté de 3,5 points contre 1,3 pour la population non immigrée⁸.

Cependant ces données concernent essentiellement les immigrés de l'Union européenne. Les hommes immigrés maghrébins sont majoritairement ouvriers⁸ et les femmes immigrées maghrébines ont le taux d'activité le plus bas (avec les immigrées Turques), et lorsqu'elles sont actives, elles occupent essentiellement des emplois de service (nettoyeuse). D'autre part, le taux de chômage des immigrés de 25 à 64 ans du Petit Maghreb est plus important (22%) comparativement à celui des immigrés issus de l'U.E (7%)⁸.

La majorité des immigrés maghrébins a des revenus plus faibles que le reste de la population, et vivent pour la plupart dans des grandes villes. Ils sont aussi moins souvent propriétaires (35% contre 57% chez les non immigrés) et plus souvent locataires du secteur social⁹.

4. Âge et vieillissement des migrants maghrébins

L'âge médian d'arrivée des immigrés maghrébins en France est de 22 ans.

Tableau 2- Répartition des immigrés Maghrébins selon l'âge et l'origine en 2008, source Insee.

Pays d'origine	Effectifs En milliers	0-14 ans %	14-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	≥ 65 ans %
Algérie	710	4	7	17	22	16	16	18
Maroc	650	3	10	21	21	19	16	10
Tunisie	235	2	7	17	18	22	18	16

Le vieillissement de la population immigrée maghrébine pose plusieurs problèmes : isolement familial et social (notamment des hommes immigrés venus travailler en France dans les années 1970 et n'ayant pas fait la demande de regroupement familial, habitants les foyers des travailleurs migrants), précarité économique, problèmes spécifiques d'accès à la retraite (problème d'homonymie, erreurs de syntaxe et de transcription de noms, imprécision sur les dates de naissance)¹⁰. Le désir d'un retour définitif dans le pays d'origine (*mythe du retour*) des immigrés maghrébins est réel mais difficilement réalisable, tout comme le souhait de certains patients immigrés maghrébins en fin de vie, de mourir sur leur terre natale¹¹.

5. La santé du migrant maghrébin en France

5.1 Généralités

L'étude de la santé des migrants est complexe, pour plusieurs raisons (idéologiques essentiellement et les migrants ne constituent pas un groupe homogène), mais elle est nécessaire et justifiée pour améliorer la prise en charge de cette population dont l'état de santé et le recours aux soins sont différents de la population non-migrante.

Selon les données du recensement de 1975, les étrangers mourraient moins que les Français après 30 ans, et avaient donc une espérance de vie plus longue¹². Comme le souligne le BEH de janvier 2012, au début des années 1990, la déclaration de maladie chez les femmes et les hommes originaires du Maghreb était de 16 % et 33 % inférieure à celle des nationaux, malgré des conditions de travail et des conditions de vie pénibles. Notamment, les hommes maghrébins étaient moins touchés par les cancers et les maladies cardiovasculaires¹³. Puis, à

partir des années 2000, les migrants sont deux fois plus nombreux que la moyenne nationale, en proportion, à déclarer un état de santé « médiocre » ou « très mauvais »¹⁴.

Dans la littérature internationale, on parle de l'effet « immigrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*) : à leur arrivée, l'état de santé des migrants est meilleur que celui de la population du pays d'accueil, puis avec le temps, les migrants adoptent des habitudes de vie favorisant la survenue de maladies chroniques (alcool, tabac, sédentarité) et leur état de santé se dégrade. En France, on note également une dégradation de l'état de santé des migrants, outre « l'effet immigrant en bonne santé », l'évolution d'une immigration de travail (sélection des migrants et examen médical préalable à la migration) vers une immigration familiale, ainsi que l'évolution du profil des migrants (précarisation), les difficultés d'accès aux soins de santé, à la promotion de la santé et aux services de prévention font que l'état de santé des migrants en France se détériore. En janvier 2012, le numéro thématique, *Santé et recours aux soins des migrants en France*, du BEH fait état de cette dégradation¹⁵.

Il n'existe pas de pathologie spécifique au migrant maghrébin en particulier et au migrant en général. Cependant les études de l'InVS mettent en évidence des taux de prévalence significativement plus importants des maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose) que dans la population du pays d'accueil. On retrouve également, chez les migrants un fort taux de prévalence de psychotraumatismes, et de maladies chroniques comme le diabète de type 2. En somme, on peut regrouper les pathologies du migrant en trois principaux groupes pathologiques : psychotraumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques.

Le COMEDE^{16,17}, par une étude réalisée entre 2001 et 2007, sur 21 742 migrants ayant consulté le médecin au Centre de santé du COMEDE, met en évidence dix affections principales que l'on retrouve chez le patient migrant:

- Psychotraumatismes
- Hépatite B chronique
- Maladies cardiovasculaires
- Asthme
- Diabète
- Hépatite C chronique
- Anguillulose intestinale
- VIH
- Tuberculose
- Bilharziose intestinale.

5.2 Maladies infectieuses

D'après les données du BEH de janvier 2012, le taux de découvertes de séropositivité pour le VIH est dix fois plus élevé chez les migrants que chez les non-migrants et le taux de découvertes d'une tuberculose-maladie est huit fois plus élevé chez les migrants que chez les non-migrants. Les trois-quarts des prises en charge de l'hépatite B chronique concernent des migrants. Pour ces trois maladies, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés : 70% pour l'infection à VIH/Sida, 36% pour la tuberculose, 54% pour l'hépatite chronique à virus B. Les découvertes de séropositivité pour le VIH au stade SIDA concernent 15% des originaires d'Afrique subsaharienne, 17% de ceux d'Amérique, 24% de ceux d'Asie et du Maghreb.

La population migrante est fortement touchée par le VIH, la tuberculose et l'hépatite chronique à virus B. Ceci est en rapport avec la haute prévalence de ces trois infections dans leurs pays d'origine. Cependant, les données de sérotypage du VIH en 2009 montrent qu'un migrant originaire d'Afrique subsaharienne sur cinq a été contaminé par le VIH en France¹⁸.

5.3 Les maladies chroniques

La prévalence du diabète de type 2 est plus élevée chez les migrants maghrébins en France, comme le montrent de nombreuses études. La prévalence du diabète traité ou non était estimée à 7,5% chez les français âgés de 45 ans et à 14% chez les personnes originaires du Maghreb. Ces différences sont plus marquées chez les femmes (16,6% versus 6,5%) que chez les hommes (12,1% versus 8,6%). Les personnes diabétiques originaires du Maghreb présentent plus de complications ophtalmologiques, et ont un moins bon suivi par le dosage de l'hémoglobine glyquée¹⁹.

5.4 Psychotraumatismes et maladies anxio-dépressives

Le taux de prévalence des psychotraumatismes est important dans la population migrante (112 pour 1000), plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (188 pour 1000 versus 86 pour 1000).

De nombreuses études mettent en évidence un lien étroit entre migration et pathologies anxio-dépressives²⁰. L'exil, l'isolement familial et social, des emplois pénibles, une discrimination sont des facteurs expliquant ce lien. L'expression somatique du mal-être de l'immigré maghrébin a fait l'objet de nombreuses études en psychiatrie, et de nombreux ouvrages.

5.5 Mortalité maternelle et risque périnatal

La mortalité maternelle est un indicateur essentiel de la santé des femmes. Le taux de mortalité des femmes migrantes s'élève à 12,5/100 000 naissances contre 7,9/100 000 pour les non migrantes. 13,3% des femmes ayant accouché en métropole en 2010 sont de nationalité étrangère, dont 4,8% originaires du Maghreb et 2,8% d'Afrique subsaharienne. Ce sont particulièrement les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb qui représentent une population à risque périnatal (elles sont souvent plus âgées, la parité est plus élevée, le niveau d'études plus faible, et la plupart sont sans emploi, en situation de précarité). Une hospitalisation pendant la grossesse est plus fréquente chez ces femmes (26% versus 18,5% pour les françaises), l'hypertension artérielle et le diabète gestationnel étant les motifs les plus fréquents d'hospitalisation²¹. Ce sont chez ces femmes immigrées originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne, qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale correcte pendant leur grossesse, que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé : 21,8/100 000, ainsi que le taux de prématurité : 10,7% versus 6,3%. Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge de cette population d'origine africaine²¹. Enfin, en matière de prévention, les femmes immigrées maghrébines effectuent moins de frottis de dépistage ou de mammographies que les femmes françaises²².

6. L'accès aux soins des migrants en France

Selon la constitution de l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux*

de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

De nombreux textes juridiques et internationaux consacrent un droit inconditionnel à la santé :

- Article 25 de la déclaration Universelle des droits de l'Homme,
- Article 33 de la déclaration américaine des droits et devoirs de l'Homme,
- Article 11 de la charte sociale européenne,
- Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux, et culturels,
- Article 16 de la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples,
- Charte Européenne de l'action Humanitaire.

En France, pour permettre l'accès aux soins des migrants (ou des personnes en situation précaire), pour lutter contre les discriminations en matière de santé, plusieurs dispositifs ont été mis en place.

6.1 Les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins

Les PRAPS ont été mis en place par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. L'objectif des PRAPS est d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité en permettant aux personnes les plus démunies d'accéder au système de droit commun dans les domaines de la couverture sociale, de la prévention et des soins.

6.2 Les permanences d'accès aux soins de santé

Le Dispositif PASS a été mis en place par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions : *« dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins [...], les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), [...], adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [...] »* (Art. L. 711-7-1 Code de la santé publique). Les PASS

ont pour mission de faciliter l'accès aux systèmes de santé des personnes sans couverture sociale, en situation de précarité ou démunies sur le plan social et psychologique.

6.3 La Couverture Maladie Universelle

Dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999, la CMU vient remplacer la couverture « carte santé », elle comprend la CMU de base et la CMU complémentaire.

La CMU dite de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois, de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couvert par un régime de sécurité sociale. Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu inférieur à un plafond déterminé, les autres devant s'acquitter d'une cotisation en fonction de leur revenu.

La CMU dite complémentaire permet de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite. Elle est accordée, pour un an sous condition de ressources, à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, qui en fait la demande. Dans le cadre de la CMU-c, les soins sont pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. En résumé la CMU de base est un droit à l'Assurance Maladie, la CMU complémentaire est une protection complémentaire.

6.4 L'Aide Médicale d'État

La loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 met également en place l'Aide Médicale d'État. L'AME est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions. Toute personne étrangère en situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande), résidant en France depuis au moins trois mois de manière ininterrompue et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond, peut bénéficier de l'AME, lui permettant une prise en charge à 100 % de ses soins médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité sans avoir à avancer les frais.

6.5 Le droit au séjour pour raisons médicales

Depuis 1998, la loi française prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire d'un an à l'étranger « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire [...] » (article 11 L.313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile modifié par l'ordonnance n° 2014-464 du 7 mai 2014).

6.6 Les limites de l'accès aux soins des migrants

En plus de dix ans un réel progrès dans la couverture de soins des migrants a été réalisé néanmoins, de nombreuses études mettent en évidence des obstacles à l'accès aux soins notamment liés à la méconnaissance de leurs droits par ces patients, la barrière linguistique, la barrière culturelle (préjugés du médecin, refus de soins des patients bénéficiaires de l'AME ou de la CMU par certains médecins), les difficultés administratives, économiques (absence de complémentaire santé) et sociales, et un moindre recours à la médecine de ville.

Le tableau ci-dessous présente quelques études concernant l'évolution de l'état de santé et l'accès aux soins des migrants en France.

Tableau 3- Évolution de l'état de santé et accès aux soins des migrants en France- Données bibliographiques.

Études	Résultats
Brahimi M. <i>La mortalité des étrangers en France</i> , 1980.	Sous mortalité des étrangers.
Wanner P. et al. <i>Causes de décès des immigrés en France de 1979-1985</i> .	Sous mortalité des étrangers.
Khlat M., Courbage Y. <i>Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès</i> .	Espérance de vie plus longue des hommes immigrés maghrébins.
Khlat M. et al. <i>La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992</i> .	Taux de morbidité déclarée plus faible chez les personnes originaires du Maghreb.
Balsa A.I. et al. <i>Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities</i> , 2003.	L'interaction médecin-patient migrant peut être à l'origine d'inégalités de santé

Cadre E. <i>Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins</i> , 2007.	Les barrières culturelles et linguistiques entre le médecin et le patient-migrant peuvent être à l'origine d'inégalités de santé.
Mizrahi A. et al. <i>Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger</i> , 2008.	État de santé des étrangers plus altéré que celui des Français en termes de santé perçue et de déclaration de maladies chroniques.
Boisguerin B. <i>Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins</i> , 2008.	Renoncement aux soins des immigrés bénéficiaires de l'AME et refus de soins de la part des professionnels de santé.
Jusot F. et al. <i>Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?</i> 2009.	Moins bon état de santé perçue des immigrés.
Berchet C. et al. <i>Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social. Une analyse en décomposition</i> , 2009.	Moins bon état de santé perçue des immigrés.
Dourgon P. et al. <i>Le recours aux soins de ville des immigrés en France</i> , 2009.	Moindre recours des immigrés au médecin généraliste ou au spécialiste. Moindre accès aux mesures de prévention (dépistage hépatite B, VIH, vaccinations).
Grillot F. et al. <i>Santé des femmes et inégalités sociales et territoriales: le recours au frottis du col de l'utérus dans l'agglomération parisienne</i> , 2009.	Moindre accès aux mesures de prévention chez les femmes étrangères résidant en région parisienne (frottis cervical).
Berchet C. et al. <i>L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine</i> , 2010.	Moins bon état de santé perçue des immigrés.
Beauchemin et al. <i>Enquête Trajectoires et Origines</i> , 2010.	Renoncement aux soins des immigrés.
Drouot N. et al. <i>L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000</i> , 2010.	La complexité des dispositifs administratifs limite l'accès aux soins des migrants.
COMEDE. <i>La santé des exilés – Rapport d'observation et d'activité 2012</i> .	3 principaux groupes pathologiques chez les patients migrants (psychotraumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques). Taux de mortalité maternelle plus élevé chez les migrantes. Difficultés d'accès aux soins.

Partie II. Le patient maghrébin : approche culturelle

1. La maladie dans la culture maghrébine

1.1 Définition de la culture

En sociologie, la culture est définie comme « *ce qui est commun à un groupe d'individus* » et comme « *ce qui le soude* ». Pour l'UNESCO, « *dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* »⁴¹.

1.2 La pathologie physique dans la culture maghrébine

La culture maghrébine est une culture mêlant à la fois le magique, l'hagiographie et le religieux (l'Islam majoritairement).

La maladie peut être vécue par le patient maghrébin comme une épreuve envoyée par Dieu, mais rarement comme une punition (à l'exception du SIDA et de la toxicomanie souvent vécues comme une honte), dans tous les cas, c'est Dieu qui a voulu la maladie, c'est le destin ou « *mektoub* », comme une fatalité.

Cependant, malgré une vie ritualisée par le religieux, dans les populations immigrées maghrébines, le plus souvent d'origine rurale, santé et magie sont indissociables. La plupart du temps, le patient maghrébin recherchera un facteur extérieur déclenchant extérieur la maladie (la maladie vient de l'extérieur, *modèle exogène de la maladie*⁴²). Le facteur extérieur provoque une rupture de l'équilibre intérieur, il peut s'agir par exemple du climat (« le vent m'a frappé » disent les maghrébins, pouvant être traduit par « j'ai pris froid »), d'une personne malveillante (sorcellerie « *shour* », « le mauvais œil » ou « *ein* »), d'une force occulte (essentiellement pour les pathologies psychiatriques). Le patient maghrébin peut aussi bien consulter simultanément un médecin occidental et faire appel à la médecine traditionnelle (selon la définition officielle de l'OMS, la « *médecine traditionnelle* » se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et

croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en associations – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé). Et comme le souligne l'écrivain Hawa Djabali « *il est frappant de voir des femmes entièrement voilées accepter de livrer leurs membres aux mains du "savant", se mettre nues si nécessaire pour recevoir des traitements de points de feu ou de manipulations physiques* »⁴³, alors qu'elles sont très pudiques lors d'une consultation auprès d'un médecin de formation occidentale. Dans certaines familles immigrées maghrébines, le médecin ne peut ausculter une femme qu'à travers les vêtements, parfois même, il est récusé, seule une femme médecin pouvant examiner une femme⁴⁴.

Dans la culture maghrébine, la sexualité est taboue. La sexualité fait partie du sacré et il y a des interdits ou « *haram* ». Malgré une légère modification des normes culturelles des immigrés maghrébins en France (divorce, familles monoparentales : en effet, depuis les années 1990, d'après l'Insee, on observe chez les immigrés les mêmes tendances que dans l'ensemble de la population), les conséquences de la perte de virginité avant le mariage d'une femme restent souvent dramatiques^{45,46}. Les maladies sexuellement transmissibles sont vécues comme une honte, et ne se disent pas. Dans ce contexte, la prévention reste difficile à réaliser en consultation, notamment chez les adolescents et adolescentes d'origine maghrébine accompagnés de leurs parents.

Les immigrés maghrébins ont en réalité « une alimentation mixte », ils conservent les habitudes culinaires du pays d'origine et adoptent des comportements alimentaires du pays d'accueil. Le surpoids, chez les immigrés maghrébins d'origine rurale le plus souvent, n'est souvent pas perçu comme un facteur de risque de maladies cardiovasculaires mais comme un signe de bonne santé et de prospérité. « L'embonpoint » est un critère de beauté dans la culture maghrébine, témoin de fertilité chez la femme.

Enfin, la santé et la maladie sont une affaire de famille. Il se crée autour du malade une « cellule thérapeutique »⁴⁷, où la mère maghrébine a une place privilégiée. La mère dans la culture maghrébine peut être considérée comme une guérisseuse. Il est à noter que la culture maghrébine est une culture du groupe, et comme le souligne le Dr Panunzi-Roger N. « *les populations maghrébines sont dans une logique familiale et groupale, elles ont besoin d'être insérées dans un groupe pour vivre et exister. Ces cultures s'opposent à la notion d'individu, de choix individuels, c'est le groupe avant tout qui structure l'individu. Selon une personne*

interrogée, il y a une forte contradiction entre notre modèle individualiste, incontournable, et le fonctionnement des familles maghrébines resté tribal et clanique. Un professionnel interrogé souligne qu'il faut faire tout un exercice mental pour éviter de dire « nous » et parvenir à dire « je » »⁴⁸.

La première génération de migrants maghrébins, le plus souvent d'origine rurale, est arrivée en France avec ces représentations du corps et de la maladie. Les maghrébins n'ont consulté que très rarement un médecin de formation occidentale dans leur pays d'origine. La responsabilité par rapport à leur propre santé, était un élément nouveau.

1.3 La culture maghrébine et la pathologie psychique

Dans la culture maghrébine, les pathologies psychiatriques sont d'origine surnaturelle⁴⁹. Les termes sont nombreux pour désigner « la folie », et celle-ci est la conséquence de forces occultes : un démon ou *djinn* venant « posséder » une personne :

- mejnoun : « possédé par un djinn »,
- madroub : « frappé » par un djinn,
- markoub : « monté » par un djinn,
- meskoun : « habité »,
- mamlouk : « possédé », le patient est devenu propriété du djinn,
- masloukh : « frotté jusqu'au sang » par un djinn,
- malbouss : « porté » par un djinn (comme on enfile un vêtement),
- mechiar : « frappé » par une force extérieure,
- mehboul : devenu sans raison (à l'origine du mot français « maboul »),
- metoueh : en désarroi,
- mekhalkhal : « secoué » (ayant un comportement bizarre),
- meouesoues : obsédé par la même préoccupation ou idée.

Le « *Ahmaq* » ou « fou » fait peur, comme s'il y avait un risque de contagiosité du trouble psychique, il est le plus souvent exclu de la famille⁵⁰.

Durant sa vie, le maghrébin est tout le temps exposé aux djinns, mais surtout lors des rites de passage de la vie humaine : lors d'une grossesse, de la naissance, à la puberté, lors du mariage, ou lors de l'acquisition de biens matériels⁵¹, il se protège contre ces forces occultes par des talismans, des gris-gris (la main apotropaïque « de Fatma »), en demandant la protection des Saints, ou l'aide de « sorciers » ayant conclu des pactes avec les djinns ou le diable (version maghrébine du mythe de Faust).

Le patient immigré maghrébin, musulman le plus souvent, ayant une pathologie psychiatrique ne consulte pas seulement un psychiatre (*souvent perçu comme le représentant d'un univers étranger*⁵²) mais lui ou sa famille ont également recours au tradipraticien (*Fkih*) ou plus récemment, du fait d'une réislamisation des maghrébins en France, à un religieux. On voit ainsi se développer une médecine religieuse : « la Roqia », qui est un traitement par la récitation du Coran faite par des religieux dans certaines mosquées de quartiers ou au domicile du malade.

1.4 Le corps qui s'exprime

Il existe, dans la culture maghrébine, une multitude d'expressions, de métaphores pour décrire un symptôme, une douleur. La plupart du temps, en consultation, les patients maghrébins expriment davantage de plaintes et de façon plus diffuse. Cependant, ces plaintes somatiques peuvent révéler un problème psychique. En effet, dans la culture maghrébine, l'anxiété, la détresse émotionnelle ne doivent pas être exprimées. C'est à travers le corps que le patient maghrébin peut exprimer une souffrance psychologique : *quand le « corps » parle et parle trop, c'est assurément parce que la « tête », qui ne peut dire le « corps » (la tête qui ne verbalise pas) est « malade »*⁵³. La somatisation permet de dépasser le tabou (par exemple, les maux de ventre chez le patient immigré maghrébin, comme en témoignent les travaux de l'écrivain Ben Jelloun⁵⁴, co-écrit avec un psychologue, dans les années 1977, peuvent exprimer un isolement affectif extrême, et l'absence de vie sexuelle).

1.5 L'immigration vécue comme une maladie ?

Au Maghreb, le départ d'un proche en France, ou dans un autre pays européen, était précédé d'un rituel : on préparait de la nourriture à emmener, on récitait la prière des morts avant le départ, comme si le corps hors-lieu (*ex il*) était en péril.

2. Le patient maghrébin : « un mauvais patient » ?

En 1952, dans un article sur les colonisés maghrébins vivant en métropole, Franz Fanon décrit « le syndrome nord-africain » : le patient nord-africain, « *provoque souvent, de la part du personnel médical, une attitude de défiance quant à la réalité de sa maladie, que celui-ci est perçu avec un a priori de « race feignante », qu'il triche sur ses symptômes pour n'en chercher que des bénéfiques – et que l'attitude préalable des soignants est avant tout de le pousser hors de l'hôpital où il est soupçonné de vouloir trouver refuge pour ne pas travailler* »⁵⁵.

Évidemment, il faut se placer dans le contexte de l'époque, où, le nord-africain était considéré comme un indigène. Mais, l'on peut se demander si le « syndrome méditerranéen » n'est pas un reliquat du « syndrome nord-africain ».

« Le syndrome méditerranéen » désigne un phénomène d'exagération des symptômes d'un patient d'origine méditerranéenne. Cette expression n'est pas sans connotation négative. Derrière cette expression se cache un ensemble de comportements de la part du patient méditerranéen qui le classe dans la case « mauvais patient ». « Le mauvais patient » est bruyant, sa famille est trop présente, il respecte peu le cadre (horaires de consultation, ou horaires des visites lors de l'hospitalisation) et dérange le soignant.

Partie III. Satisfaction des patients migrants

1. Définition de la satisfaction en médecine

Le terme général de satisfaction est défini dans le Dictionnaire ROBERT® comme étant « *l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, c'est aussi un sentiment de bien-être et de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce l'on juge souhaitable* ».

Dans le contexte des soins non-ambulatoires, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité (concept industriel appliqué à la médecine hospitalière en 1996), dont elle est un des indicateurs. La qualité des soins se définit selon l'OMS comme « *le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assureront le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». En France, la satisfaction des patients est essentiellement étudiée en médecine hospitalière, nous citerons pour exemple, l'étude du Professeur Briançon S., réalisée en 2004, incluant 1008 patients dialysés et proposant un instrument de mesure, en langue française, de la satisfaction chez le patient dialysé : SDIALOR⁵⁷ (dans cette étude, la relation entre le néphrologue et le médecin généraliste est également évaluée par le patient).

En médecine ambulatoire, la question de la satisfaction des patients et les moyens de l'évaluer ont fait l'objet de nombreuses études anglo-saxonnes mais peu d'études existent en France. En 2001, le Dr Dedienne s'interroge quant à la définition de la satisfaction d'un patient en médecine générale et ses critères d'évaluation. Elle définit la satisfaction comme étant « *l'expression de l'écart entre ce qui est attendu et perçu, qu'elle est la conséquence d'une évaluation du patient, intégrant des éléments cognitifs et affectifs (...) et est postérieure aux soins* »⁵⁹.

2. La satisfaction des patients migrants en médecine générale

L'étude de la satisfaction des patients est complexe, car multifactorielle et subjective, mais elle est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins.

Dans le cas des migrants, la satisfaction est encore plus complexe à évaluer, car les migrants ne constituent pas un groupe homogène, les études de santé selon l'origine du patient restent encore délicates. Les études sur le sujet montrent, sur le plan international, une hétérogénéité dans la définition du patient migrant et donc une variation des pratiques statistiques; ainsi les études américaines utilisent une classification selon le morphotype du patient, les études britanniques utilisent l'appartenance ethnique, les études françaises le lieu de naissance et les études suisses la nationalité.

La recherche bibliographique a été effectuée en utilisant les bases de données PubMed® de la National Center for Biothechnology Information (NCBI), sur la période 1960-2013. Les mots clés utilisés ont été « patient satisfaction, migrants patients, health, general practice ».

En France il existe peu de données de la littérature concernant l'étude de la satisfaction des patients migrants en médecine générale. Comme nous l'avons vu précédemment, les études françaises s'intéressent essentiellement à l'état de santé des migrants, l'évolution de leur état de santé, leurs difficultés de compréhension du système de soins français. Une seule étude a été retrouvée, datant de février 2012, et s'intéressant à l'évaluation des prestations de soins en médecine générale par les migrants britanniques⁶⁰.

Sur le plan international, la plupart des études s'interrogeant sur la particularité de la prise en charge du patient migrant en médecine générale sont américaines ou suisses et soulignent l'importance par le médecin de développer des « compétences cliniques transculturelles ».

Les études américaines ayant pour objectif d'évaluer la satisfaction du patient migrant en médecine générale sont plus nombreuses, et donnent des résultats discordants.

La satisfaction d'un patient migrant étant plus complexe à évaluer car outre les problèmes méthodologiques liés à la définition et à la mesure de la satisfaction, différents facteurs viennent s'ajouter. En premier lieu, les migrants ne constituent pas un groupe homogène : les cultures et croyances du patient (différentes selon l'origine), l'histoire

migratoire (spécifique à chaque patient), la durée de séjour dans le pays d'accueil et le degré d'intégration dans le pays d'accueil constituent autant de paramètres pouvant influencer la satisfaction du patient (d'ailleurs, les migrants ayant un niveau d'étude supérieure sont le plus souvent moins satisfaits et plus critiques). Les études outre-Atlantique montrent la difficulté de définir le terme « migrant » et utilisent toujours une classification selon le morphotype du patient. Les problèmes linguistiques peuvent donner lieu à une mauvaise compréhension des auto-questionnaires (souvent utilisés dans les études), et donc être un biais important dans l'analyse des résultats. Enfin, certaines études soulignent que la concordance ethnique entre le patient et son médecin peut influencer le niveau de satisfaction du patient.

Dans la littérature américaine, les articles s'intéressant au lien entre satisfaction du patient et l'origine ethnique datent de 1960⁶¹. On peut citer les études du Docteur Hulka et al.⁶² ou celle du Dr Linn⁶³, lesquelles ne rapportent pas de lien significatif entre la satisfaction du patient et son origine ethnique contrairement aux études d'Andersen et al.⁶⁴ Les études, plus récentes, de satisfaction des patients migrants en médecine générale, réalisées aux Etats-Unis et dans d'autres pays d'Europe donnent également des résultats discordants, certaines sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Études	Résultats
<p>Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship.⁶⁵</p> <p><i>Étude américaine comparant la satisfaction des patients Noirs-Américains (814) aux patients Blancs-Américains (784) quant à la possibilité de participation aux décisions thérapeutiques (communication avec leur médecin).</i></p>	<p>Les patients Noirs-Américains sont moins satisfaits.</p>
<p>Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization.⁶⁶</p> <p><i>Étude américaine incluant 10 300 patients (7 747 Blancs-Américains, 1007 Asiatiques, 836 Afro-Américains, 710 Hispaniques) comparant la satisfaction des patients quant à la compétence technique du médecin, la qualité de l'échange avec le médecin, l'accessibilité du médecin, la prévention, et la satisfaction globale.</i></p>	<p>Les patients Asiatiques sont moins satisfaits des compétences cliniques de leur médecin que les Blancs-Américains. Les patients Hispaniques sont moins satisfaits de l'accessibilité (et disponibilité) de leur médecin par rapport aux Blancs-Américains. Les patients Noirs-Américains sont plus satisfaits en ce qui concerne la prévention par rapport aux Blancs-Américains.</p>
<p>Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients.⁶⁷</p> <p><i>Étude américaine incluant 51 patients hispaniques et 9 médecins (5 Blancs-Américains et 4 Hispaniques).</i></p>	<p>Les patients Hispaniques posent davantage de questions lorsque le médecin parle la langue espagnole.</p>
<p>Do patient assessments of Primary care differ by patient ethnicity?⁶⁸</p> <p><i>Étude américaine, comparant la satisfaction des patients selon 7 critères de satisfaction, incluant 6062 patients (5390 Blancs-Américains, 114 Asiatiques, 444 Afro-Américains, 114 Hispaniques).</i></p>	<p>Les patients Asiatiques sont moins satisfaits des compétences cliniques de leur médecin. Les patients Hispaniques et Afro-Américains sont moins satisfaits de l'accessibilité (et disponibilité).</p>

<p>Physician expression of empathy and positiveness to Hispanic and non-Hispanic White patients during medical encounters.⁶⁹</p> <p><i>Étude américaine incluant 254 patients Hispaniques, 153 patients Blancs-Américains et 27 médecins généralistes (19 Blancs-Américains, 6 Hispaniques, 2 Asiatiques).</i></p>	<p>Les médecins expriment leur empathie, dans les 2 groupes de patients inclus, de la même manière.</p>
<p>An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds.⁷⁰</p> <p><i>Étude slovène comparant la satisfaction des patients non Slovènes (Serbes, Croates, Albanais et "Musulmans") et Slovènes, par auto-questionnaire de 23 questions, incluant 600 patients pris en charge par 10 médecins généralistes.</i></p>	<p>Pas de lien significatif entre la satisfaction des patients et l'ethnicité.</p>
<p>Race of physician and satisfaction with care among African-American patients.⁷¹</p> <p><i>Étude américaine incluant 745 patients Afro-Américains, 436 médecins Blancs-Américains, 162 médecins Afro-Américains, 46 médecins d'origine hispaniques, et 75 médecins d'origine asiatiques, et explorant le lien entre satisfaction du patient et origine ethnique du médecin.</i></p>	<p>Amélioration de la satisfaction des patients lorsqu'il existe une concordance ethnique entre le patient et son médecin.</p>
<p>Patient-Centred Communication, Ratings of care, and Concordance Of Patient and Physical Race.⁷²</p> <p><i>Étude de cohorte comparant la satisfaction quant à la qualité de la communication ou l'échange, entre le patient et son médecin généraliste selon l'origine ethnique du médecin et du patient. Etude incluant 142 patients Afro-Américains, 110 patients Blancs-Américains, pris en charge par 31 médecins (18 Afro-Américains et 13 Blancs-Américains).</i></p>	<p>Meilleure satisfaction des patients, quant à la communication (échange) avec le médecin lorsqu'il existe une concordance ethnique entre le patient et son médecin.</p>
<p>Patient satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults.⁷³</p> <p><i>Étude américaine incluant 115 patients Indiens-Américains (Cherokees pour 90 d'entre eux).</i></p>	<p>Pas de lien entre la satisfaction et l'origine ethnique pour cette population.</p>
<p>Patients' evaluation of quality of care in general practice : what are the cultural and linguistic barriers ?⁷⁴</p> <p><i>Étude néerlandaise, comparant la satisfaction quant à la qualité de la communication ou l'échange, entre le patient et son médecin généraliste selon l'origine ethnique du patient. Étude incluant 663 patients (392 patients occidentaux et 229 patients non-occidentaux) suivis par 38 médecins généralistes.</i></p>	<p>53% des patients non européens évaluent plus négativement la qualité de la relation médecin/patient, les explications reçues sur leur état de santé, les prescriptions faites ainsi que les conseils donnés.</p>
<p>Intercultural communication in general practice.⁷⁵</p> <p><i>Étude néerlandaise incluant 48 patients issus de minorités (Turcs, Marocains, Surinamiens), 38 patients Néerlandais, et 8 médecins généralistes (7 Néerlandais et 1 Arabe).</i></p>	<p>Les problèmes de compréhension entre médecins et patients sont plus nombreux pour les patients issus des minorités.</p>

Bien que les études internationales mettent toutes en évidence la difficulté d'évaluer la satisfaction des patients migrants, en médecine en générale et en médecine générale, elles permettent de mettre en évidence qu'il existe une frustration de part et d'autre liée à une difficulté de communication⁷⁶ :

- ✓ les migrants ont le sentiment de ne pas être pris au sérieux par le médecin,
- ✓ Les médecins estiment que les migrants constituent une patientèle complexe à gérer. Ils trouvent que la manière de présenter leurs problèmes de santé est difficile à interpréter et ils ressentent donc la demande de soins de la part des personnes migrantes comme excessive.

3. Les outils d'évaluation de la satisfaction des patients

Dans les études suscitées, le plus souvent, les auteurs utilisent des questionnaires de satisfaction validés qu'ils adaptent à la problématique, les questionnaires utilisés sont différents selon les études.

Nous citerons les questionnaires suivants :

- The Patient Satisfaction Questionnaire®,
- The Patient-Decision Making style®,
- The Medical Interview Satisfaction Scale®.
- EUROPEP®: EUROpean task on patient evaluation of general practice.

L'EUROPEP® est un questionnaire validé, précis et rigoureux, réalisé en 2000 par le Dr Grol⁷⁷, utilisé dans plusieurs études de satisfaction en médecine générale, en Europe, afin d'évaluer les compétences des médecins généralistes par les patients et d'explorer les attentes des patients. Ce questionnaire permet également de comparer les résultats entre pays. L'EUROPEP® a été traduit en 15 langues, et comprend 23 items relatifs à cinq domaines : relation, communication, soins médicaux, informations, continuité et accessibilité des soins.

En 1977, aux États-Unis, Les Dr Ware, Davies-Avery et Stewart⁷⁸ proposent une revue de la littérature concernant la définition et les modalités d'évaluation de la satisfaction des patients. En somme, la satisfaction du patient peut être explorée en évaluant deux éléments : les compétences humaines du médecin et les compétences cliniques du médecin.

Les compétences humaines (« art of care ») peuvent être déclinées en plusieurs items :

- Communication (échanges verbaux et non verbaux entre le médecin et son patient, écoute du médecin, s'assurer de la compréhension du diagnostic ou du traitement par le patient),
- Écoute active,
- Empathie,
- Respect (pour le patient et non seulement pour sa pathologie, comprendre et respecter ses croyances),
- Confiance (le patient peut tout dire sans crainte d'être jugé, « mettre à l'aise le patient »).

Les compétences techniques peuvent être déclinées comme suit :

- Connaissances médicales du médecin,
- Examen clinique (complet),
- Diagnostic (juste),
- Traitement (efficace) ou avis d'un confrère si nécessaire,
- Dossier médical (informatisé ou non mais tenu).

D'autres éléments comme l'accessibilité du médecin (disponibilité), la décision conjointe ou « the patient decision making », l'aspect financier peuvent entrer en compte dans la satisfaction du patient.

Partie IV. Étude qualitative : la satisfaction du patient maghrébin en consultation de médecine générale

1. Objectif de l'étude

La plupart des études internationales sur la satisfaction des patients migrants en médecine générale montre d'une part que les patients migrants sont globalement moins satisfaits et que la concordance ethnique entre le patient et le migrant est un critère important dans la satisfaction du patient.

Qu'en est-il en France ? Pour l'instant, comme nous l'avons vu précédemment, seule une étude a été réalisée concernant la satisfaction des patients migrants anglais en soins ambulatoires. Cependant, le médecin généraliste est essentiellement confronté à des migrants des pays de l'Est, d'Italie, du Portugal et des Maghrébins. Les migrants Italiens, Portugais et de certains pays de l'Est (Pologne) sont installés en France depuis les années 1920, et partagent des éléments culturels similaires aux médecins occidentaux. Les patients maghrébins, qui représentent un quart de la population immigrée en Lorraine, ont une culture différente, des représentations du corps, de la maladie et du médecin occidental différents. Nous pouvons penser que les barrières linguistiques et culturelles jouent un rôle important dans la satisfaction des patients migrants maghrébins.

Évaluer la satisfaction du patient maghrébin en médecine générale nous permettra de comprendre quelles sont les attentes de ces patients en médecine générale. Nous évaluerons, également si la concordance ethnique entre le patient et le médecin (comme le suggère les études outre-Atlantique) est un élément participant à la satisfaction des patients migrants maghrébins.

Dans cette étude qualitative transversale, nous avons voulu donner la parole aux patients immigrés maghrébins à la suite d'une consultation auprès de leur médecin généraliste. Trente-huit patients maghrébins, vivant en Lorraine, ont pu être recrutés dans quatre cabinets de médecine générale.

2. Matériel et méthodes

2.1 Étude qualitative

2.1.1 Généralités

La méthodologie qualitative, issue à l'origine du domaine des sciences sociales en 1920, a été appliquée au domaine de la santé en 1990. Les techniques de recherche qualitative peuvent contribuer de manière significative aux études qui cherchent à examiner l'expérience et l'organisation des soins primaires. Elles « *ont davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques, qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer* »⁸³.

2.1.2 Intérêts de la méthode qualitative

Les intérêts de la méthode qualitative sont nombreux:

- ✓ explorer des terrains inconnus,
- ✓ identifier et approfondir la compréhension d'un problème spécifique et complexe (facteurs difficiles à mesurer objectivement),
- ✓ fournir un éventail d'idées, d'expressions ou de réactions personnelles,
- ✓ identifier des besoins et des solutions adéquates à un problème spécifique,
- ✓ explorer non seulement ce qui se passe mais aussi pourquoi,
- ✓ identifier des pistes à approfondir,
- ✓ compréhension de la santé,
- ✓ fournir des pistes pour améliorer la qualité de soins.

Afin de réaliser cette étude, la méthode qualitative nous a semblé être la méthode la plus adaptée.

2.1.3 Méthodes de recueil de données en recherche qualitative

Il existe plusieurs méthodes de recueil de données :

- l'observation,
- les entretiens individuels (structurés ou semi structurés), ou en groupe (structurés ou semi-structurés, correspondant à la méthode par focus groupe),
- les études de documents,
- autres : la méthode Delphi (méthode qui permet par la discussion d'obtenir un consensus).

2.2 Entretien semi-directif

L'entretien de recherche est « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* »^{83,84}.

Pour la réalisation de cette étude, nous avons choisi l'entretien individuel semi-dirigé. En effet, ce type d'entretien permet à l'interviewé d'exprimer plus librement et plus en profondeur son avis. Il permet non seulement de recueillir ce que pensent les personnes mais surtout comment et pourquoi elles pensent de cette façon. D'autre part, l'entretien est l'outil de base de la relation médecin-malade, l'interviewer et l'interviewé y sont familiers^{83,84}.

Il nécessite au préalable la réalisation d'un guide d'entretiens dans lesquels sont listés les principaux thèmes à aborder.

2.3 Le guide d'entretiens

Le guide d'entretien se développe autour de trois thématiques principales :

1. Histoire migratoire du patient
2. Satisfaction quant à la qualité de l'échange verbal avec son médecin
3. Satisfaction quant à la qualité de soins

Nous avons gardé sous les yeux des questions ouvertes afin de recadrer, si nécessaire l'interview :

- Racontez-moi comment s'est passée la consultation ?
- Que pensez-vous de l'échange avec votre médecin traitant ?
- Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez pour parler avec lui, pour lui poser des questions.
- Parlez-moi des difficultés que vous avez à comprendre ce qu'il vous dit.
- Quelles craintes avez-vous avant de lui poser des questions ?
- Parlez-moi de la disponibilité de votre médecin traitant.
- Parlez-moi de la prise en charge de votre médecin.
- Dites-moi comment vous participez à la décision de faire un bilan sanguin, de voir un spécialiste.
- Que pensez-vous de l'examen clinique ?
- Quelles seraient vos propositions pour améliorer l'échange avec votre médecin traitant ?

Nous avons également recueilli lors des entretiens les variables suivantes :

- Âge
- Sexe
- Origine
- Profession
- L'évolution de l'état de santé : santé perçue.

2.4 Constitution de l'échantillon

2.4.1 Mode d'échantillonnage

« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer »⁸³. La représentativité statistique n'est donc pas recherchée dans les études qualitatives et « la recherche qualitative a d'habitude pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée »⁸³. Le nombre de participants dépend surtout de la problématique et doit refléter la réalité.

2.4.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patients immigrés maghrébins, ayant acquis la nationalité française ou non, allophones ou non, volontaires, capables majeurs, consultant un médecin généraliste exerçant dans l'agglomération Nancéenne.

2.4.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patient non-maghrébin,
- Patient maghrébin âgé de moins de 18 ans,
- Patient maghrébin majeur protégé,
- Patient refusant de participer.

2.4.4 Mode d'accès aux participants

Nous avons accédé aux participants de façon indirecte. En effet, pour accéder aux participants, nous avons contacté par téléphone ou par mail plusieurs médecins généralistes de

la région de Nancy, en leur expliquant l'objectif de notre thèse. Nous avons convenu d'un rendez-vous afin d'évaluer la faisabilité de notre travail au sein de leur cabinet. Le médecin était le relais entre nous et le participant, cet élément est à souligner car on peut penser qu'il y ait une perte de neutralité. L'accès direct aux patients maghrébins était irréalisable.

Quatre médecins généralistes ont accepté de participer sur seize contactés.

Le refus de la part des médecins était lié à :

- L'absence de patients maghrébins dans leur patientèle,
- Le manque de temps de nous recevoir,
- Le problème de faisabilité.

Les médecins généralistes nous contactaient lorsqu'ils avaient en consultation un patient d'origine maghrébine, et nous présentaient auprès des participants.

Nous nommerons les médecins qui nous ont permis de recruter les patients M1, M2, M3 et M4.

2.5 Conditions de réalisation des entretiens

2.5.1 Le lieu

Nous avons interviewé les participants immédiatement en fin de consultation, afin de recueillir leur vécu de la consultation qui venait de se dérouler. Les entretiens se déroulaient dans une pièce annexe située dans le cabinet.

2.5.2 Le contrat de communication préalable

Les médecins expliquaient aux patients notre présence et le but de notre travail. Ils demandaient aux patients leur accord pour participer à l'étude. En cas d'accord le patient était conduit dans la salle annexe afin de débiter l'entretien.

Au préalable de l'entretien, nous nous sommes présentées comme étudiante en médecine générale, effectuant des remplacements. Nous avons présenté et expliqué oralement l'objectif de notre travail :

« Je me présente, je m'appelle Hakima SAJIE, je suis médecin remplaçant, et j'effectue ma thèse sur la satisfaction des patients maghrébins en consultation de médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté cet échange qui durera entre 15 à 20 minutes, et sera enregistré, avec votre accord. Les données enregistrées seront totalement anonymes, nous les analyserons par la suite ».

Lors des entretiens nous avons été confrontés à quelques patients parlant l'arabe dialectal, nous avons alors effectué l'entretien dans cette langue, qui est également notre langue maternelle. Il n'y a donc pas eu la nécessité de recourir à un interprète.

À la fin de chaque entretien, le patient remplissait une grille de réponse simplifiée (annexe 2), en somme un questionnaire quantitatif qui permet de caractériser les résultats. Nous avons été amenées à aider certains patients analphabètes à la remplir.

2.5.3 Le temps

L'entretien individuel semi-dirigé durait en moyenne 10 à 25 minutes, jusqu'à saturation des idées.

2.5.4 Matériel utilisé pour l'enregistrement des entretiens

Les enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un logiciel informatique (AUDACITY®).

2.5.5 PERIODE DE REALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés d'avril à septembre 2014.

2.6 Analyse des résultats

2.6.1 Transcription des données

Nous avons retranscrit « mot à mot » (verbatim) les données des entretiens à partir des enregistrements. Les silences, les gênes ressenties ont également été rapportées. Ces

transcriptions sont disponibles en partie en annexe 3. L'interviewer est nommé « Interviewer », le patient est désigné par une lettre (exemple : Mme A, M. B, etc.).

2.6.2 Analyse des données

Nous avons choisi une analyse « entretien par entretien » et une analyse thématique des données.

3. Résultats de l'étude

3.1 La population étudiée

3.1.1 Les caractéristiques des patients recrutés

L'échantillon est constitué de 38 patients, recrutés dans 4 cabinets de médecine générale. 19 patients ont été recrutés chez M1, 7 patients ont été recrutés chez M2, 1 patient a été recruté chez M3 et 11 patients chez M4.

Nous avons exclu 3 patients des résultats : 3 femmes nées en France mais ayant grandi en Algérie (elles ne correspondent pas à la définition de l'immigré), nous les avons cependant interviewées et les entretiens ont également été retranscrits.

3.1.1.1 SEXE

L'échantillon comprend 22 femmes et 16 hommes. Au final, plus de femmes (57.9%) recrutées que d'hommes (42.1%) recrutés. Ceci ne correspond pas du tout à la répartition des immigrés maghrébins en fonction du sexe, dans la région. En effet, en Lorraine, d'après les données Insee 2009, les femmes migrantes hors-UE sont minoritaires (47,6% de femmes et 52,4% d'hommes).

3.1.1.2 ÂGE

L'âge moyen pour les femmes est de 32.25 ans (allant de 22 à 58 ans), l'âge moyen pour les hommes est de 46 ans (allant de 27 à 70 ans). L'âge moyen des femmes maghrébines recrutées

est inférieur à celui de l'âge moyen des femmes maghrébines immigrées en Lorraine d'après les données de l'Insee (43.95 ans). En ce qui concerne les hommes, l'âge moyen de l'échantillon correspond à l'âge moyen des migrants maghrébins en Lorraine (47.7 ans) d'après les données Insee 2009.

Tableau 5- Échantillon par âge et par sexe.

Âge	Femmes	Hommes
	Echantillon Effectif (et %)	Echantillon Effectif (et %)
20-25	3 (13.63%)	0
25-45	16 (72.72%)	7(43.75%)
45-65	3 (13.63%)	8 (50%)
+ 65 ans	0	1 (6.25%)
Total	22 (100%)	16 (100%)

3.1.1.3 ORIGINE

L'échantillon est constitué de 19 patients algériens (soit 50% des patients inclus), 16 patients marocains (42%) et 3 patients tunisiens (8%). La répartition par origine des patients inclus correspond aux données de l'Insee. Les Maghrébins constituent, d'après l'Insee, en 2009, 46% des immigrés en Lorraine : les algériens représentent 29.8% des immigrés hors U.E en Lorraine, les marocains 20.5%, et les Tunisiens de 2.2%.

La majorité des patients inclus est venue en France dans le cadre du regroupement familial et avait au moins un membre de la famille (mari, femme, père, mère) installé en France avant leur arrivée. Trois patients (3 hommes) sont arrivés seuls. C'est le cas de M. H (arrivé en 1981 dans le cadre de ses études), de M. U, et de M. BB, arrivé en 1969 pour travailler en tant que peintre-en bâtiment, puis il a « ramené sa femme et ses enfants », il précise qu'il n'avait pas de contrat de travail (comme il était fréquent à l'époque : les hommes immigrés maghrébins venaient en France dans le cadre de contrat de travail), et pouvait travailler « librement », où il le souhaitait. 2 patients avaient initialement un visa touristique puis sont restés en France (M. AA et Mme X), une patiente âgée de 24 ans et en France depuis 2 ans, est venue dans le cadre de ses études (ses oncles et tantes maternelles habitent Nancy). Le cas de M. J, 58 ans, d'origine marocaine, est particulier, il a vécu en Italie pendant 14 ans avec son épouse et sa fille, et a immigré en France en 2009 (il avait un ami à Nancy).

3.1.1.4 CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Les catégories socio-professionnelles des patients recrutés sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6- Catégories socio-professionnelles des patients recrutés

Catégories	Nombre de patients
Patron de l'industrie et du commerce	1 patient chef d'entreprise (secteur tourisme)
Cadres moyens	1 Educateur spécialisé 1 Professeur des Collèges
Employés de commerce	1 vendeuse 1 chargée de clientèle
Ouvriers	1 magasinier-cariste 1 peintre en bâtiment 1 gestionnaire 1 chauffeur-routier 1 manutentionnaire
Personnel de service	7 patients sont agents d'entretien
Personnes non actives	11 patients sont sans emploi (dont 10 femmes) 1 patient est retraité 1 patiente est étudiante 6 patients sont au chômage (4 hommes et 2 femmes)

Dans notre échantillon, le nombre de personnes sans emploi ou au chômage est de 44.73%, parmi cette population non active les femmes sont majoritaires. Plus de la moitié des femmes (13 femmes sur 22) est sans emploi ou au chômage. Lorsqu'elles travaillent, les femmes immigrées maghrébines ont une activité de service (40.90% sont femme de ménage). Les hommes ayant une activité professionnelle sont essentiellement ouvriers (66.6% de l'échantillon). Ceci correspond aux données de l'Insee : les hommes immigrés en Lorraine, sont dans 51% des cas ouvriers, les femmes originaires du Maghreb ont les taux d'activités les plus bas et sont essentiellement femme de ménage. Il est à noter que 3 patients ouvriers sur 6 ont eu un accident de travail. Pour 2 patients la profession exercée n'a pas été renseignée.

3.1.1.5 DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE

Dans notre échantillon, la plupart des patients interviewés a passé sa vie adulte en France (44.5%). 21% est en France depuis moins de 5 ans et 7 patients sur 8 arrivés en France depuis moins de 5 ans sont suivis par M1.

Tableau 7- Durée de séjour en France

Durée de séjour (en années)	Effectif	%
[0-1[	0	0
[1-2[	0	0
[2-5[	8	21
[5-10[	6	16
[10-15[	7	18.5
[15-20[	0	0
Plus de 20 ans	17	44.5
Total	38	100

3.1.1.6 MAÎTRISE DE LA LANGUE FRANÇAISE

Nous n'avons pas pu évaluer objectivement le niveau d'alphabétisation des patients recrutés. Néanmoins, l'analyse des entretiens, la date d'arrivée en France, la profession exercée par les patients ont permis d'évaluer globalement la maîtrise de la langue française. La grande majorité des interviewés pouvait s'exprimer en français. Nous avons donc classé, selon notre appréciation, en trois grades la compétence en français des interviewés, comme présenté ci-dessous :

A= très bon à bon niveau de communication.

B = Moyen à faible

C = Entretien réalisé en arabe dialectal.

Tableau 7- Maîtrise de la langue française

Degré	Effectifs
A	12
B	21
C	5
Total	38

3.1.1.7 ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : SANTÉ PERÇUE

À la question : *comment évaluez-vous votre état de santé : bon, moyen, mauvais*, 24 patients ont répondu être en bonne santé malgré l'existence d'antécédents, notamment cardiovasculaires (M. U, 58 ans par exemple qui est hypertendue et en surpoids, ou M. V 56

ans hypertendu également). 10 patients ont répondu avoir un état de santé moyen. 4 patients ont répondu être en mauvaise santé, dont Mme S, 36 ans qui dit avoir un mauvais état de santé du fait de lombalgies. À cette question, un patient a répondu « *impeccable, je suis jamais en arrêt* », son état de santé est pour lui une force de travail.

Tableau 8- Santé perçue

Santé perçue	Effectifs
Bon	24
Moyen	10
Mauvais	4
Total	38

3.1.2 Caractéristiques des médecins recruteurs

Tableau 9- Caractéristiques des médecins recruteurs

Médecin	Sexe	Âge	Début d'exercice/ Type d'exercice	Patients d'origine maghrébine Estimation en %	Nombre de patients recrutés
M1	H	57	1993 Z.U.P	80	19
M2	H	59	1981 Urbain	7 à 8	7
M3	H	60	1984 Urbain	20	1
M4	H	62	1982 Urbain	NR	11

La plupart des patients recrutés et suivie par M1 est arrivée en France depuis moins de 10 ans, il s'agit d'une immigration relativement récente, et vit en banlieue de Nancy, contrairement aux patients recrutés chez M2. La plupart des patients recrutés chez M2 a immigré en France depuis plus de 20 ans, et habite en centre-ville de Nancy. M3 est situé à proximité de Nancy, et comme. M4, il a une patientèle très diversifiée. M4 est installé à Nancy, dans une maison médicale.

3.2 Analyses des résultats

3.2.1 Analyse entretien par entretien

- Mme A est d'origine marocaine, elle est arrivée en France à l'âge de 3 ans, elle a donc grandi en France. Elle est suivie par M1 depuis 2 ans. L'analyse de l'entretien ne met pas en évidence de difficultés de communication avec son médecin traitant. Elle souligne l'importance du contact : « *c'est très important qu'il y ait un bon contact (...) très agréable, très souriant (...) il est accueillant, il est chaleureux* ».

- Mme B est d'origine algérienne, en France depuis 5 ans, elle parle spontanément de l'importance qu'elle accorde à l'origine ethnique de son médecin traitant : « *c'est un «Arabe», des fois voilà c'est... personnellement je préfère* », nous lui avons demandé si cet intérêt porté à l'origine ethnique de son médecin traitant était dû à d'éventuels problèmes de compréhension : « *non pas du tout, c'est comme ça en fait* ». Selon Mme B, un médecin n'ayant pas la même origine ethnique ne peut tenir compte de sa pudeur lors de l'examen clinique : « *il me respecte, même si je me déshabille pas (...) «les français» s'ils te voient pas en 2 pièces : «ah ben vous les arabes !»* »... D'autre part, pour cette patiente, il est important de se confier à son médecin traitant « *de pouvoir tout lui raconter* ».

- M. C, 38 ans, d'origine marocaine, arrivé en France depuis 2 ans et demi, il ne parle pas français, nous avons réalisé l'entretien en arabe dialectal. Il a récemment changé de médecin traitant pour M1 car il devait se faire accompagner lors des consultations : « *c'est mieux d'aller chez le médecin seul, avant je devais souvent être accompagné, c'est mieux de parler directement au médecin* ». La présence d'un interprète non professionnel était problématique pour lui.

- Mme D, 30 ans, est suivie par M1 depuis son arrivée en France, il y a 2 ans. Elle a rejoint sa sœur qui était installée à Nancy. L'entretien initialement en français, s'est poursuivi en arabe dialectal, à la demande de la patiente. Elle possède un faible niveau de compréhension de langue française ce qui est un frein pour elle à la consultation de médecins qui ne parlent pas arabe : « *parfois, j'ai peur d'aller consulter un médecin « français », j'ai peur de ne pas tout comprendre, je ne suis pas à l'aise et j'ai peur de ne pas savoir tout expliquer et en sortant de la consultation, j'ai l'impression de ne pas avoir tout dit. Parfois j'amène ma nièce pour me traduire, quand elle n'a pas l'école, elle m'accompagne chez la gynécologue* ».

- L'entretien avec M. E, un patient de 26 ans d'origine algérienne n'a pas apporté d'éléments pour ce travail. L'interview de courte durée (4 minutes) a été réalisé sous la forme de questions fermées. Le patient avait un faible niveau de compréhension de langue française. Il a permis néanmoins de mettre en évidence nos limites pour réaliser un entretien qualitatif : difficulté pour amener le patient à parler, ou le mettre en confiance.

- Mme F est algérienne, en France depuis 4 ans. Elle est suivie par M1 depuis peu, son ancien médecin traitant était une femme. Elle décrit des difficultés avec son ancien médecin traitant. Pour Mme F, son ancien médecin traitant, n'assurait pas une bonne prise en charge de ses problématiques de santé : « *depuis 2010, elle me donne juste les analyses et la dose* », et ne répondait pas à ses attentes ou ne les prenait pas en considération : « *elle comprend! Je crois qu'elle fait exprès* ». Mme F avait l'impression d'être perçue comme « une mauvaise patiente » du fait de son origine : « *elle a l'idée peut-être que les arabes ils aiment bien toujours profiter, mais c'est pas ça, elle, elle a cette idée-là* ». Mme F a par ailleurs, consulté un autre médecin, qui n'a pas la même concordance ethnique avec qui « *ça se passait bien* », mais le fait que son nouveau médecin traitant parle arabe est « *important pour elle* ».

- M. G, 59 ans, d'origine tunisienne, possède un bon niveau de compréhension. Il est suivi par M1 depuis son arrivée en France, il y a 24 ans. Son médecin traitant est devenu « *un ami* », mais il reste « *objectif* » quant aux compétences de son médecin traitant. Pour ce patient, son médecin « *a des qualités humaines, une sensibilité humaine extrêmement développée* ». M. G décrit la difficulté de parler des « *MST, ou bien des problèmes je sais pas, d'ordre sexuel chez un maghrébin, c'est pas facile, ça on en parle pas facilement* », sans parler spécifiquement de ses difficultés à lui. Il a une certaine image du « mauvais patient » : « *ici, parfois le téléphone portable sonne, on parle comme si on était chez soi, ça ça me gêne beaucoup (...) dans un cabinet médical où le médecin on va dire, il est «français», ça se passerait pas comme ça* ». Il reproche au médecin traitant de ne pas être autoritaire avec ses patients. M. G ne participe pas aux décisions prises par son médecin traitant : « *je participe pas. Il me dit « tu dois voir tel », je vais voir tel... Moi je pars du principe que chacun son boulot* ».

- Mme H est d'origine algérienne, elle a 44 ans, son niveau de communication en français est moyen. Son mari travaillait en France, elle l'a rejoint avec leurs 4 enfants, à Nancy, en 2011. Elle est suivie par M1 depuis 2 ans. Selon elle, son médecin traitant est très conciliant : « *il trouve toujours des solutions! Je dis la vérité* ». Son médecin traitant l'aide également lors de démarches administratives : « *quand il y a des courriers que j'ai pas compris je lui ramène* ».

Cette prise en charge autre que médicale de la part de son médecin traitant est importante pour elle. Mme H nous dit qu'elle est amenée parfois à jouer le rôle d'interprète : « *je ramène des gens qui ont des difficultés (...) des fois je fais même la traduction par téléphone* ». Elle ne décrit aucune difficulté quant à la relation avec son médecin traitant ou la prise en charge.

- M. I est un patient âgé de 37 ans, d'origine marocaine, il est en France depuis 6 ans et suivi par M1 depuis 3 ans environ. Il est marié à une fille d'immigré marocain qui l'accompagne lors de la consultation et donc de l'entretien. Son épouse fait la traduction lorsqu'il ne comprend pas. M. I était mal à l'aise lors de notre entretien, qui a été de courte durée. Il ne participe pas aux décisions prises par son médecin : « *c'est lui le médecin* ».

- M. J a 58 ans, il est d'origine marocaine, et est arrivé en France en 2009 avec sa femme et sa fille. Avant de venir en France, il a vécu en Italie 14 ans environ. L'entretien a été réalisé en arabe dialectal, le patient « *comprends un peu* » mais ne parle pas français. Il est suivi par M1 depuis son arrivée en France. Parfois, sa fille est l'interprète entre lui et son médecin traitant. M. J est très affecté par les problèmes de santé de sa femme, notamment psychiatriques, qui ont débuté en Italie. La relation avec son médecin traitant est de type paternaliste : « *moi je ne sais rien, lui il est instruit* ». M. J insiste beaucoup sur la prise en charge sociale de son médecin : « *chaque courrier, chaque lettre que je reçois, que je ne comprends pas, je lui amène* » ou encore « *je lui demande : j'ai reçu cette lettre de la sécurité sociale, que dois-je faire ?* ». Pour M. J « *ça se passe bien* » avec son médecin traitant, « *c'est une personne respectueuse, il écoute, il parle bien, il explique* ». M. J emploie le terme arabe *Al Oustad* pour parler de son médecin, qui signifie « Professeur », celui qui possède le savoir.

- Mme K a 30 ans, elle est d'origine tunisienne, et est en France depuis 2003. Mme K possède un niveau de compréhension faible en français, elle est accompagnée par son mari qui lui traduit les termes qu'elle ne comprend pas. Les points importants pour cette patiente, lors de l'échange avec son médecin traitant, sont l'écoute et le fait d'être rassurée sur certains points. Parfois, une simple écoute suffit : « *on vient le voir et on est guéri* ». Mme K participe aux décisions « *je lui dis que je veux voir un spécialiste, il me conseille* ». Pour Mme K et son époux « *c'est souvent les remplaçantes qui sont pas sympa* ».

- M. L est d'origine algérienne, âgé de 56 ans, il est en France depuis plus de 20 ans. Il est venu pour terminer ses études en géologie, il a passé sa vie adulte en France et possède un très bon niveau de communication en Français. Ce patient est suivi par M1 depuis 10 ans. L'entretien avec M. L apporte différents éléments. Pour lui il est important que le médecin « *soit attentif à*

la personne et non seulement à la maladie, aux symptômes », qu'il connaisse les antécédents de son patient (dossier médical bien tenu), chez ce patient également l'écoute est un élément important. M. L souligne le rôle du médecin traitant dans la prévention et l'intérêt d'une approche centrée sur le patient.

- Mme M, patiente de 41 ans, d'origine marocaine, est arrivée en France il y a 14 ans. Elle décrit une relation de confiance avec son médecin traitant. Elle parle en langue arabe avec lui lorsqu'elle ne comprend pas.

- Mme N, a 22 ans, elle est d'origine algérienne, en France depuis 2011. Elle a consulté 3 fois M1, et n'a jamais vu d'autre médecin. C'est le « *médecin de toute la famille* », c'est pour cela qu'elle a choisi M1. Son médecin doit « *soigner (...) c'est ça le plus important* », écouter et conseiller « *c'est son travail* ».

- Mme O a 41 ans, d'origine marocaine, pose une double problématique : d'une part elle est pudique et l'examen clinique « *c'est gênant* »... « *je ne veux pas qu'il me touche (...) enlever mes habits, c'est difficile* » et du fait de son faible niveau de communication en français, elle ne peut consulter un médecin femme non allophone sans être accompagnée (par exemple pour voir « *la gynécologue* »). Mme O ne peut lui parler de ses problèmes : « *quand il y a quelque chose à l'intérieur de toi, tu peux pas le dire à un homme* ». Elle souligne également : « *il comprend pas mon arabe* ». En effet, l'arabe dialectal varie selon l'origine géographique.

- Mme P âgée de 34 ans est d'origine algérienne, elle est a rejoint son mari à Nancy en 2007. Cette patiente parle avec son médecin en arabe dialectal. Pour elle « *c'est un plus* » que son médecin traitant parle arabe, ceci lui permet de comprendre le traitement, les résultats d'une analyse biologique. Elle est rassurée par la prise en charge de son médecin traitant, notamment concernant son fils de 7 ans, chez qui on a découvert une anémie. Pour cette patiente, également, la prise en compte de sa pudeur est un élément important : « *quand j'ai mal aux oreilles, j'enlève mon foulard...mais le pull...au niveau de me déshabiller et tout, je peux pas* », la patiente ajoute : « *la plupart des femmes à Nancy, elles viennent ici, parce qu'il comprend* ».

- M. Q, a 27 ans, il est d'origine algérienne, en France depuis 2011. Il qualifie la relation avec son médecin traitant de « *normale* » : « *je rentre, on discute normal, je lui explique mes problèmes et il me conseille* ». Lorsqu'il ne comprend pas, il parle avec son médecin en arabe.

- M. R a 34 ans, il est d'origine marocaine, et est en France depuis 11 ans. Il est suivi par M1 depuis 1 an environ et souhaiterait changer de médecin traitant. Il trouve que son médecin traitant est « *dur* » et n'assure pas une prise en charge satisfaisante, ni pour lui, ni pour son épouse : « *il ne l'a pas vue rapidement alors que c'était urgent* ». Pour lui, son médecin traitant ne fait pas la différence entre « *ceux qui abusent et ceux qui n'abusent pas* », le « bon » et le « mauvais » patient (par exemple celui qui va « *souvent demander des arrêts* », ou celui qui « *demande des médicaments pour les ramener au bled* ». Il ne se sent « *pas à l'aise* », et ne peut discuter avec son médecin. M. R trouve que son médecin n'est pas accueillant : « *normalement le médecin quand tu rentres, il a le sourire, il t'accueille* », le médecin doit rester professionnel et ne faire part d'aucune manière de son état « *des fois le médecin aussi il est pas bien* ». A la question, « comment évaluez-vous votre état de santé », M. R répond par « *impeccable, je ne suis jamais en arrêt* », son état de santé est une force de travail.

- Mme S a 36 ans, arrivée en France à l'âge de 15 ans, elle est née au Maroc. Elle souhaite demander à son médecin traitant un moyen de contraception mais décrit « *un blocage, une gêne* » car « *c'est un homme* », du fait de « *ses origines* » et « *de ses coutumes* », elle ne peut lui « *demande des petits conseils* » d'ordre gynécologique et préfère attendre de voir une gynécologue, « *même si les délais sont plus longs* ». Mme S a un bon niveau de communication en français, mais elle ne souhaite pas choisir un médecin généraliste femme car « *c'est le médecin traitant de toute la famille* ».

- M. T est d'origine tunisienne, il a 46 ans et est arrivé en France à l'âge de 5 ans. Il est suivi par M2 depuis 11 ans environ. Ce patient insiste sur la bonne prise en charge de son médecin traitant : « *les autres médecins, ils m'ont dit pleins de trucs, et il a tout fait pour trouver la solution* », « *c'est lui qui a trouvé* », « *c'est lui qui m'a stabilisé qui m'a redonné mon physique* », « *grâce à lui, j'ai récupéré* », « *il a bataillé pour mon 100%* », « *j'ai eu de la chance de tomber sur lui* »... C'est un patient reconnaissant. Il décrit une relation « *conviviale* » avec son médecin traitant. Pour lui aussi, le choix du médecin traitant est « une affaire de famille » : « *ma belle-mère, ma femme, mes enfants sont chez lui* ». Sa fille est âgée de 16 ans « *un âge un peu difficile* », et M2 assure l'éducation sexuelle de sa fille « *il gère aussi* » parce que « *par rapport à l'âge, pour quelqu'un de sexe féminin c'est un peu compliqué* ». Mr T est fidèle à son médecin traitant, il habite à 30 km de Nancy et ne changera pas de médecin traitant pour autant.

- M. U est d'origine algérienne, il a 56 ans et est arrivé en France à l'âge de 18 ans. Il est suivi par M2 depuis que M2 est installé : « *c'est moi qui lui est fait pratiquement sa clientèle* », il insiste sur les compétences humaines de son médecin traitant : « *il a un bon cœur, il ne fait pas de différence, il soigne les gens* », « *c'est quelqu'un qui est humain* », « *tout le monde l'aime* ». En plus d'une bonne prise en charge de ses problèmes de santé et d'un bon suivi « *c'est lui qui me rappelle quand je dois voir le cardiologue* », M2 est « *un soutien* » pour M. U, notamment lorsqu'il est « *démoralisé à cause du travail* ».

- Mme V est d'origine marocaine, elle a 58 ans et est arrivée en France en 1984. Elle a suivi son mari et sa belle-mère. Elle ne maîtrise pas la langue française et l'entretien a été réalisé en arabe dialectal, à la demande de la patiente. Elle justifie son faible niveau en français : « *je ne parle pas bien français, vous savez comment c'est chez nous : quand je suis arrivée en France, je ne sortais pas de chez moi. J'ai jamais travaillé. Mon mari m'a amené avec sa mère, et je suis restée à la maison* ». Mme V décrit M2 comme un médecin très empathique « *quand je pleure, il pleure avec moi* ». M2 a aidé cette patiente, lors du décès de son époux « *pour les démarches administratives* ». Pour Mme V, M2 assure un bon suivi et une écoute lorsqu'elle ne se sent pas bien, du fait de « *problèmes avec la famille, les enfants ou à cause de l'exil* » : « *ben je viens ici, je lui parle. Il me reconforte et je vais mieux, il m'écoute* ». Mme V est pudique, et pour elle, c'est important que M2 respecte cette pudeur, il est « *très respectueux* ». Mme V arrive toujours à se faire comprendre par son médecin traitant « *je lui montrer là et là* », mais elle précise que pour éviter tout problème de compréhension concernant un traitement, ou l'interprétation de résultats, M2 n'hésite pas à appeler ses enfants.

- Mme W a 24 ans, elle est d'origine marocaine et est en France depuis 2 ans. Pour cette patiente étudiante, arrivée récemment en France, est à souligner une mauvaise connaissance du système de soins en France : « *pour le spécialiste, je regarde sur internet, je demande pas. Je sais pas comment ça se passe ici* ».

- Mme X est d'origine algérienne, en France depuis 30 ans, elle est initialement arrivée avec un visa touristique puis s'est mariée et s'est installée en France. Elle est suivie par M2 depuis plus de 20 ans, pour elle son médecin traitant « *fait partie de la famille* », il a « *partagé le meilleur et le pire* » avec sa famille. M2 est un confident aussi « *quand je ne peux dire quelque chose, même pas à mon entourage, je viens et je lui dis à lui!* », « *je peux tout lui dire* ». Pour Mme X, son médecin traitant est très disponible « *vous pouvez l'appeler dans la nuit,*

à 2 heures du matin si ça ne va pas, il vient». Elle lui fait entièrement confiance, et «il décide de tout ».

- Mme Y est d'origine marocaine, elle a 36 ans et est en France depuis l'âge de 13 ans. Elle a choisi ce médecin traitant pour des considérations pratiques « j'habite à côté », et elle est restée fidèle à son médecin traitant par qui elle est suivie « depuis 20 ans ». Elle ne ressent pas de difficultés ou de gêne : « sinon » elle « aurait changé » de médecin traitant, elle ajoute « il examine bien 20/20 ». Le seul élément négatif relevé dans l'entretien avec cette patiente est le délai d'attente « parfois 1 heure ».

- M. Z a 45 ans, il est d'origine marocaine, arrivé à l'âge de 5 ans dans le cadre du regroupement familial. Il est suivi par M2 depuis 5 ans, auparavant, son médecin traitant était à Thionville, il a changé lorsqu'il a déménagé à Nancy. M. Z a une relation « normale » avec son médecin traitant : « une relation entre un patient et son médecin : je lui explique pourquoi je viens le voir, et d'après, il me donne mon traitement, mes médicaments ». Le délai d'attente avant la consultation est souligné par ce patient : « je passe une heure après, faudra pas lui répéter ça hein ! (rires) ».

- M. AA a 55 ans, il est d'origine algérienne, en France depuis 1981 et suivi par M3 depuis 15 ans. Son médecin est disponible, et lui assure une bonne prise en charge. Il décrit surtout des difficultés avec les « spécialistes » avec qui l' « on est crispé, on est un peu bloqué », il dit « être très à l'aise » avec son médecin traitant, son médecin « est attentif, il écoute et prend en considération ce qu'on lui dit ».

- M. BB à 70 ans, d'origine algérienne, il est arrivé en France en 1969 et est suivi par M4 depuis plus de 20 ans. Pour lui, le plus important dans la relation avec son médecin traitant est sa « santé », selon lui, il ne faut « rien cacher » à son médecin traitant. Il décrit une relation paternaliste avec son médecin traitant « si le médecin il dit faut y aller, obligé hein ! ».

- Mme CC a 26 ans, d'origine marocaine, elle est en France depuis 2003, dans le cadre du regroupement familial. Elle décrit son médecin traitant comme une personne « ouverte » et « respectueuse » et « à l'écoute ». Il y a des points dont elle ne peut lui faire part parce que « c'est un homme », quant à l'examen clinique : « des fois, j'ai du mal, et quand je vois que c'est quelque chose où je dois enlever mes vêtements, j'essaie d'aller voir une femme (...), il fait le maximum de ce qu'il peut ».

- M. DD est d'origine algérienne, en France depuis l'âge de 11 ans, il est âgé de 48 ans et suivi par M4 depuis plus de 20 ans. Il est très satisfait de son médecin traitant : « *il fait très attention à la personne* », avec qui il a une relation « *presque amicale* ». Son médecin ne voit pas le patient « *comme une consultation* », c'est-à-dire « *on est pas un virus, on est un être humain, et c'est important qu'il s'intéresse à l'être humain qui est devant, et pas à la maladie, ou à une tirelire* ».

- Mme EE a 24 ans, d'origine marocaine, elle est arrivée en France à l'âge de 4 ans dans le cadre du regroupement familial. Mme EE est suivie par M4 depuis son arrivée en France. Elle est suivie par lui et continuera d'être suivie par lui-même si elle « *déménage* », c'est le médecin de « *toute sa famille* ». Son médecin la connaît bien, il est « *très à l'écoute* » et elle n'est « *pas gênée* » de lui parler de ses problèmes notamment « *gynécologiques, c'est un médecin* ».

- M. FF a 37 ans, d'origine algérienne, il est arrivé en France à l'âge de 1 an dans le cadre du regroupement familial. Il est suivi par M4 depuis janvier 2014, son médecin lui a été conseillé par un collègue de travail. M. FF a été d'abord surpris car « *c'est un médecin qui dit les choses cash* », directement mais il préfère que les « *choses soient dites clairement* » que ce soit « *négatif ou positif* ». Il se sent très à l'aise et à l'écoute avec son nouveau médecin traitant : « *avec lui, je peux parler de tout et même de choses intimes* », avec « *avec l'ancien, il y avait un blocage, une gêne* », qu'il ne saurait nous expliquer : « *l'impression de lui faire perdre son temps* ». M4 le rassure et le conseille et fait très attention à lui : « *même si je viens pas souvent, la dernière fois, il a vu, il a bien vu que j'avais pris du poids et il me l'a dit* ».

- Mme GG, 29 ans, arrivée en France à l'âge de 4 ans, elle est née en Algérie. Elle est suivie par M4 depuis 2007. Mme GG est très satisfaite de son médecin traitant : « *je trouve que c'est super, il est à l'écoute, euh, on peut discuter, il nous donne son point de vue, il explique* », même s'il y a « *beaucoup de personnes, il prend le temps* », « *il fait son métier avec le cœur* ». Elle peut discuter avec lui et partager son point de vue, mais « *c'est lui le médecin, et c'est lui qui a raison* ».

- Mme HH a 30 ans, elle est d'origine algérienne, arrivée en France en 2004 et à Nancy en juillet 2013. Elle décrit une relation paternaliste avec son médecin traitant qui lui convient et qu'elle demande : « *c'est comme s'il était de la famille, c'est comme si je parlais à mon père et à mon oncle* », « *il est sévère* ». Mme FF souligne que « *même s'il y a 1000 personnes à l'extérieur, dès qu'il ferme la porte, il vous écoute, il prend le temps, il parle* ».

- M. II a 40 ans, il est d'origine algérienne, et est en France depuis 14 ans. Il est suivi par M4 depuis 10 ans mais souhaite changer de médecin traitant car sa prise en charge ne le satisfait pas, pour lui, son médecin traitant « *est un peu pressé, un peu speed* », il en « *avait parlé à sa femme qui était assez d'accord avec* » lui. Il nous dit qu'il va consulter un autre médecin généraliste même si « *la sécurité sociale ne rembourse que 30% de la consultation* » parce que « *l'autre médecin traitant prend son temps* », et puis « *c'est l'autre médecin* » qui l'a adressé aux urgences, alors que son médecin traitant « *lui a juste donné un traitement, ça n'a pas marché* », l'examen clinique « *c'est à la va-vite* ». Pour lui, M4 n'assure pas un bon suivi : « *c'est moi qui lui demande pour contrôler la prise de sang* », alors que l'autre médecin traitant lui conseille.

- Mme JJ a 29 ans, elle est d'origine marocaine, arrivée en France en 2000 et à Nancy en 2007, où elle s'est mariée. M4 est son médecin traitant depuis 5 ans, une amie lui a conseillé, elle ne décrit aucune difficulté avec son médecin traitant qui est « *à l'écoute* » et qui « *prend son temps, il examine bien* » et « *surtout* » quand il lui donne un médicament elle est « *vite guérie* », le plus important est qu'elle soit « *vite guérie* ». Son médecin traitant « *est de bonne humeur, il rigole* ».

- Mme KK, âgée de 28 ans, d'origine algérienne, est arrivée en France en 2006. Elle est suivie par M4 depuis son arrivée en France et est fidèle : « *j'ai pas changé* ». Elle fait confiance à son médecin, et ne participe pas aux décisions : « *c'est lui le médecin, il connaît bien son travail* ». Par ailleurs, elle ajoute : « *quand on va chez le gynéco, on est un peu à la chaîne, le médecin généraliste par contre, il donne beaucoup de temps, pour parler, pour m'examiner, pour expliquer* » et « *ça c'est important* » pour elle.

- Mme LL à 45 ans, elle est née en Algérie et est arrivée en France à l'âge de 3 ans. Elle est suivie par M4 depuis 20 ans. Mme LL a déménagé et a consulté différents médecins près de chez elle, mais n'était pas satisfaite, alors elle est « *revenue vers* » M4. M4 est pour cette patiente quasiment un membre de la famille. Il est aussi le médecin traitant de sa fille qui « *rentre dans l'adolescence* » et son médecin permet « *d'amorcer certaines choses* » en lien avec « *cet âge difficile* ». Mme LL est en « *totale confiance* » avec son médecin traitant, elle trouve qu'il est très ouvert et peut « *donner son point de vue sur tel ou tel traitement* » sans que son médecin « *ne s'offusque* ». La patiente pense que le premier contact avec le médecin traitant est important, pour « *se sentir à l'aise* » et établir « *une relation de confiance* ».

3.2.2 Analyse thématique

Certains points étaient évoqués plus fréquemment que d'autres par les patients, nous les avons regroupés par thème. L'élaboration d'une analyse thématique a été également permise par la revue de la littérature, et par la réalisation au préalable du guide d'entretien, ceci nous a permis d'organiser les idées, les paroles des patients en différents thèmes.

3.2.2.1 LE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT : « UNE AFFAIRE DE FAMILLE »

La plupart des immigrés maghrébins recrutés ont choisi leur médecin traitant parce qu'il est « *le médecin de toute la famille* », parfois le médecin traitant est considéré comme un membre de la famille, notamment pour les patients suivis par leur médecin depuis plus de 10 ans, le médecin fait « *partie de la famille* ». Mme X, patiente d'origine algérienne est suivie par son médecin depuis plus de 20 ans, pour elle, son médecin est « *un père, une mère, un frère* ». Le médecin traitant est aussi quasiment une « affaire de famille », ainsi, Mme T, décrit quelques difficultés « *pour parler de choses intimes* » avec son médecin traitant parce qu'il est un homme, mais ne souhaite pas choisir un médecin traitant femme car son médecin « *est le médecin de toute la famille* ». Le médecin traitant a d'ailleurs souvent été conseillé par un membre de la famille « *c'est le médecin de mon père, de mon mari et de mon frère aussi* » (Mme F), « *c'est le médecin de mes parents* » (Mme S).

Les patients sont « fidèles » à leur médecin de famille, M. T a déménagé et il n'hésite pas à faire trente kilomètres aller et retour pour continuer à être suivi par le même médecin traitant, une autre patiente (Mme LL) dit avoir également déménagée, après avoir consulté des médecins généralistes à proximité de son nouveau domicile, elle est « *retournée vers* » son médecin traitant, « *parce qu'il* » la « *connait très bien* », ou encore M. CC qui dit « *je suis très fidèle à mon médecin* ».

Deux patients souhaiteraient changer de médecin traitant, l'un (M. R) parce qu'il « *ne sent pas à l'aise* », et qu'il ne retrouve pas dans la relation avec son médecin ce lien quasi-familial, parce qu'« *un médecin doit être comme quelqu'un de la famille* », un autre (M. II) et il en a « *parlé* » avec sa femme, parce que la prise en charge de son médecin ne lui convient pas.

Le choix « ethnique » du médecin (médecin maghrébin) est surtout le fait de patients allophones ou ayant un niveau de communication en français peu élevé et arrivés à Nancy depuis moins de 5 ans. C'est le cas de M. J, d'origine marocaine en France depuis 2009, chez qui l'entretien a été réalisé en arabe dialectal, ou de Mme B, 28 ans, d'origine algérienne, en France depuis 5 ans, qui dit « *préférer* » un médecin traitant ayant la même concordance ethnique (« *c'est un arabe, des fois voilà c'est...personnellement je préfère* »). Dans notre échantillon, 9 patients sur 10, en France depuis 2 à 5 ans, sont suivis par un médecin d'origine maghrébine. Pour ces patients, le choix de leur médecin traitant n'est pas le fait d'une considération pratique (proximité) car plusieurs médecins généralistes exercent près de leur domicile, mais surtout le fait que le médecin choisi parle arabe, d'ailleurs, 4 patients sur 6 pour lesquels l'entretien a été réalisé en arabe dialectal sont suivis par un médecin d'origine maghrébine. Il est plus « *facile* » de parler « *directement* » au médecin traitant, « *sans être accompagné* », c'est le cas notamment de Mme D, 30 ans d'origine algérienne et en France depuis 2 ans : « *parfois, j'ai peur d'aller consulter un médecin « français », j'ai peur de ne pas tout comprendre, je ne suis pas à l'aise et j'ai peur de ne pas savoir tout expliquer et en sortant de la consultation, j'ai l'impression de ne pas avoir tout dit* ».

3.2.2.2 LES COMPÉTENCES HUMAINES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

3.2.2.2.1 ÊTRE A L'AISE

10 patients recrutés soulignent spontanément l'importance de se sentir et d'être à l'aise chez le médecin traitant, 36 patients sur les 38 recrutés sont « *à l'aise* » avec leur médecin traitant : M. BB « *quand je viens là c'est comme si je rentrais chez moi* ». Toute les femmes se sentent à l'aise en général avec leur médecin traitant, mais pour l'examen clinique il existe des discours différents « *je ne suis pas à l'aise* » parce que « *c'est un homme* ». Deux hommes ne se sentent pas à l'aise et pour cela, il souhaite changer de médecin traitant l'un suivi par son médecin depuis 1 an et un autre suivi par son médecin depuis 10 ans.

3.2.2.2.2 L'ÉCOUTE ACTIVE

13 patients nous parlent de l'importance de l'écoute de la part de leur médecin traitant: « *il est complètement à l'écoute* » (Mme A), « *il écoute, puis il pose les questions* » (Mme D), « *il ne coupe pas la parole* », ou encore, « *il prend le temps de nous écouter* ». Ce temps d'écoute permet au patient de se sentir « *pris en considération* » par son médecin traitant. Des fois, juste une écoute est nécessaire pour le patient « *je suis pas là que pour les médicaments* ». Un seul patient a jugé son médecin non réceptif à ce qu'il dit. L'écoute est un facteur d'amélioration de l'observance thérapeutique. Ce « *temps d'écoute* », variable pour chaque personne, est nécessaire au patient, il lui permet d'exprimer clairement son ou ses motifs de consultation, mais aussi « *se confier* ».

3.2.2.2.3 LA RELATION DE CONFIANCE

6 patients emploient le mot confiance. Faire confiance au médecin permet de « *tout lui dire* » (Mme B, M. G), parce qu'il ne « *faut rien cacher au médecin* » (M. BB). Faire confiance à la prise en charge du médecin c'est aussi accepter et adhérer à cette prise en charge.

3.2.2.2.4 LA COMMUNICATION NON-VERBALE

Quelques patients nous parlent de cette communication non verbale, notamment du sourire (3 patients) « *il est très souriant* ». Notons que 2 patientes avec qui nous avons réalisé l'entretien en arabe dialectal sont très satisfaites de leur médecin traitant qui lui ne parle pas arabe, en fait, Mme V nous dit qu'elle « *arrive toujours* » à se faire « *comprendre* » par son médecin traitant et Mme X précise « *pas besoin de parler, il voit tout de suite comment je suis* ».

3.2.2.2.5 L'EMPATHIE

Seulement 2 personnes (Mme V et Mme X) nous parlent d'empathie : « *quand je pleure, il pleure avec moi* ». Deux patientes ayant le même médecin traitant et âgées toutes les 2 de 58 ans, l'une d'origine algérienne et l'autre d'origine marocaine.

3.2.2.2.6 L'HUMOUR

L'humour et « *la bonne humeur* » du médecin ont été évoqués par 5 patients : « *on rigole* », « *on plaisante* » (Mme EE), « *c'est pas le Docteur qui m'a pesé aujourd'hui, c'est moi qui l'ai pesé* » (M. DD), « *il est de bonne humeur* » (Mme JJ). L'humour chez le médecin peut moduler la relation entre le médecin et son malade.

3.2.2.2.7 LA CONSULTATION : EN DEUX TEMPS.

7 patients évoquent l'importance du temps que leur médecin leur accorde : « *il prend le temps* » (Mme A), « *c'est pas vite fait* », « *là je lui ai dit que j'allais faire vite, il m'a dit, non, non on va prendre le temps* » (Mme LL), « *la gynécologue c'est un peu à la chaîne, le médecin généraliste, il donne beaucoup de temps* », « *il prend le temps, mais les gens en salle d'attente, ils sont pas contents* » (Mme KK). Le temps d'écoute et le temps d'examen sont bien hiérarchisés par ces patients, le temps d'écoute est plus important que le temps accordé pour l'examen clinique. Un patient, M. II, estime que son médecin traitant n'a pas pris le temps de l'examen « *c'est vite fait, il est speed* ».

3.2.2.2.8 LA DISPONIBILITÉ

Un médecin généraliste est « *disponible* » selon différents critères :

- les horaires de consultation (libres ou sur rendez-vous) : « *je viens sans rendez-vous* » (Mme K), « *là c'est sans rendez-vous donc...* » (Mme KK), « *là, il est plus de 21 heures, plus aucun autre médecin ne consulte à cette heure* » (M. U), « *il est disponible, j'ai appelé ce matin, et il m'a dit de venir à 11h30* » (M. AA).

- la correspondance téléphonique (secrétariat ou médecin directement joignable par téléphone): « *le secrétariat, c'est un centre téléphonique qui répond, c'est un peu embêtant* » (M. I), « *des fois, je l'appelle au téléphone, je lui dis est-ce que je peux passer et j'arrive ici* » (Mme H), « *j'ai son numéro de portable* » (M. T).

- les visites à domiciles : « *il est disponible, quand on l'appelle à domicile, même si c'est pas prévu, il s'arrange toujours* » (Mme A), « *pour qu'il se déplace, faut être très très malade* » (Mme T), « *vous pouvez l'appeler à 2 heures du matin, si ça ne va pas il vient* » (Mme X).

3.2.2.2.9 UN MÉDECIN HUMAIN, HUMANISTE

M. G décrit son médecin comme une personne ayant « *des qualités humaines, une sensibilité humaine extrêmement développée* », Mme K souligne que son médecin « *n'a pas que la blouse du médecin* », « *tout le monde l'aime (...) il a un bon cœur (...) il y a de l'humanité, il y a des sentiments même* » nous dit M. U en parlant de son médecin traitant. 4 patients (dont 3 pour lesquels l'entretien a été réalisé en arabe dialectal) évoquent avec reconnaissance l'aide apportée par leur médecin traitant dans certaines démarches administratives « *il m'a aidé lors de la mort de mon mari pour les papiers* », ou « *quand je reçois un courrier que je ne comprends pas, je lui l'apporte* » (M. J). Certains appréhendent le départ en retard de leur médecin traitant, mais « *le contact restera toujours* » nous dit M. T.

3.2.2.3 LES COMPÉTENCES TECHNIQUES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

3.2.2.3.1 L'EXAMEN CLINIQUE

- ✓ La pudeur de certaines femmes

Pour 7 patientes recrutées sur 22, l'examen clinique par leur médecin de sexe masculin est limité par un obstacle culturel, il est parfois vécu comme une épreuve ; Mme B : « *il me respecte, même si je me déshabille pas par exemple, il me comprend* », Mme O : « *je ne veux pas qu'il me touche, enlever mes habits c'est difficile, lui il comprend ça* », Mme P : « *au niveau de me déshabiller, je peux pas (...) la plupart des femmes à Nancy, elles viennent ici, parce*

qu'il comprend », Mme S : « *il me demande pas de me mettre torse-nu* », Mme V : « *je suis pudique, il respecte ça, j'enlève jamais mon pull* », Mme CC : « *et quand je vois c'est quelque chose où je dois enlever mes vêtements, j'essaie d'aller voir une femme* », Mme EE : « *je peux tout lui dire, je suis pas gênée, même s'il y a des choses dont je peux avoir honte (...) ce que je n'oserai pas c'est qu'il regarde* ». « *La pudeur* » est un élément important pour ces patientes, indépendamment de leur niveau de compréhension en français ou de leur date d'arrivée en France.

✓ La qualité de l'examen clinique

1 patient trouve que son médecin « *va vite* » lors de l'examen clinique « *il a juste regardé mes yeux* ». Les autres patients sont satisfaits de l'examen clinique « *il prend son temps* », « *il regarde partout* ».

3.2.2.3.2 LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

36 patients sur 38 sont satisfaits de la prise en charge de leur médecin. Mme JJ est « *très contente* » car à chaque fois que son médecin traitant lui prescrit un médicament elle est « *vite guérie* ». M. T a « *retrouvé son physique grâce* » à son médecin traitant. Quelques patients mettent en évidence le bon suivi de la part de leur médecin traitant (M. CC : « *je voudrais qu'il me fasse une ordonnance pour 1 an, mais il veut pas, il veut me voir pour contrôler, c'est un bon Docteur* », M. U : « *il me rappelle quand je dois voir le cardiologue* », Mme V : « *il me dit tu dois faire ta mammographie* »).

3.2.2.4 LA DÉCISION CONJOINTE

La question de participer aux décisions prises par le médecin traitant ne se pose pas pour 9 patients, et ils préfèrent clairement une relation paternaliste : M. J : « *il est instruit, il sait tout* », M. G : « *ah non, non, non, je participe pas* », M. BB : « *c'est le Docteur, il me dit faut faire ça, faut faire ça, ben obligé quoi* », Mme HH : « *c'est comme si je parlais à un père* ». Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à discuter du traitement ou de la prise en charge

avec leur médecin traitant : Mme A : « *je lui demande et il me conseille, il me dirige* », Mme MM « *quand je suis contre un traitement, il ne s'offusque pas, il tient compte de mon avis* ».

3.2.2.5 LA PRÉVENTION

M. G pense qu'il est difficile de faire de la prévention, notamment des MST « *on va prendre un exemple, sur les MST ou bien les problèmes, je sais pas, d'ordre sexuel chez un maghrébin, ça on en parle pas facilement, dans notre tradition, pour en avoir parlé avec d'autres, ils n'ont pas la facilité* ». Cinq patients apprécient les messages de prévention délivrés par leur médecin traitant ; M. L : « *j'estime qu'un bon médecin traitant est un médecin qui fait beaucoup de prévention* », Mme CC : « *il me dit de faire du sport* », Mme EE « *il m'a dit que je mangeais mal* », M. T et Mme MM précisent que leurs médecins traitants respectifs assurent la prévention auprès de leurs filles qui sont « *à un âge un peu difficile* ».

3.2.2.6 LA CONCORDANCE ETHNIQUE ENTRE LE PATIENT ET LE MÉDECIN

Nous définissons ici la concordance ethnique au plan épidémiologique comme l'existence d'une même nationalité existante ou d'origine (à une génération) entre le médecin et son patient. Il ne s'agit donc pas de l'existence ou non d'une identité commune ou du sentiment d'appartenance à une même communauté.

Nous ne pouvons retenir la concordance ethnique entre le patient et son médecin comme un critère de satisfaction pour le patient. En effet sur les 38 patients interviewés, 3 patientes (3 femmes) dont une patiente interviewée en arabe dialectal, pensent qu'il est important que leur médecin traitant soit d'origine maghrébine. Mme B préfère que son médecin traitant soit « *arabe* », parce qu'un médecin « *français* » ne comprendrait pas sa pudeur « *«les français» s'ils te voient pas en 2 pièces!* », le choix « ethnique » de son médecin traitant s'est fait à la suite d'une remarque que lui aurait faite un médecin généraliste « *français* » : « *vous les arabes, vous prenez toujours tout mal* ». Une autre patiente, Mme F a eu une impression de discrimination par son ancien médecin traitant : « *moi personnellement, ce que je vois, c'est qu'elle aime pas les arabes* », Mme H pense qu'un médecin qui n'est pas d'origine maghrébine ne serait pas aussi conciliant.

M. C, Mme D et M. J, allophones, trouvent qu'il est « *mieux de parler directement à son médecin traitant plutôt que de se faire accompagner* ». Pour ces patients le choix « ethnique » de leur médecin est guidé par leurs difficultés en français.

3.2.2.7 AUTRES ÉLÉMENTS DE SATISFACTION

D'autres éléments sont retrouvés comme éléments de la satisfaction des patients :

- ✓ Le dossier médical : 2 patients estiment qu'il est important que le médecin traitant connaisse bien les antécédents de ses patients ou du moins qu'ils soient « *archivés* » et que le médecin « *puisse y revenir* » (M. L).
- ✓ L'aspect financier : Mme H « *pour payer, des fois j'envoie 4 enfants, et le lendemain je viens, je ramène l'argent* ».
- ✓ Le délai d'attente dans la salle d'attente : Mme S « *dans la salle d'attente, il faut attendre son tour (...) je prends mon portable et je joue* », « *faut pas lui répéter ça hein, pour le rendez-vous (...), il me donne rendez-vous à 15h00 et je passe une heure après (rires)* ». D'autres patients estiment que le délai d'attente n'est pas important « *on n'est pas dans un supermarché* » (M. U) et que l'attente signifie que le médecin prend le temps avec son patient.
- ✓ La salle d'attente : « *ce que je vois, c'est qu'il manque de jouets pour les enfants, un espace pour les enfants* » (Mme F), « *c'est petit* » (Mme KK).
- ✓ Faire la différence entre le « bon » et le « mauvais » patient: Mr R a eu l'impression d'être « un mauvais patient ». Le « mauvais patient » est le patient qui « *abuse* », celui qui « *demande des arrêts* ». Pour M. G, le « mauvais » patient fait partie de sa « communauté » : « *sans être méchant (...) dans un cabinet où le médecin on va dire, il est « français », ça se passerait pas comme ça (...) ici parfois le téléphone portable sonne, on parle comme si on était chez soi (...) d'ailleurs il a bien fait de plus mettre de magazines parce que quand vous voyez les gamins les déchirer, ça fait beaucoup de bruit en salle d'attente (...) c'est des trucs qui me gênent et surtout me touchent pour la communauté* ».

Partie V. Discussion

1. Le choix de la problématique

Il est indéniable que le choix de la problématique a été influencé, en partie, par nos origines mais surtout par le contact avec des patients maghrébins. En effet, lors des stages ou des remplacements que nous avons effectués, certains patients maghrébins nous parlaient en arabe dialectal. Ceci fût une surprise : dois-je leur répondre en arabe ? Puis-je leur répondre en arabe ? La compréhension serait-elle améliorée par un échange dans leur langue ? La satisfaction de ces patients est-elle améliorée lorsqu'ils consultent un médecin de même concordance ethnique ? Qu'en est-il des femmes maghrébines allophones ? D'un point de vue plus large, existe-t-il des études sur la satisfaction des patients migrants en médecine générale ? Mais qu'est-ce que la satisfaction d'un patient en médecine générale ? Ces questions se sont imposées à nous.

2. Les limites de l'étude

2.1 La taille de l'échantillon

Comme nous l'avons vu précédemment, « *les méthodes qualitatives ont davantage vocation à comprendre, à détecter des comportements, des processus ou des modèles théoriques, qu'à décrire systématiquement, à mesurer ou à comparer* »⁸⁴, le nombre limité de patients recrutés ne peut donc être considéré comme un biais majeur. Seulement 38 patients ont été recrutés, ce qui implique que les éléments recueillis ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des patients immigrés maghrébins.

Les 38 patients interviewés ont été recrutés dans 4 cabinets de médecine générale où les médecins étaient tous les quatre de sexe masculin. Nous n'avons pu évaluer la satisfaction des patients d'origine maghrébine en fonction du sexe du médecin, pourtant certaines patientes recrutées témoignent de leur difficulté à parler avec un médecin homme, il aurait été intéressant d'entendre des patientes d'origine maghrébine ayant un médecin traitant femme.

2.2 Les biais de recrutement

Le premier biais de recrutement est la méthodologie du recrutement. En effet, les médecins qui nous ont permis de réaliser ce travail recrutaient les patients. En fin de consultation, le médecin proposait au patient de participer à cette étude. Nous pouvons penser que le médecin choisissait le patient qui lui semblait « satisfait », ou que le sujet ait pu influencer sa consultation. Le deuxième biais de recrutement est également lié au recruteur, les médecins recruteurs ont une forte patientèle d'origine maghrébine, peut-être que ces médecins sont connus et reconnus par la communauté maghrébine de Nancy comme étant adaptés à leur origine. D'ailleurs, M. T nous dit qu'il sait que son médecin « *est assez proche de tout ce qui est maghrébin* ». Deux médecins que nous avons contactés par téléphone ne pouvaient participer à l'étude car ils avaient peu de patients immigrés maghrébins, mais essentiellement des immigrés turcs pour l'un et des immigrés des Pays de l'Est (Roms) pour l'autre. L'un des médecins nous dit qu'il est connu par la population Rom de Nancy et que ces dernières années, le nombre de ses patients Roms a doublé. Les médecins sont donc perçus comme des médecins « sympathiques » vis-à-vis de leur communauté. Notons que cette méthodologie de recrutement ne nous a pas permis d'apprécier correctement le nombre de refus et la cause du refus.

2.3 La courte durée des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne de 10 minutes à 20 minutes, ce qui est très court pour une étude qualitative. Les entretiens les plus longs ont été ceux menés auprès des 2 patients ayant fait des études supérieures. Cette courte durée des interviews est liée en partie au déroulement des entretiens : les médecins recruteurs ont une forte patientèle immigrée maghrébine, et les patients attendaient leur tour pour être interviewés, en d'autres termes les patients se suivaient. Par ailleurs, une retenue a été ressentie auprès de quelques patients, cette retenue était liée à l'enregistrement: une fois l'enregistrement terminé, les patients nous parlaient plus ouvertement, sans avoir à choisir leurs mots. La crainte du non-respect de confidentialité, autre cause de retenue, était présente chez quelques patients : « *faudra pas lui répéter* », « *je passe pas sur Youtube®* ». Deux patientes trouvaient que l'entretien était long : « *c'est bientôt fini ?* ».

2.4 Notre manque d'expérience en méthodologie qualitative

Comme le dit M. L: « *arriver à faire parler les gens, c'est pas simple ça* » et notre manque d'expérience en méthodologie qualitative est également à l'origine de la courte durée des entretiens. Nous avons noté que les entretiens duraient en moyenne plus longtemps pour les derniers patients recrutés malgré leur faible niveau de communication en français. Il s'agissait de notre premier emploi de la méthodologie qualitative par entretien semi-dirigé, bien que nous ayons étudié le plus rigoureusement possible cette méthode^{84, 85, 86}, en pratique nous n'avons su respecter ses règles, ainsi, parfois nos entretiens ont pris la tournure d'un questionnaire fermé, parfois, nous avons éprouvé des difficultés à effectuer des relances appropriées.

2.5 Notre influence culturelle et nos préjugés

Nous nous sommes présentés en tant que médecin remplaçant mais certains patients, essentiellement des patientes, nous demandaient si nous avions notre cabinet de médecine générale. Cette question est liée à 3 facteurs qui ont pu influencer l'entretien : notre qualité de soignant, notre sexe féminin, nos origines culturelles. Le fait que nous soyons une femme a permis d'explorer certaines pistes comme la pudeur de certaines patientes, ou leurs difficultés à parler avec un médecin homme. Nous avons été perçus par la quasi-totalité des patients inclus, comme faisant partie de la « communauté » maghrébine, ceci a pu parfois faciliter l'entretien. Nous nous sommes efforcées de rester objective, et de rester « seulement » interviewer, mais nous sommes conscientes que nos origines, nos propres représentations culturelles, sociales et médicales sont à prendre en considération, non seulement lors des interviews mais également lors de l'analyse des interviews.

3. Les attentes des patients d'origine maghrébine : des attentes différentes ?

Les attentes des patients immigrés maghrébains en consultation de médecine générale sont les attentes de tout patient : approche centrée sur le patient, écoute, empathie, bonne prise en charge. Cependant, il est à noter que certaines femmes immigrées maghrébines ont une attente spécifique: la prise en compte de leur pudeur. La crainte de non prise en considération de leur

pudeur fait que certaines patientes immigrées maghrébines se tournent vers un médecin d'origine maghrébine.

4. Les autres patients immigrés.

Nous avons pris l'exemple du patient immigré maghrébin pour des raisons expliquées précédemment. Plus généralement, nous devons prendre en compte que le patient immigré nécessite une prise en charge spécifique ou adaptée, sans être discriminatoire. Il semble regrettable que cette spécificité reste un domaine peu étudié durant les études de médecine générale, en France. Prendre en considération l'histoire migratoire du patient, ses représentations de la maladie, du médecin et sa connaissance du système de soins limiteront les barrières d'accès à des soins de qualité pour ce patient.

D'après le Docteur Althausa F.⁸⁹ et son équipe, les barrières d'accès aux soins de qualité pour les patients migrants sont d'une part liées au patient et d'autre part liées au médecin.

- Au niveau du patient :

- ✓ Manque de compétences linguistiques,
- ✓ Manque de connaissances du système de santé,
- ✓ Manque de connaissances en santé.

- Au niveau du médecin :

- ✓ Manque de compétences cliniques transculturelles,
- ✓ Manque de connaissances médicales théoriques (pathologies prédominantes chez les migrants),
- ✓ Non-conscience de son propre contexte (personnel, professionnel)
- ✓ Stéréotypies et stigmatisation.

- Au niveau du système
 - ✓ Manque de données statistiques à propos de la patientèle migrante,
 - ✓ Absence ou manque de services de traduction/médiation socioculturelle,
 - ✓ Contexte légal contraignant.

Partie VI. Recommandations

Le médecin généraliste est confronté à des patients d'origines diverses. Dans ce contexte, il nous semble important d'évoquer plus globalement les compétences médicales transculturelles nécessaires au médecin généraliste pour améliorer la prise en charge du patient migrant.

1. Anthropologie médicale

L'anthropologie de la santé d'après Massé, correspond à « *l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé* »⁹⁰. L'anthropologie de la santé propose de considérer la maladie « *non plus comme une configuration de signes cliniques, mais comme un syndrome d'expériences vécues et chargées de significations, d'interprétations et d'explications* ». Les anthropologues anglophones ont tiré parti de trois termes reliés à la maladie pour exprimer trois dimensions (physique, culturelle et sociale) des problèmes de santé⁹¹. Le premier « Disease » évoque la maladie dans ses dimensions biologiques et physiologiques. Le second « Illness » fait apparaître la dimension culturelle de la maladie. Le troisième « Sickness », développé par Young suggère la dimension socioculturelle de la maladie^{92,93}. Ainsi, la maladie ne peut être réduite à une réalité biologique exclusive (biomédecine), d'autres éléments sont à prendre en compte lors de la définition de la maladie : des facteurs culturels, environnementaux, socio-économiques, historiques et politiques.

2. Les compétences médicales transculturelles

Dans la fin des années 1970, l'anthropologue Kleimann s'intéresse aux facteurs qui définissent la maladie du point de vue du malade et du point de vue du médecin (« *la maladie du malade et la maladie du médecin* ») ce qui va permettre une avancée importante dans le domaine de l'anthropologie médicale. Plus récemment en 2006, Kleimann insiste sur l'importance de la « *compétence culturelle du professionnel de santé* »⁹³. Cette « *compétence médicale* » permet une amélioration de la relation entre le médecin et le patient.

Les compétences médicales transculturelles peuvent être définies comme la capacité de percevoir et de comprendre les individus dans leur monde vécu et leur contexte individuel et d'agir de façon adéquate. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble d'attitudes, connaissances et savoir-faire qui permettent à un professionnel de santé de prodiguer des soins de qualité à des patients d'origines diverses⁸⁸. Les compétences médicales transculturelles permettent également au soignant d'intégrer ses influences et ses préjugés. En l'absence de compétences médicales transculturelles de la part du soignant, le soigné peut se sentir discriminé, et de ce fait, soit il se résigne (il n'essayera pas de se faire comprendre et adoptera une attitude passive, c'est le cas de Mme O « *et bien je laisse tomber carrément !* »), soit il devient agressif, comme Mme B « *c'est pas marqué « arabe » sur mon front !* »). Le manque d'interculturalité constitue des barrières à un accès de soins de qualité pour le patient migrant.

3. *Savoir-être, savoirs et savoir-faire* : l'enseignement des compétences médicales transculturelles

Le médecin devrait adapter son attitude (savoir-être), si nécessaire, face à un patient migrant. Ceci implique que le médecin prenne conscience que ses à priori peuvent influencer (négativement ou non) la relation avec le patient migrant. Il peut également améliorer la communication (savoir-faire) avec le patient migrant, une meilleure communication permettra une amélioration de l'état de santé (observance). Afin d'assurer une bonne prise en charge du patient migrant, une meilleure connaissance des pathologies prédominantes chez le patient migrant, semble essentielle (savoir), auxquelles s'ajoutent la connaissance d'autres facteurs déterminants comme la connaissance du contexte socio- économique et l'histoire migratoire du patient.

Le Docteur Althausa F.⁸⁹ et son équipe, en s'inspirant, des travaux de l'américain Docteur Betancourt⁸⁸, ont réfléchi à un ensemble de compétences médicales transculturelles que le médecin devrait acquérir afin d'améliorer la prise en charge des patients migrants :

- Savoir-être
- ✓ Acceptation de la responsabilité du médecin à identifier et prendre en compte les aspects sociaux et culturels de la prise en charge,
- ✓ Améliorer son attitude vis-à-vis du patient migrant ou étranger (identifier ses à priori).

- Savoir
- ✓ Connaissance de l'influence des facteurs socioculturels sur les croyances et comportements en matière de santé,
- ✓ Connaissance des barrières sociales, économiques et culturelles à l'accès aux soins,
- ✓ Connaissance des sources fréquentes de malentendus entre patient et médecin,
- ✓ Reconnaissance de ses propres biais et préjugés à propos des patients et leur impact sur les soins,
- ✓ Connaissances spécifiques dans le domaine de la migration (démographie, épidémiologie, etc.).

- Savoir-faire
- ✓ Travailler efficacement avec un interprète professionnel,
- ✓ Identifier et explorer les facteurs socioculturels qui pourraient influencer la prise en charge du patient,
- ✓ Proposer un plan de traitement prenant en compte le contexte socio-culturel du patient et capacité à négocier avec le patient.

La figure ci-dessous résume les compétences médicales transculturelles que chaque médecin devrait acquérir durant ses études afin d'améliorer la prise en charge des patients venus d'ailleurs.



Figure 1 : Le «trèfle transculturel», inspiré et modifié à partir du Cross-cultural framework du Manhattan Cross-Cultural Group (Quality interactions, 2005)⁸⁸.

CONCLUSION

L'immigration maghrébine en France a fait l'objet de nombreux travaux (productions artistiques, études sociologiques, études ethnopsychiatriques). La difficulté pour les soignants de prendre en charge les patients immigrés maghrébins a été étudiée dès 1952 et continue de l'être (essentiellement en psychiatrie). Dans notre travail, les attentes des patients immigrés maghrébins en consultation de médecine générale ne semblent pas spécifiques (qualité de l'écoute, de la prise en charge). La concordance ethnique entre le patient immigré maghrébin et son médecin traitant ne constitue pas un élément de satisfaction pour les patients.

Les patientes immigrées maghrébines rapportent que leur pudeur peut engager un refus de l'examen clinique, elles privilégient les compétences humaines de leur médecin traitant (écoute, accueil, empathie).

La France compte plus de 7 millions d'immigrés et la salle d'attente du médecin généraliste est le reflet de la diversité d'origine et culturelle, et de l'évolution de l'immigration en France (immigrés Italiens, Portugais, première et deuxième génération d'immigrés Maghrébins, immigrés Turcs, immigrés des Pays de l'Est et notamment Roms, immigrés Chinois). Le médecin généraliste peut ressentir certaines difficultés à prendre en charge des patients d'origines diverses ou des patients allophones, la qualité de la relation entre le médecin généraliste et ces patients peut alors être altérée. Un enseignement des compétences médicales transculturelles en médecine générale semble nécessaire afin que le médecin puisse identifier et comprendre les facteurs socioculturels qui pourraient influencer la prise en charge du patient.

Bibliographie

1. Simpson M., Buckman R., Stewart M. et al. Doctor-patient communication : Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 Nov;303(6814):1385–1387.
2. Fiches thématiques : Population immigrée. Immigrés et descendants d'immigrés en France. Insee Références, édition 2012, Insee. 2012;96–135. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_g_Flot1_pop.pdf. Consulté le 19/10/2014.
3. Dourgnon P., Jusot F., Silva J., Sermet C. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'Economies de la Santé*. 2009 Sep;146.
4. Insee. Définitions et méthodes : immigré <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>. Consulté le 19/10/2014.
5. Insee. Définitions et méthodes : étranger <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/etranger.htm>. Consulté le 19/10/2014.
6. Piralla S. Les immigrés en Lorraine : des origines de plus en plus diversifiées. *Economie Lorraine*, édition 2012, Insee. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=19099. Consulté le 19/10/2014.
7. Tavan C. Les immigrés en France : une situation qui évolue. *Insee Première*. 2005 Sep;1042.
8. Fiches thématiques : Situation sur le marché du travail. Immigrés et descendants d'immigrés en France. Insee Références, édition 2012, Insee. 2012;178–207. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_g_Flot1_pop.pdf. Consulté le 19/10/2014.
9. Borrel C., Tavan C. La vie familiale des immigrés. France, portrait social, édition 2003-2004, Insee. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/fporsoc03b.pdf. Consulté le 19/10/2014.
10. Bas-Theron F., Michel M. Résumé du rapport sur les immigrés vieillissants, numéro 2002126, novembre 2002. Inspection générale des affaires sociales. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000107/0000.pdf>. Consulté le 19/10/2014.

11. Saadallah-Bouchemoth N. Voyage sans retour au Maghreb: au-delà d'une frontière et d'un horizon. XVIIème Congrès de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. 2012 Juin; Strasbourg, France.
12. Brahimi M. La mortalité des étrangers en France. *Population*. 1980; 35(3):603–622.
13. Khlat M., Courbage Y. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991-II- Les causes de décès. *Population*. 1995; 50(2):447–471.
14. Attias-Donfut C., Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et Société*. 2005;(46):90–129.
15. Berchet C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Jan;(2-3-4):17–20.
16. COMEDE. La santé des exilés. Rapport d'observation et d'activité 2012. Le COMEDE Hôpital de Bicêtre. 2012. <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2012.pdf>. Consulté le 19/10/2014.
17. COMEDE. La santé des exilés. Rapport d'observation et d'activité 2014. Le COMEDE Hôpital de Bicêtre. 2014. <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>. Consulté le 19/10/2014.
18. Lot F., Antoine D., Pioche C. et al. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France: le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Jan;(2-3-4):25–29.
19. Fosse S., Fagot-Compagna A. Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Jan;(2-3-4):35–36.
20. Denoux P. La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans l'immigration. *Annales médico-psychologiques*. 2007;(165):492–502.
21. Grillo F., Soler M., Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Jan;(2-3-4):45–47.
22. Wanner P., Bouchardy C., Khlat M. Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. *Migrations Santé*. 1997;(91):9–38.
23. Breuil-Genier P., Borrel C., Lhommeau B. Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants. France, portrait social, édition 2011, Insee Références. 2011;33–39.

24. Borrel-Richard S., Florean M.J., Kempf A., et al. La place du réseau migrant dans la prise en charge médico-sociale des migrants en Ile-et-Vilaine. Rapport d'évaluation. Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2009. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2009. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/Mip/2009/groupe_18.pdf. Consulté le 19/10/2014.
25. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Rapport 2009. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-France-Rapport-2009>. Consulté le 19/10/2014.
26. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Rapport 2012. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/Observatoire-2014-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport>. Consulté le 19/10/2014.
27. Table ronde sur les inégalités de santé et les populations migrantes organisée lors de l'Assemblée Générale de Migrations Santé Alsace. Bulletin de liaison. 2003 Sept (43). <http://www.migrationsante.org/fichiers/File/Bulletin%20MSA043.pdf>. Consulté le 19/10/2014.
28. Khlal M., Sermet C., Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992. *Population*. 1998;53(6):1155–1184.
29. Mizrahi A., Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. *Journal d'Économie Médicale*. 2008; 26(3):159–176.
30. Veisse A., Wolmark L., Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Jan;(2-3-4):36–40.
31. Balsa A.I., McGuire T.G. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003;22(1):89–116.
32. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*. 2007;19(2):99–109.
33. Boisguerin B., Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et résultats, DRESS no 645, juillet 2008. <http://www-valid.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er645.pdf>. Consulté le 20/10/2014.
34. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*. 2000 Mai-Juin (1125).
35. Jusot F., Silva J., Dourgnon P., et al. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue Économique*. 2009;60(2):385–411.
36. Bourdillon F., Lombrail P., Antoni M., et al. La santé des populations d'origine étrangère en France. *Social Science and Médecine*. 2002;32(11):1219–1227.

37. Berchet C., Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine. *Revue Économique*. 2010;61(6):1075–1098.
38. Maille D., Toullier A. Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants. *Hommes et Migrations*. 2009; 6(1282):24–33.
39. Beauchemin C., Hamel C., Simon P. Trajectories and Origins. Survey on Population Diversity in France, Paris, Ined, Working paper. 2010. http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf. Consulté le 19/10/2014.
40. Fassin D. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis*. 1999; (5):65–76.
41. UNESCO. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, Conférence mondiale sur les politiques culturelles. Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.
42. Weinberg A., Laplantine F., Pignarre P. La maladie fait culturel. *Sciences humaines*. 1991;12:16–31
43. Djebali H. La relation au corps chez les Maghrébins: où nous venons et les contre-valeurs rencontrées dans la résidence occidentale. Centre Culturel Arabe Institut Européen de la Culture Arabe, Bruxelles. 2004. <http://www.culture-arabe.irisnet.be/index.htm>. Consulté le 19/10/2014.
44. Zaleska M. Identité culturelle des adolescents issus des familles de travailleurs immigrés - Crise d'identité et déviance chez les jeunes immigrés. Hanna Maleswka-Peyre (Ed.), La documentation française, 1982.
45. Jourdan F. Le corps dans une vision islamique, *Laennec*. 2007;(55):42–53.
46. Charpentier I. Les nouveaux habits du tabou de la virginité féminine en Algérie: œuvres et témoignages d'écrivaines algériennes et franco-algériennes d'expression française. *Autrepart*. 2012;(61):59–79.
47. Longuenesse E. Santé, médecine et société dans le monde arabe. *L'Harmattan / Maison de l'Orient Méditerranéen*. 1995, 326 p.
48. Panunzi-Roger N. L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine. *Psychotropes*. 2005;(11):33–54.
49. Nathan T. Corps d'humain, corps de djinns. *Présentaine, corps*. 2000;(12-13):71–92.
50. Mautret E. Représentation de la santé mentale en population musulmane d'après l'étude Santé mentale en population générale (SMPG). *L'information psychiatrique*. 2013;(89):579–585.
51. El Khayat R. Les mentalités et les préjugés en matière de santé physique et psychique au Maghreb. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2011 Juin (3):324–329.

52. Aggoun A. Quel psychiatre pour le patient âgé du Maghreb ? *L'Homme et la société*. 2001;(139):35–43.
53. Sayad A. *La double absence*, Paris, Seuil, 1999.
54. Ben Jelloun T. *La plus haute des solitudes*. Paris, Edition Seuil. 1997, 183 p.
55. Fanon F. Recueil de textes introduit par Mireille Fanon-Mendès-France, Éditions du CETIM, Genève, 2013 96 p.
56. Berque J. Cent vingt-cinq ans de sociologie maghrébine. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 1956;(11):296–324.
57. Nguyen P.L., Frimat L., Loos-Ayav C., Kessler M., Briançon S. SDIALOR : a dialysis patient satisfaction questionnaire. *Néphrologie & Thérapeutique*. 2008 Jul;4(4):266–277.
58. Erpelding M.L., Empereur F., Nguyen P.L., Klein S., Virion J.M., Panabière S., Berquand I., Briançon S. et l'association EVALOR. SATISPAQ : mesure permanente de la satisfaction des patients hospitalisés. Congrès ÉMOIS, Nancy, 5 mars 2009. http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/emois_nancy_2009_satispaq_mesure_permanente_de_la_satisfaction_des_patients_hospitalises.4618. Consulté le 19/10/2014.
59. Dedienne M.C. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients ? *La revue du praticien – médecine générale- n°611 du 22/04/2003*.
60. Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M. British residents' views about general practice care in France – a telephone survey, *BMC Health Services Research*. 2013, 13:224.
61. Cornely P.B., Bigman S.K. Some considerations in changing health attitudes. *Children* 1963;(10):23–28.
62. Hulka B. Satisfaction with Medical Care in a Low Income Population. *Journal of Chronic Diseases*. 1971;24(10):661–673.
63. Linn L.S. Factors Associated with Patient Evaluation of Health Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. 1974;53(4):531–548.
64. Andersen R., Zelman Lewis S., Giachello A. et al. Access to Medical Care among the Hispanic Population of the Southwestern United States. *Journal of Health and Social Behavior*. 1981;(1):78–89.
65. Cooper-Patrick L., Gallo J., Gonzales J. et al. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 1999 Aug;282(6):583–589.
66. Murray-García J.L., Selby J.V., Schmittiel J. et al. Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Med Care*. 2000;(38):300–310.

67. Seijo R., Gomez H., Freidenberg J. Language as a Communication Barrier in Medical Care for Hispanic Patients *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1991 Nov; (13): 363–376.
68. Deborah A., Taira D., Gelb S. et al. Do patient assessments of Primary care differ by patient ethnicity ? *BMC Health Services Research*. 2001;36(6): 1059–1071.
69. Sleath B., Rubin R.H., Arrey-Wastavino A. et al. Physician expression of empathy and positiveness to Hispanic and non-Hispanic White patients during medical encounters. *Fam Med*. 2000;32(2):91–96.
70. Kernisk J., Ropert T. An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. *Swiss Med Wkly*. 2002;132(9-10):121–124.
71. LaVeist T.A., Carroll T. Race of physician and satisfaction with care among African-American patients. *J Natl Med Assoc*. 2002;94(11):937–943.
72. Cooper L.A., Roter D.L., Johnson R.L., et al. Patient-Centred Communication, Ratings of care, and Concordance Of Patient and Physical Race. *Ann Inter Med*. 2003;(139):907–915.
73. Garrouette E.M., Kunovich R.M., Jacobsen C. Patient satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults. *Soc Sci Med*. 2004;59(11):2233–2244.
74. Harmsen J.A., Bernsen R.M., Bruijnzeels M.A. et al. Patients' evaluation of quality of care in general practice : what are the cultural and linguistic barriers ? *Patient Educ Couns*. 2008;72(1):155–162.
75. van Wieringen J.C., Harmsen J.A., Bruijnzeels M.A. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*. 2002 Mar;12(1):63–68.
76. Wensing M., Hermsen J., Grol R. et al. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expect*. 2008 Dec;11(4):384–390.
77. Grol R., Wensing M., Mainz J. et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP)*. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):882-7.
78. Ware J.E., Davies-Avery A., Stewart A.L. The measurment and meaninig of patient satisfaction: a review of the littérature. *Health Med Care Serv Rev*. 1978 Jan-Feb;1(1):1–15.
79. Laveist T.A., Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *J Health Soc Behav*. 2002;43(3):296–306.
80. Saha S., Hickam DH. Explaining low ratings of patient satisfaction among Asian-Americans. *Am J Med Qual*. 2003;18(6):256–264.
81. Haviland M.G., Morales L.S., Reise S.P. et al. Do health care ratings differ by race or ethnicity? *Jt Comm J Qual saf*. 2003;29(3):134–145.

82. Nápoles A.M., Gregorich S.E., Santoyo-Olsson J. et al. Interpersonal Processes of Care and Patient Satisfaction : Do Associations Differ by Race, Ethnicity, and Language ? *Health Serv Res.* 2009;44(4):1326–1344.
83. Kaufman J. C. *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan Université, 1996: 127 pages.
84. Blanchet A., Ghiglione R., Massonat J., et al. *Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*. Paris, Dunot. 1987, 197 p.
85. Chew-Graham C. A., May C. R., Perry M. S. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract.* 2002;19(3):285–289.
86. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *Bmj* 1995;311(6999):251–253.
87. Mays N., Pope C. Rigour and qualitative research. *Bmj* 1995;311(6997):109–112.
88. Betancourt J.R., Green A.R., Carrillo J.E. et al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports.* 2003;118(4): 293–302.
89. Althausa F., Hudelsonb P., Domenigc D. et al. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. Quels besoins, quels outils, quel impact? *Forum Med Suisse.* 2010. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2010/2010-05/2010-05-177.pdf>. Consulté le 19/10/2014.
90. Raymond Massé, *Culture et santé publique*. *Sciences sociales et santé.* 1996;14(4):123–125.
91. Taïeb O., Heidenreich F., Baubet R. et al. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses.* 2005;(35):173–185.
92. Young A. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology in *American Anthropologist.* 1976;78(1):5–24.
93. Kleinman A., Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med.* 2006 Oct; 3(e294) 1673–1676.
94. Thomas K. B. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;294(6581):1200–1202.
95. Vassart C. *Les soins de santé face aux défis de la diversité : le cas des patients musulmans, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin.* 2005, 21 p.
96. Vassart C. *Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère. Aperçu des outils existants, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin,* 2013, 75 p.
97. Guillou A.N. *Patients immigrés dans la région rennaise. Le regard des médecins généralistes.* Odris. Mars 2007.

98. Woolley F.R., Kane R.L., Hughes C.C. et al. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med.* 1978 Mar;12(2A):123–128.
99. Bertakis K.D. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract.* 1977 Aug;5(2):217–222.
100. Stewart M., Brown J.B., Boon H. et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control.* 1999;(3):25–30.
101. Betancourt J.R. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm.* 2006;(21):988–995.
102. Schenk L. Migration and health – developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies. *Int J Public Health.* 2007;(52):87–96.
103. Boivin J. M., Aubrege A., Muller-Collé F. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *Revue Praticien Médecine Générale.* 2003;(17):293–297.
104. Carmoi T., *Le médecin idéal: le point de vue des patients, mémoire de DIU de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2011, 13 p.*
105. Gallais J.L. Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs Dimensions Médicales et Sociales. *Doc Rech Med Gen.* 1997;(45):1–107.
106. Moreau A., Boussageon R., Girier P. et al. Efficacité thérapeutique de « l’effet médecin » en soins primaires. *Presse Med.* 2006;(6):967– 973.
107. Bousquet M.A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d’un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Pierre et Marie Curie Paris 6, Université de Paris, 2004, 199 p.
108. Jaulin M. La décision partagée en médecine générale. Quelles représentations en ont les praticiens ? Enquête auprès de 40 médecins généralistes. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nantes, Université de Nantes, 2004, 123 p.
109. Khelifi Z. Particularités de la prise en charge des patients diabétiques de type II d’origine maghrébine en Médecine Générale. Etude qualitative des représentations et apports en contexte interculturel. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nancy, Université Henri Poincaré, Nancy I, 2010, 274 p.
110. Sanselme A. La place de l’humour dans la consultation de médecine générale : Etude qualitative sur le ressenti des patients. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Strasbourg, 2012, 278 p.
111. Lancel D. Enquête sur la satisfaction des patients à la maison médicale Santé Plurielle, Delphine Travail de fin d’études, DES en médecine générale, Belgique UCL-CUMG, 2003-2004.

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

1. Axe 1 : recueil des données biographiques du patient

- Âge
- Origine
- Histoire migratoire
- Profession

2. Axe 2 : les compétences humaines du médecin généraliste

- Racontez-moi comment s'est passée la consultation ?
- Que pensez-vous de l'échange avec votre médecin ?
- Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez pour parler avec lui, pour lui poser des questions
- Parlez-moi des difficultés que vous avez à comprendre ce qu'il vous dit
- Quelles craintes avez-vous avant de lui poser une question ?
- Quelles seraient vos propositions pour améliorer l'échange avec votre médecin traitant.

3. Axe 3 : les compétences techniques du médecin généraliste

- Parlez-moi de la prise en charge de votre médecin
- Dites-moi comment vous participez ou non à la décision de voir un spécialiste, de prescription, du traitement ...
- Que pensez-vous de l'examen clinique ?

- Comment le médecin a-t-il pris en compte votre intimité pendant l'examen ?
- Que pensez-vous de ce que le médecin vous a dit de la prise en charge ?
- Globalement êtes-vous satisfait (content) de la prise en charge ou auriez-vous souhaité autre chose ?

Annexe 2 : Grille de réponse, présentée au participant en fin d'entretien:

Comment percevez-vous votre état de santé actuel ? bon moyen mauvais

	OUI	NON
Votre médecin vous met à l'aise		
Votre médecin prend le temps de vous écouter		
Votre médecin vous explique votre maladie		
Votre médecin vous explique le traitement		
Votre médecin utilise des mots que vous comprenez		
Votre médecin est disponible		
Votre médecin vous examine		
Votre médecin vous assure une bonne prise en charge		
Votre médecin vous fait participer aux décisions		

Annexe 3 : Quelques entretiens

Entretien avec Mme A, patiente de MI :

Interviewer : Quel âge avez-vous?

Mme A : 40

Interviewer : Vous êtes de quelle origine?

Mme A : Marocaine

Interviewer : Vous - êtes d'où du Maroc?

Mme A : Je suis originaire de la région des Rachid

Interviewer : Vous êtes née au Maroc, et vous êtes arrivée en quelle année en France?

Mme A : Euh... Fin 78 on va dire, je devais avoir, euh... (rires).

Interviewer : 3 ans

Mme A : Euh je devais avoir (rires) presque 4 ans!

Interviewer : Il est votre MT depuis quand?

Mme A : Depuis le départ de Mme M., euh ça fera bientôt là... juillet, ça fera 2 ans.

Interviewer : Pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer?

Mme A : Euh, ben, il a cru que c'est de l'allergie, enfin je pense, il a posé des questions et a regardé mes yeux, normal quoi...

Interviewer : Et une consultation « normale » c'est quoi pour vous?

Mme A : Et bien, il doit poser des questions, et par rapport à son allergie, enfin, on sait pas encore, donc euh, il a posé juste des questions, c'était pas une... une consultation, en fait il a juste posé des questions, et a regardé mes yeux ...

Interviewer : Que pensez-vous de l'échange avec votre médecin traitant?

Mme A : Il y a pas de souci, il est complètement à l'écoute.

Interviewer : A l'écoute, d'accord. Et parlez-moi des difficultés que vous rencontrez?

Mme A : (silence)

Interviewer : Pour lui poser des questions par exemple...

Mme A : Non, non... non , non, en fait, on est total... totalement en véritable confiance avec lui, on est à l'aise.

Interviewer : Il vous mais à l'aise...

Mme A : Ah oui oui, pas de souci, très agréable, très souriant, on est en totale confiance avec lui, il y a pas de gêne... Il y a bon échange.

Interviewer : D'accord. Et quelle serait vos propositions pour améliorer la relation?

Mme A : Moi je pense de toute façon il n'y a rien à améliorer (silence). Le contact il est là, il met vraiment les patients à l'aise... Et puis il est accueillant, il est chaleureux... Et puis on a une facilité à parler avec lui... En fait, il attire... c'est une personne qui est là... Et... on a facilité à parler avec lui, et puis il parle de tout... Je sais pas c'est ... (rires).

Interviewer : Et lorsqu'il y a une décision à prendre, par exemple de faire un bilan sanguin, ou de voir un spécialiste... Vous la prenez tous les 2...

Mme A : Ben, il conseille

Interviewer : Il conseille...

Mme A : Il conseille d'aller voir telle personne: «Je vous conseille, ce qu'il serait le mieux, ça serait...»...

Interviewer : Il ne vous l'impose pas en somme.

Mme A : Il me conseille et me dirige... Et puis voilà.

Interviewer : Globalement vous-êtes satisfaite?

Mme A : Oui, il n'y a pas de souci.

Interviewer : Et parlez-moi de l'examen clinique?

Mme A : Oui, ben pas de souci...

Interviewer : Donc selon vous, il n'y aurait rien à changer pour...

Mme A : (rires) Franchement, non.

Interviewer : Et sur la disponibilité...

Mme A : Ouais, il est disponible... Quand on appelle à domicile, même si c'est pas prévu, il s'arrange toujours... pour euh se déplacer.

Entretien avec Mme B, patiente de M1 :

Interviewer : Quel âge avez-vous?

Mme B : Euh, je vais avoir 28 ans.

Interviewer : Vous êtes de quelle origine?

Mme B : Algérienne

Interviewer : Vous êtes arrivée en France en quelle année?

Mme B : On va dire ça fait 5 ans.

Interviewer : Vous êtes arrivée directement à Nancy?

Mme B : Oui, directement à Nancy.

Interviewer : Il est votre MT depuis quand?

Mme B : Euh, on peut dire depuis 2-3 ans...

Interviewer : Vous aviez un médecin traitant avant Dr.?

Mme B : Oui, j'ai déménagé, avant j'habitais Champigneulle, et vu là comme... c'est un « Arabe », des fois voilà c'est... personnellement je préfère (rires).

Interviewer : Pour des problèmes de compréhension?

Mme B : Non pas du tout, c'est comme ça en fait (rires).

Interviewer : Peu importe si votre médecin traitant soit un homme ou une femme, l'important c'est qu'il soit « Arabe »?

Mme B : Oui, voilà, c'est ça...

Interviewer : Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la consultation?

Mme B : Oui, ça c'est bien passé, c'est comme d'hab hein, je viens et il sait bien, il connaît bien mes problèmes, et il me donne toujours ce que je veux quoi...

Interviewer : D'accord. Et que pensez-vous de l'échange avec votre médecin traitant?

Mme B : Comment ça?

Interviewer : Est-ce que vous arrivez à vous exprimer ...

Mme B : Oui, oui, oui. Pas de souci, tranquillement, je me sens très à l'aise avec lui, c'est pour ça je viens le voir régulièrement. Parfois je peux même parler des problèmes perso, je veux dire il y a pas de soucis.

Interviewer : D'accord. Parlez-moi des difficultés, par exemple à comprendre ce qu'il vous dit ou à poser des questions.

Mme B : Pas de difficultés, non, non, non ; parce qu'il parle vraiment tellement clair. J'ai jamais de problème. Il dit des trucs faciles, et quand je comprends pas je lui demande voilà.

Interviewer : Et pour faire une prise de sang, voir un spécialiste par exemple, comment ça se passe, il décide tout seul?

Mme B : Non non non (rires), voilà, parfois il me propose un truc, je vais lui dire ça m'arrange pas ou j'aime pas, il me faut autre chose et voilà là il est d'accord... Voilà, c'est pas qu'il a pas le choix, mais on va dire il respecte mon choix. Voilà, par exemple, pour aller voir, je sais pas moi, un gynéco, j'aime pas aller voir les hommes, pour les dermato pareil. Plusieurs fois je lui dis je préfère voir une femme plutôt qu'un homme, je me sens plus à l'aise avec une femme. Quand il me propose, si je vois que ça me va pas, je lui dis tout de suite non.

Interviewer : Que ça ne vous convient pas ...

Mme B : (rires) Ouais!

Interviewer : Et la disponibilité?

Mme B : Bon des fois je viens, il y a beaucoup d'attente, voilà...

Interviewer : Et maintenant parlez-moi de l'examen clinique...

Mme B : (silence)

Interviewer : Il prend en compte votre pudeur?

Mme B : Oui, oui, oui, y a pas de souci c'est pour ça que je viens le voir...

Interviewer : Parce qu'il est d'origine « Arabe » ?

Mme B : Oui

Interviewer : Y a-t-il des choses à changer pour améliorer la relation?

Mme B : Non, non, non. Je suis satisfaite, à 100% ? Non je vois pas. D'ailleurs je vais déménager à Laxou, il y a un médecin juste en face de chez moi, mais je viendrai ici, je prendrai le bus (rires). Je ... je veux pas dire les « Français » y... mais dès fois je me sens mal.

Interviewer : « Mal comprise » ou « Mal à l'aise » ?

Mme B : Mal à l'aise

Interviewer : Ce n'est pas une question de langue française, parce que vous parlez français correctement, c'est une question de...

Mme B : Lui il me comprend, avec quelques mots, il me comprend. Il me respecte, même si je me déshabille pas, par exemple il me comprend, mais avec « les Français » si il te voit pas en 2 pièces : « ah ben vous les Arabes ! »...

Interviewer : On vous a déjà dit ça? Un médecin?

Mme B : Oui, oui « vous les Arabes, vous prenez toujours tout mal ! », « non je suis désolée, c'est vous qui avez l'esprit mal placé », moi j'avais rien dit, en plus je fais pas arabe... C'est pas marqué « Arabe » sur mon front!

Interviewer : Et en résumé, qu'est ce qui est important dans la relation avec un médecin traitant?

Mme B : La confiance, si tu fais pas confiance, ben tu peux pas parler librement, et d'être à l'aise avec le médecin, de pouvoir tout lui raconter, parce que des fois on a des problèmes, et si on est pas à l'aise, on peut pas parler. Quand on est déprimé et qu'on peut pas tout raconter pour avoir un traitement et être soulagé... C'est pour ça que je viens ici, il connaît toute ma vie. Je suis pas là que pour les médicaments.

Interviewer : C'est important de se sentir à l'aise ...

Mme B : Oui, sinon, quand on ne se sent pas bien, on attend que de sortir, que d'avoir l'ordonnance.

Interviewer : Et pour les médicaments, il vous explique?

Mme B : Oui, oui, des fois, il me dit faut pas prendre ça...Il m'a donné un traitement pour un mois, mais moi j'en avais plus, et il m'a dit je te donne plus le traitement si tu respectes pas. Mais il m'a fait confiance, il m'a dit ce traitement c'est pour un mois, et j'ai respecté. Il m'a fait confiance.

Interviewer : Globalement ...

Mme B : Oui, il me met à l'aise.

Entretien avec M. G, patient de M1 :

Interviewer : Vous avez quel âge ?

M. G : 59 ans. Oh, on commence par les questions désagréables! (rires) 59 ans...

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine?

M. G : Tunisienne

Interviewer : Vous êtes arrivé en France en quelle année?

M. G : Oh moi, je suis très retardataire par rapport à toute la clique... Je suis arrivée en 90, ça fait 23-24 ans on va dire ...

Interviewer : Vous êtes arrivé directement à Nancy?

M. G : Oui, oui, oui absolument.

Interviewer : Vous aviez de la famille, ou...

Mr G : Ben, c'était le départ parce que bon... Moi en Tunisie j'avais une société de tourisme et j'ai senti le roussi dans les années 90, et j'ai décidé de venir en France...

Interviewer : Et vous faites quoi comme métier à Nancy?

M. G : J'étais dans le tourisme, j'avais monté une société mais qui n'a pas bien marché. Bon maintenant, on pousse vers la retraite... Là, on se prépare pour le retour à l'envers...

Interviewer : Ah, vous pensez retourner en Tunisie?

M. G : Ce qui est évident, je ferai 6 mois ici et 6 mois là-bas, les enfants ils sont grands, ils n'auront bientôt plus besoin de moi... Bon, c'est pas dans l'immédiat hein, c'est dans les 5 années à venir, on a un pied-à-terre ici et puis un pied-à-terre là-bas...

Interviewer : Et c'est votre médecin traitant depuis quand?

M. G : Depuis que je suis venu en France, on s'est connu autour d'un verre, l'amitié et c'est le médecin traitant de toute la famille.

Interviewer : Et pouvez-vous me raconter comment c'est passé la consultation?

M. G : Là c'est pas une consultation, c'est une interprétation des analyses. Sinon, c'est toujours classique, c'est eux... moi je suis diabétique, j'ai du cholestérol, je prends TAHOR® et

METFORMINE®. Une fois par mois, je viens... Mais euh, que dire ... Je suis pas la consultation type...

Interviewer : C'est votre ami...

M. G : Oui, on parle de foot, simplement, il me conseille d'ordre médical... En 1994, je sortais de chez mon comptable, j'ai glissé dans les escaliers, je me suis cassé le col du fémur, et moi, mon premier réflexe, c'est que j'ai appelé «où dois-je aller?», il m'a dit quand il y aura les pompiers...et puis j'étais pas loin de, comment ça s'appelle... euh la traumato voilà, il m'a dit tu vas pas à la traumato, tu vas à l'Hôpital Central. Quand il y a des trucs bien spécifiques, tout ce qui est médical, on a beau être instruit... Moi je pars du principe, je fais pas son métier. Moi je pense qu'il faut tout dire à son médecin, ceci, cela... Et ça, je sais pas si dans la communauté maghrébine, est-ce qu'elle a suffisamment de conviction sur le fait qu'on peut tout dire au médecin, qu'il faut tout dire au médecin. Ça c'est pas dans la culture.

Interviewer : Vous pensez qu'il faut tout dire au médecin?

M. G : Absolument oui, moi je pars de ce principe.

Interviewer : Et vous pensez que les maghrébins sont plus gênés ...

M. G : Oui, oui... C'est culturelle...

Interviewer : Par rapport à quoi?

M. G : Allez, on va prendre un exemple, sur les MST, ou bien les problèmes je sais pas, d'ordre sexuels chez un maghrébin, c'est pas facile, ça on en parle pas facilement, dans notre tradition... Pour en avoir parlé avec d'autres, ils n'ont pas la facilité... Moi je pense au contraire que si vous avez un souci, n'importe lequel, je sais pas...Parce que si vous n'en parlez pas au médecin, si vous le gardez pour vous, ça peut être grave après, vous voyez... ça peut vous donner une pathologie qui crée quelque chose...

Bon, euh, tout un chacun peut avoir, au bout d'un certain âge des pannes sexuelles, et d'ailleurs je trouve ça vachement bien qu'on en parle dans les médias, ces spots ils sont bien fait et il n'y a pas de honte à en parler. Parce qu'il faut savoir qu'à un certain âge, c'est normal, l'affaiblissement du corps pour beaucoup de choses... Je pense que dans la communauté, c'est difficile d'en parler...

Interviewer : Il y a une gêne de parler de ...

M. G : Pas une gêne, je dirai une réticence... Une réticence. Silence...

Interviewer : D'accord et du fait qu'il soit votre ami...

M. G : Indépendamment que ce soit mon ami, objectivement, il met à l'aise. Quand on se fréquente en dehors du cabinet, c'est pas la même relation. Même si ce n'était pas mon ami, c'est un bon médecin. Je suis satisfait, sinon j'aurais changé de médecin...

Interviewer : Même s'il est votre ami, vous auriez changé?

M. G : Ah oui oui oui, si je suis pas satisfait, j'aurais changé. Parce que moi je pars du principe qu'avec la santé on rigole pas. Et puis si on est pas satisfait avec un type comme lui, c'est pas possible. Et puis c'est le médecin de toute la famille. Pour vous dire que moi, mes enfants, ils n'ont jamais vu de pédiatre. C'est lui qui les a vu grandir. Et puis pour la circoncision de mon fils... en France, c'est toujours un jonglage... il m'a envoyé chez un chirurgien Juif, qui a compris et qui a noté je ne sais quelle maladie... Donc euh, voilà, en tant que médecin, j'ai rien à dire, il a des qualités humaines, une sensibilité humaine extrêmement développées.

Interviewer : Et vous participer aux décisions avec lui?

M. G : C'est à dire?

Interviewer : Pour voir un spécialiste par exemple...

M. G : Ah non non non, je participe pas. Il me dit «tu dois voir tel», je vais voir tel... Moi je pars du principe que chacun son boulot! Bon, il se trouve que les personnes vers qui il m'oriente je les connais, mon cardiologue, c'est Dr B. Bon, j'ai remarqué que souvent, il essaye de vous adresser au spécialiste le plus proche de chez vous, et ça c'est important... Moi, j'ai des problèmes digestifs et une fois par an je dois faire une échographie sur le foie, je vais voir Dr J., elle est pas loin. A un moment, j'ai eu du sang dans les selles, j'ai eu une intervention à la clinique d'Essey, et c'était un problème d'hémorroïdes un peu fort, qui est toujours là malheureusement (rires) et on m'a trouvé un problème au foie. L'investissement de la jeunesse on va dire (rires), et donc une fois par an je vois Dr J.

Interviewer : En résumé, vous êtes satisfait?

M. G : Oui, complètement, on ne peut pas ne pas l'être... Vous savez euh, ce que je vous ai dit ici, dans ce cabinet là, sans être méchant ou critique... Vous savez je comprends quand le mari travaille, qu'un enfant est malade et que la mère ramène les 4 gosses je pense, je pense hein, je ne sais pas si c'est vrai ou si je me trompe, dans un cabinet médical où le médecin on va dire, il est «français», ça se passera pas comme ça...

Interviewer : Vous pensez que la mère n'amènerait pas les 4 enfants...

M. G : Je suis persuadé... La première année où je suis arrivé en France, j'ai été voir un généraliste français, avec ma femme, dans la salle d'attente, on était bouche bée... Ici, parfois le téléphone portable sonne, on parle comme si on était chez soi, ça ça me gêne beaucoup...

Interviewer : ça vous gêne...

M. G : Ah moi personnellement, ça me gêne, pas par rapport au médecin, mais par rapport au non-respect. Parfois je le dis au médecin...

Interviewer : En somme vous lui reprochez de ne pas mettre de cadre ...

M. G : D'autorité... Mais il me dit c'est pas à moi de le faire, et c'est vrai... Quand un père vient avec son fils... Moi quand j'amenais mon gamin, il bouge pas, il bouge pas... D'ailleurs, il a bien fait de plus mettre de magazines, parce que quand vous voyez les gamins les déchirés... C'est pas normal. Et ça c'est des trucs qui me gêne, et surtout qui me touche pour la communauté... Et je me dis toujours, si à cet âge-là, y a pas le cadre à cet âge de savoir vivre, comment voulez-vous qu'il soit à 15 ans, à 20 ans... (...) Voilà.

Entretien avec M. J, patient de M1 :

Traduction arabe dialectal-français.

Interviewer : Vous avez quel âge?

M. J : Mon âge, maintenant, 58 ans

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine?

M. J : Du Maroc

Interviewer : Et vous êtes arrivés en France en quelle année?

M. J : Ici en France... Je suis rentrée euh... en mai 2009, mais avant j'étais en Italie. J'étais en Italie depuis les années 90. On est venu chez un ami, à Nancy, et je travaillais mais là je travaille plus. Je suis arrivé par le biais d'un ami.

Interviewer : Et c'est votre médecin traitant depuis quand?

M. J : Depuis qu'on est arrivé en France... Depuis qu'on est arrivé... Il est vraiment bien. Il est respectueux... Parce que, la première des choses, c'est que nous on ne comprend pas le français, il nous conseille, il traduit. On a d'autres médecins... Dr B., psychiatre, pour le diabète, il est tunisien aussi, pour l'asthme, il est tunisien aussi... Il nous aide à comprendre.

Interviewer : Pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer?

M. J : Que dire, ça c'est très bien passé. Il est très conciliant, il nous explique les choses. Il nous conseille, faites ci, faites ça...

Interviewer : Et quand vous ne comprenez pas...

M. J : Ah je lui demande... Il est très respectueux. Par exemple, chaque courrier, chaque lettre que je reçois, que je ne comprends pas, je lui amène. Je lui demande «Monsieur, je n'ai pas compris, moi je sais pas». Il me dit, faut aller à la sécurité sociale faire ci, faire ça.

Interviewer : Et vous n'êtes pas gêné?

M. J : Non, non, pas du tout, je ne suis pas gêné, au contraire, je compte sur lui. Je demande pour tout. Moi je ne sais rien, lui il est instruit, il sait tout, je dois lui poser des questions pour comprendre, pour tirer des informations. Vous comprenez?

Interviewer : Oui.

M. J : Il y a des personnes, elles sont gênés, elles ont honte de demander. Moi je n'ai pas honte: «Monsieur, j'ai reçu cette lettre de la sécurité sociale, que dois-je faire?»... «Faut aller à la sécurité sociale faire ci, faire ça, faites-vous accompagner...».

Interviewer : Et il vous parle tout le temps en arabe? C'est plus facile?

M. J : Non pas toujours, il commence en français, il y a des choses que je comprends.

Interviewer : Et comment vous vous sentez avec ce médecin?

M. J : A très bien!!! 100% à l'aise. Je ne changerai pas.

Interviewer : Et c'est important qu'il parle arabe?

M. J : Non, parce que quand ma fille ne travaille pas, elle m'accompagne... Elle me traduit.

Interviewer : Et parlez-moi de l'examen clinique?

M. J : Il me prend la tension, il écoute là et là, il met le stéthoscope là et là... quand j'ai mal aux oreilles, il regarde mes oreilles.

Interviewer : Et vous êtes diabétiques?

M. J : Non pas moi, ma femme... Moi j'ai la tension, et le cholestérol. Ma femme, la pauvre, elle est diabétique, elle a des problèmes psychiatriques. Depuis 15ans, depuis qu'on est en Italie elle prend le VALIUM®, après une prothèse du genou, elle a cru qu'on allait l'amputer la pauvre...

Interviewer : Et vous êtes venus pour vous aujourd'hui?

M. J : Non, non... Ma femme, elle a un autre problème, on a été voir le cardiologue à Essey, elle a des artères bouchées, et je lui ai amené le dossier d'anesthésie à remplir. Elle va à la clinique le mois de juillet.

Interviewer : Et donc vous êtes satisfait?

M. J : Oui. Mais le problème, je parle pas bien français... En Italien, ça va, ça fait 20 ans qu'on est parti du Maroc... Ma fille elle parle bien le français maintenant.

Interviewer : Ça se passe comme vous le souhaitez avec votre médecin, au niveau de l'écoute, de l'examen...?

M. J : En vérité, oui ça se passe bien, c'est une personne respectueuse, il écoute, il parle bien, il explique. Et beaucoup de choses... Par exemple, je lui dis «Monsieur, est-ce que je peux prendre ce médicament?», il me dit non, faut pas le prendre, et moi je ne le prends pas. Il conseille très bien. C'est mon médecin de famille.

Interviewer : Et pour faire des examens complémentaires, pour voir un spécialiste, vous décidez ensemble?

M. J : Non, c'est lui qui décide. Il écrit une lettre, et me donne les coordonnées. Il écrit toujours une lettre.

Interviewer : Et le délai d'attente dans la salle d'attente?

M. J : Ça dépend des malades, faut être patient.

Interviewer : Et votre femme ne pouvait pas se déplacer?

M. J : Non, elle vient mais le problème, c'est qu'elle est sous VALIUM®. Une fois, elle a fait une crise dans le cabinet, il a appelé les pompiers et l'a envoyé aux urgences. Pour un papier, je vais pas la faire déplacer... Quand il doit l'examiner je l'emmène, normal.

Interviewer : Et y aurait des choses à changer...

M. J : Non, ça se passe très bien, je vous ai dit, il explique.

Entretien avec M. L, patient de MI :

Interviewer : Vous avez quel âge?

M. L : 55 ans, bientôt 56...

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine?

M. L : Algérienne.

Interviewer : Et vous êtes arrivés en France en quelle année?

M. L : Octobre 1981...

Interviewer : Et c'était pour travailler?

M. L : Non pour faire une thèse...

Interviewer : Une thèse...

M. L : Une thèse de géologie... Je suis arrivé en tant que chercheur à l'école de géologie à Nancy et là je suis enseignant de science de la vie et de la terre. Prof à Neuve-Maisons...

Interviewer : Et comment vous évaluez votre état de santé?

M. L : Moyen... On va dire moyen...

Interviewer : Moyen?

M. L : Oui, je suis porteur d'un défibrillateur, bon, on peut pas dire que ce soit un signe de bonne santé (rires), c'est pour ça que je dis c'est moyen! Sinon le reste ça va...

Interviewer : Et c'est votre MT depuis quand?

M. L : Oh, ça doit bien faire une dizaine d'années.

Interviewer : Oui, ça ne date pas d'hier quoi!

M. L : Pour vous dire, avant j'en avais pas.

Interviewer : Pourquoi, il y a 10 vous...

M. L : Il y a 10 ans, j'avais 46 ans, avec l'âge, on a plus la même énergie d'avant, alors je suis venu voir Dr. Je lui ai dit, il va me falloir un MT.

Interviewer : Et vous pouvez me raconter la consultation qui vient de se passer?

M. L : Celle-là?

Interviewer : Oui...

M. L : Très bien... Oh, c'était une consultation de routine. Un renouvellement d'ordonnance... Inhibiteur d'enzyme et anti-hypertensif...

Interviewer : Vous venez tous les mois?

M. L : Oui, je le fais tous les mois, ça lui permet de contrôler un peu... La tension, je pourrai le faire chez moi, mais je n'ai toujours pas acheté d'appareil... Je pourrai le faire.

Interviewer : Et que pensez-vous de l'échange avec votre médecin traitant?

M. L : Très bien!

Interviewer : C'est à dire?

M. L : Très bien, il est à l'écoute... ça se passe mieux qu'avec des médecins que j'ai pu voir avant, qui sont plus dans le traitement du simple symptôme et moins attentif à la personne.

Interviewer Et parlez-moi des difficultés...

M. L : Franchement, il n'y en a pas, s'il en avait, il le saurait (rires)!

Interviewer : Et pour vous, le médecin traitant idéal... Et ce qu'il s'en rapproche lui?

M. L : Lui oui... Un médecin traitant idéal, c'est un médecin qui connaît bien ses malades, qui les connaît je dirais, sous toutes les coutures. Encore faudrait-il qu'il est le temps... Mais faudrait qu'il connaisse tous les antécédents, qu'il connaisse bien tout ça, qu'il les ait en tête ou du moins qu'il les ait ou en tout cas qu'il l'a ou que c'est archivé et qu'il puisse y revenir... Je pense que ça c'est important... Et puis qu'il écoute, qu'il arrive à faire parler les gens, c'est pas simple ça. Je dirais qu'un médecin généraliste doit avoir beaucoup d'écoute, arrivé à faire parler et connaître leurs antécédents. J'estime qu'un médecin généraliste doit savoir faire ça, c'est pas juste la consultation...pour les médicaments, ça c'est de la pharmacie, ça (rires).

Interviewer : Et vous voyez autre chose?

M. L : silence

Interviewer : L'accueil par exemple...

M. L : Bien sûr, qu'il soit agréable, ça va de soi. Il y a des qualités dans le métier qui vont ensemble, c'est pas que ça ou ça. Non, ça marche ensemble. Le médecin traitant qui s'intéresse à ses patients, il va forcément essayer d'avoir tous les renseignements, il va forcément être aimable, courtois, ça marche avec.

Interviewer : Y aurait-il des choses à changer pour améliorer la relation?

M. L : Non, non, non, ça se passe très très bien, même avec le spécialiste ça se passe très bien aussi.

Interviewer : Et justement quand il faut voir un spécialiste, c'est lui qui décide?

M. L : Euh, on décide ensemble en fait, il me dit faut voir ce spécialiste. C'est arrivé déjà pour le cœur, c'est arrivé une autre fois pour le système digestif... On le fait d'un commun accord, il me conseille et il m'oriente.

Interviewer : Et l'examen clinique?

M. L : Bon, maintenant, moi, c'est léger. C'est la tension, les pulsations cardiaques, il écoute au stetho... Voilà... Si je me plains de rien de particulier, il n'y a pas besoin approfondir quoi que ce soit...

Interviewer : Et la prise en charge vous convient ?

M. L : Ah oui, complètement.

Interviewer Et le délai dans la salle d'attente?

M. L : Ça dépend des jours, ça dépend des jours. Mais ça, il n'en est pas maître, moi non plus et les gens dans la salle d'attente non plus (rires)... On choisit pas le moment d'être malade, ni à se décider à aller chez le toubib quoi.

Interviewer : Et pour le traitement...

M. L : Bon, j'ai fait des études scientifiques, la biologie... J'ai pas de difficultés à comprendre le traitement, je sais lire une notice (rires)... C'est vrai, c'est pas le cas de tous les patients, pour les gens qui maîtrisent pas la langue, qui sont illettrés, voire analphabètes, c'est compliqué pour ces gens là. Mais moi, je pense qu'il fait le nécessaire, s'ils reviennent et qu'ils sont là... C'est que bon, il répond à leur besoin, et ça c'est important.

Interviewer : Et pourquoi vous avez choisi ce médecin?

M. L : Euh, très sincèrement par connaissance... Avant j'avais pas vraiment de médecin... Bon, j'allais voir un médecin... Une année, j'ai fait une pleurésie, j'ai été voir 5 médecins! Jamais de ma vie j'avais vu autant de médecin en si peu de temps (rires)... Et aucun n'avait trouvé ce que j'avais... Rien... Bon je veux pas dire c'est des abrutis... Mais j'étais vraiment bon à rien, je faisais 100 mètres, j'étais K.O... Et c'est un ami à moi, médecin, qui m'a ausculté sous toutes les coutures, dans des positions pas possible... Et puis quelques temps plus tard j'ai revu ce médecin que je connaissais, et je lui ai dit, bon, écoute, il va me falloir un médecin traitant! Et au final, ça se passe très bien. J'ai beau chercher, il n'y a rien à changer... C'est pas une science exacte non plus... Il y a des problèmes de diagnostic, il faut chercher, faire des différentiels... Après, moi je pense qu'il faut en parler honnêtement avec le malade. C'est à dire que, si le malade n'est pas

en confiance et qu'on lui annonce un diagnostic et puis que le diagnostic s'avère faux... Qu'on lui dise tu as ça, allez prend ça «roule popol», ça ça marche pas... Ça pour moi, c'est vraiment avoir raté l'essence même de son travail. Et j'estime aussi, qu'un bon médecin traitant, c'est un médecin qui fait aussi beaucoup de prévention...

Interviewer : Oui.

M. L : Obligatoirement, et sur tous les plans. Mais il ne peut pas faire de prévention, s'il ne discute pas avec ses patients... Et pour discuter avec ses patients et être à l'écoute de ses patients et ben il faut du temps. Il y a un temps de l'exercice qui est obligatoire. Et malheureusement tous les médecins généralistes ne prennent pas ce temps qui est nécessaire.

Interviewer : Le temps d'écoute...

M. L : Oui, ce temps d'écoute.

Interviewer : Et quand il y a du monde, et que les rendez-vous sont tous les quart d'heures, la consultation, dure allez 15 min...

M. L : 15 min, ça c'est quand les choses sont rapides... Mais bon une moyenne de consultation, une moyenne entre 25 et 30 minutes par patient...

Interviewer : Pour vous l'idéal, ça serait des consultations de 30 minutes par patient?

M. L : Non, je dis pas que c'est l'idéal, je dis que c'est une moyenne... Excusez-moi, mais un médecin qui fait bien son boulot, peut rester 3 quart d'heures avec son patient...

Interviewer : Avec un patient qu'il connaît ou qu'il ne connaît pas?

M. L : Qu'il le connaisse ou non. Et euh, quelques fois... Moi, là, ça a pris 6 minutes, dans ce contexte là c'est largement suffisant... C'est pour ça que je dis bien en moyenne... 25-30 minutes, il y a moyen de se faire une idée du patient... Mais c'est rapide encore... C'est rapide...

Interviewer : Et vous pensez que le médecin peut rester 3 quart d'heure avec un patient, vu le nombre de patients qu'il y a en salle d'attente...

M. L : Quand ça le nécessite oui...

Interviewer : Oui...

M. L : Mais moi j'estime qu'ils doivent le faire. C'est pas une perte de temps, c'est pas une perte d'argent, j'estime que c'est nécessaire... Vous savez, quand un patient rentre, va chez le médecin, et qu'il ressort en disant: «bon, je vais voir quelqu'un d'autre», c'est qu'il y a un problème. C'est justement pour éviter ça... Bon, c'est vrai, il n'y a pas de temps de consultation idéal. Maintenant chacun est un cas, chacun a son propre problème... Je pense que c'est au praticien d'adapter son temps de dialogue, son temps de diagnostic...

Interviewer : Pour ne pas se tromper de diagnostic?

M. L : Maintenant se tromper dans le diagnostic en soi, c'est pas dramatique. D'accord.

Interviewer : On a le droit de se tromper (rires)

M. L : Bien sûr. Et puis les cas, où, se tromper de diagnostic peut être dramatique quand on est allé voir son généraliste, c'est quand même rare... D'accord. On est pas allé voir un spécialiste. Il n'y a pas toute la batterie d'investigation classique qu'on fait quand on va voir un spécialiste pour un problème bien précis, et qui va se tromper et qui va foutre le patient dans la merde (rires)... Oui, le généraliste peut se gourer dans le diagnostic, mais je pense que ça a moins de conséquences. Si le médecin généraliste se trompe et que c'est grave ou il est complètement con ou alors c'est simplement qu'il n'est pas à l'abri... Comme tout le monde.

Interviewer : Et bien je vous remercie Professeur...

M. L : (rires), c'est moi qui vous remercie

Entretien avec M. R, patient de MI

Interviewer : Vous avez quel âge ?

M. R : J'ai ... 34 ans

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine ?

M. R : Marocaine, je suis du Maroc... D'origine marocaine mais je suis Français

Interviewer : Vous êtes né en France ?

M. R : Non je ne suis pas né en France, j'ai la double nationalité

Interviewer Vous êtes né... ?

M.R : A Marrakech

Interviewer : Et vous êtes arrivés en quelle année en France ?

M. R : en 2003, ça fait presque 11 ans

Interviewer : Et vous faites quoi comme métier ?

M. R : Euh, je suis agent d'entretien

Interviewer : C'est votre médecin traitant depuis quand

M. R : Ça fait pas longtemps...

Interviewer : Ça fait pas longtemps ?

M. R : Avant c'était Mme F.M. mais elle est partie, ça se passait bien

Interviewer : Ça fait 3 mois ?

M. R : Oh on va dire une année, mais je viens pas souvent chez lui... Aujourd'hui j'ai l'allergie au pollen.

Interviewer : D'accord et comment vous évaluez votre état de santé ?

M. R : Impeccable, on va dire pour l'instant, je suis jamais en arrêt, j'espère ça durera longtemps...

Interviewer : Mmm... Est-ce que vous pouvez me raconter la consultation qui vient de se passer ?

M. R : La consultation, c'était une consultation simple parce que j'ai juste envie d'avoir une prescription de médicaments, pour l'allergie, j'ai pas pu venir avant cette année parce que j'avais pas de mutuelle, (...) pour trouver ..

Interviewer : Une bonne mutuelle ?

M. R : Oui, une bonne mutuelle...

Interviewer : Et que pensez-vous de l'échange avec votre médecin ?

M. R : Euh mon médecin, c'est-à-dire que je ne le connais pas très très très bien, parce que ça fait pas longtemps ... Je suis un peu sincère, un petit peu il est dur

Interviewer : Il est "dur"..?

M. R : Oui, voilà...

Interviewer : C'est-à-dire ?

M. R : C'est-à-dire il est dur, voilà, le médecin il doit ... je parle sincèrement. Moi j'ai pas envie de rester chez Dr...? Parce que chez le médecin faut être bien...

Interviewer : Faut être à l'aise ?

M. R : Oui et quand le médecin il est dur avec toi, euh..., je sais pas comment je vais essayer d'exprimer les choses...

Interviewer : Humm

M. R : Tu te sens pas bien

Interviewer : D'accord...

M. R : Le médecin il doit être comme presque quelqu'un de la famille

Interviewer : Oui, un médecin de famille

M. R : Et moi personnellement il est dur

Interviewer : Et c'est quoi les difficultés que vous rencontrez ?

M. R : Les difficultés par rapport au médecin ... Par exemple ma femme elle a un problème de poumons, elle est venue le voir pour un avoir un rendez-vous avec un spécialiste en urgence, mais il ne l'a pas vu rapidement, il s'en fout...

Vous savez, quand vous êtes médecin, pour accélérer les choses, vous appelez un autre médecin, vous trouvez des arrangements...

Interviewer : Vous trouvez qu'il ne s'occupe pas assez...

M. R : Voilà... Moi c'est ce que je pense personnellement, chacun il pense ... J'espère pas le voir souvent... Il n'y a pas que moi, quand je parle avec d'autres

Interviewer : Et pour lui poser des questions...

M. R : C'est pas pour lui poser des questions... mais quand tu vois un médecin la première fois et tu constates tu te sens pas à l'aise(...) le médecin quand tu rentres, il a le sourire, il t'accueille.

Interviewer : Mmm...

M. R : Je connais pas trop, mais j'entends les gens, encore une fois, je connais pas trop, c'est la troisième fois que je viens le voir et il n'y a pas de respect

Interviewer : Vous ne vous sentez pas à l'aise ?

M. R : Par exemple je suis venu le voir, je lui ai demandé de m'inscrire un paquet parce que je pars en vacances le mois prochain, il me dit "Non". Et normalement tu peux prendre un paquet ce mois-ci et l'autre le mois prochain

Interviewer : A renouveler

M. R : Voilà... Et il dit non, voilà tu peux pas discuter...

Interviewer : Qu'est-ce que vous ressentez ?

M. R : Voilà ça me bloque, et moi je suis pas du genre à demander des médicaments pour les ramener au pays, c'est juste pour moi personnellement ... Et moi pour l'allergie je peux pas venir tous les jours (...), moi j'entends, j'ai de la famille et ils disent il est ferme

Interviewer : Et vous votre sentiment ?

M. R : Moi personnellement, il ne met pas à l'aise, et il faut savoir faire la différence entre les gens, par exemple, vous venez chaque fois, vous abusez, et quand il y a une personne qui vient de temps en temps, qui va demander des arrêts, moi je me mets jamais en arrêt, c'est une personne sérieuse, vous vous serez docteur demain ou après- demain faut savoir faire la différence

Interviewer : Et de mettre à l'aise les gens

M. R : Voilà

Interviewer : Et qu'est ce qui pourrait améliorer la relation entre vous et votre médecin ?

M. R : Faut faire la différence entre les gens, être proche des gens, être au courant de la santé de ses patients, vous mettre à l'aise...

Interviewer : Et vous pensez quoi de l'examen clinique

M. R : Personnellement je n'ai pas d'expérience, c'est la troisième fois que je le vois. Je viens pas le voir tout le temps. Je veux aller voir un médecin avec qui je suis à l'aise, même si lui il est pas bien, parce que le médecin il est parfois pas bien aussi.

Interviewer : En conclusion, ça serait quoi ?

M. R : Mettre le patient à l'aise, et faire la différence entre les gens qui abusent et ce qui n'abusent pas

Entretien avec M. T, patient M2 :

Interviewer : Vous avez quel âge?

M. T : 46 ans

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine?

M. T : Tunisienne.

Interviewer : Vous êtes né en Tunisie?

Mr T : Oui, près de Carthage.

Interviewer : Vous êtes arrivés en France en quelle année?

M. T : En 1973, je suis né en 1968...

Interviewer : Vous aviez 4 ans... Et vous êtes arrivée directement à Nancy?

M. T : Non, non, non. Dans le nord de la France, je suis originaire du nord de la France, mes frères et sœurs, sont tous nés dans le nord de la France, parce qu'ils sont derrière moi... J'ai un frère qui vit encore là-bas, mes parents, ils sont encore là-bas... Et après mes études en Belgique, je suis arrivé à Paris, où j'ai connu ma femme qui est Vosgienne... Et depuis 18 ans je suis là...

Interviewer : Ils sont venus pour travailler ?

M. T : Ouais...

Interviewer : Et vos parents faisaient quoi comme métier?

M. T : Mon père travaillait dans une usine de textile.

Interviewer : Et vous vous faites quoi comme métier?

M. T : Moi je suis peintre en bâtiment, ce qui n'a rien à voir avec mes diplômes...

Interviewer : Et quels sont vos diplômes?

M. T : Un BTS en électrotechnique

Interviewer : D'accord.

M. T : Que je n'ai jamais mis à l'œuvre...

Interviewer : Pourquoi?

M. T : Pressé d'aller travailler, et comme jamais après moi, des frères et sœurs...

Interviewer : D'accord. Et aujourd'hui, comment évaluez-vous votre état de santé?

M. T : Ben au jour d'aujourd'hui, j'ai pas à me plaindre... Depuis que je connais M2. Bon, j'ai

eu quelques soucis... Euh, ça allait bien jusqu'à une dizaine d'année. J'ai eu de l'asthme qui est complètement sorti. Suite à ça, il s'est avéré une sarcoïdose et il y a 5 ans, j'ai eu un accident de travail, j'ai fait un hématome sous dural qui a généré de l'épilepsie. J'ai eu des crises, jusqu'à ce qu'on me trouve le médicament adéquat. Et là depuis 3-4 ans, on va dire, je n'ai plus à me plaindre. J'ai pu récupérer le poids que j'ai perdu, c'est à dire, 30 kilos... Bon, j'ai pas à me plaindre.

Interviewer : Depuis 3-4 ans ça va mieux?

M. T : Oui, parce que c'était contradictoire sur les médicaments. Plusieurs médecins, pneumologue, et Dr V. pour la tête, c'était beaucoup de trucs, on va dire, aléatoire. Maintenant, ça s'est stabilisé, on a trouvé ce qu'il fallait. Tous les 6 mois, je renouvelle mes médicaments. J'ai repris une activité et tout va bien. J'ai pas à me plaindre, c'est pour ça, je pars en vacances, cette nuit...

Interviewer : Ce soir?

M. T : Ouais, on prend la route cette nuit! Puis le bateau...

Interviewer : Et c'est votre médecin traitant depuis quand?

M. T : Depuis 10-11 ans, depuis qu'on a habité Nancy.

Interviewer : D'accord. Et là vous habitez toujours à Nancy?

M. T : Toul.

Interviewer : Et vous venez de Toul consulter?

M. T : Tout le temps.

Interviewer : Et pouvez-vous me raconter comment s'est passée la consultation?

M. T : Là?

Interviewer : Oui.

M. T : Ben pour moi, c'est comme d'habitude. M2. me connaît depuis longtemps. Je veux dire, c'est assez...convivial. Il sait de quoi j'ai besoin et moi-même je sais, sans rien lui dire! Même sans me déplacer des fois, à cause du boulot, on arrive toujours à s'arranger. Pour ça y a pas de souci. Sinon dans l'ensemble, non j'ai pas à... Tout se passe très très bien. J'ai pas à me plaindre, c'est pour ça, je fais les 30 bornes aller et 30 bornes retour, parce que c'est le médecin qui me convient, qui me comprend.

Interviewer : Et bien parlez-moi de l'échange avec votre MT...

M. T : Je vous dis, c'est assez sympathique, comme il me connaît depuis plusieurs années. Ma fille elle a 16 ans, il l'a connaît depuis 16 ans. Ma belle-mère est chez lui aussi, ma femme... Il connaît tout le monde. Voilà, on le connaît, il nous connaît, on est assez à l'aise.

Interviewer : D'accord, il vous met à l'aise. Et avez-vous une gêne à lui poser des questions?

M. T : Non,non,non, j'ai toujours été ouvert. C'est un médecin, et il y a des choses qui restent confidentielles même, mais je lui ai donné l'autorisation de ne pas rester confidentielles dans la famille. A part à mes enfants, à ma femme et ma belle-mère, il a le droit de dire ce qui se passe... Avant, une ou deux fois par mois, j'étais hospitalisé, et jusqu'au moment où on a trouvé, il a tout fait hein... Les autres médecins, ils m'ont dit pleins de trucs, et il a tout fait pour trouver la solution. Et depuis, c'est ce qui fait que je reviens...

Interviewer : En somme il vous a assuré une bonne prise en charge?

M. T : Du début à la fin. C'est pour ça s'il y a des gens qui demandent après un médecin, je les enverrai chez lui.

Interviewer : Vous conseilleriez votre MT?

M. T : Oui, il y a pas de souci pour ça. J'habite à Toul, il y a un médecin juste en face de chez

moi, et quand on me demande pourquoi... Mon employeur m'a dit, pourquoi tu prends pas un médecin à Toul? Je fais ce que je veux...

Interviewer : Oui, vous avez le choix de votre MT. Pour vous y aurait-il des choses à améliorer dans la relation?

M. T : Non, moi dans la relation, ça me convient. Honnêtement, j'ai pas connu beaucoup de MT, c'est le seul ici, à part celui que j'avais quand j'habitais chez mes parents... Mais moi je souhaite que tout le monde ait le même Docteur que moi.

Interviewer : Pour vous c'est le médecin traitant idéal?

M. T : Pour moi.

Interviewer : Et comment est le médecin idéal pour vous?

M. T : Pour moi c'est la réception, hors médical. Pour moi, d'abord, c'est hors médical: il parle aux enfants... Il m'est arrivé de parler avec lui de choses et d'autres avant même de lui parler de ce pourquoi je suis venu.

Interviewer : Et d'autres éléments pour définir un médecin traitant «idéal»...

M. T : Ben définir... Un MT c'est comme un berger, il doit garder son troupeau, pour garder son troupeau, il doit lui donner ce qu'il lui faut.

Interviewer : Il vous donnerez quoi à vous?

M. T : Ben que le patient soit satisfait d'être passé par là... Moi je vous dis, il m'est arrivé de l'appeler juste pour donner des nouvelles. Et lui même, lui même, quand il voit que je suis resté trop longtemps sans passer, il prend des nouvelles... Il sait que pour moi, c'est tous les 6mois, parfois je travaille je suis en déplacement, il est gentil, il me fait par mail, par fax... Y a aucun problème.

Interviewer : D'accord.

M. T : Y' a pas de souci. Il a bataillé pour mon 100%... A un moment fallait faire des tests, tout ça il a tout fait pour. Il a arrangé ma situation. Je vous dis, il en a juste en médicaments, pour 3500 euros à l'année. Je prends pas mal de médicaments. Avant c'était beaucoup, et là, grâce à lui... il a jumelé plusieurs médicaments, qu'on peut associer...

Interviewer : Et au niveau de l'explication du traitement...

M. T : J'avais du mal à comprendre, parce que j'étais très malade et j'avais des éruptions cutanées, j'étais malade pendant 1 semaine, 10 jours, complètement... Et c'est lui qui a trouvé, même pas le dermatologue, au contraire le dermatologue, il m'a encore plus arraché! C'est lui qui a trouvé comment faire et ainsi de suite...

Interviewer : D'accord.

M. T : Depuis, ça fait 6 ou 7 ans, j'ai pas eu un seul bouton! Ça reste quand même un médecin assez ouvert, c'est pour ça qu'il est toujours en retard... J'avais rendez-vous à 14h15 et ça fait 1h30...

Interviewer : Et ça vous dérange, le retard?

M. T : Non, je le connais, quand il me donne un rendez-vous à 14h00, je viens à 15h00, il parle beaucoup avec ses patients, et ça c'est bien.

Interviewer : Il discute, il prend le temps c'est important?

M. T : Oui bien sûr, c'est normal! Même le fait d'être malade de juste être avec lui, c'est rassurant, c'est l'essentiel.

Interviewer : Et racontez-moi l'examen clinique...

M. T : Ben l'examen clinique, c'est plus lui gère, on va dire qu'il sait très bien comment je suis... Des fois c'est ma femme qui passe chercher l'ordonnance.

Interviewer : Il n'a plus lieu de faire d'examen clinique?

M. T : Non c'est fini, c'est fini. Par contre, je vous ai dit... Il y a eu des choses contradictoires... Il y a eu 2 pneumologues, un qui disait gauche, un qui disait droite. En fin de compte, ils m'ont envoyé voir un 3ième qui a dit pourquoi.

Interviewer : Et il vous a dit quoi alors?

M. T : La sarcoïdose, bon je préfère qu'on me dise ce qu'il en est. Il m'est arrivé à 4h du matin, étouffer... Complètement étouffé.

Interviewer : Vous étiez perdu entre l'avis des différents médecins?

M. T : Voilà, j'ai été voir Dr M. c'est lui qui m'a mis hors champs, et le 2ième je me rappelle plus du non. Il a donné un avis complètement différent en disant que la sarcoïdose c'était un cancer...

Interviewer : On vous a dit que la sarcoïdose était un cancer?

M. T : Ouais, et le médecin traitant, m'a dit non c'est pas un cancer, c'est l'asthme un peu fort qui déclenche... Heureusement que lui m'a dit que j'avais «la maladie du non-fumeur», je n'ai jamais fumé de ma vie, jusqu'à maintenant! J'avais des problèmes respiratoires incroyables, j'ai beaucoup travaillé dans la peinture, je le suis toujours dans le bâtiment, il y a beaucoup de choses, il y a l'amiante, il y a la peinture. Maintenant, voilà, c'est Dr T. qui m'a stabilisé qui m'a redonné mon physique...

Interviewer : Une bonne santé?

M. T : Grâce à lui j'ai récupéré mes 30 kilos, que j'ai du mal à reperdre entre parenthèse, et là je pars en vacances, je vais reprendre, pourquoi?, parce que je pars à l'aise et tranquille.

Interviewer : Et parlez-moi de la prévention?

M. T : Dès qu'il fait une analyse, il appelle. Pour prendre des nouvelles, il appelle. Il est toujours à l'écoute.

Interviewer : Et vous pensez que tous les médecins puissent faire ça, appeler les patients pour prendre des nouvelles...

M. T : Euh, oui et non, oui parce que c'est bien pour les patients, non parce que je dirai qu'il y a des médecins qui n'aiment pas trop s'investir dans ce domaine. Ça c'est plus les médecins spécialisés, mais un médecin traitant, c'est quelqu'un qui est plus proche du monde. Il peut mélanger, c'est plus facile. Moi, j'ai appelé chez un pneumologue pour prendre rendez-vous, j'ai attendu 7 mois, là je l'ai appelé, j'ai eu un rendez-vous le lendemain.

Interviewer : Il a appelé chez le pneumologue?

M. T : Oui, il a appelé directement.

Interviewer : Et parlez-moi de la disponibilité de votre médecin traitant...

M. T : Il est disponible. Il répond toujours présent. Dès fois, il me voit jusqu'à 20hr, en dehors de ses heures de consult.

Interviewer : Et pour faire un bilan, voir le spécialiste, vous décidez tous les 2?

M. T : C'est lui, je vous dis, ben là, de tant en tant, il me donne des analyses, c'est juste pour des contrôles. Par exemple, pour la thyroïde ou des trucs comme ça.

Interviewer : Mais vous lui demandez quand même?

M. T : Ah non, non, je n'ai pas besoin de lui demander, il sait très bien comment je suis.

Interviewer : Une question qui peut vous sembler particulière... Pensez-vous que le fait que le médecin soit de la même origine, disons, maghrébine, puisse changer dans la relation?

M. T : Non, pas du tout du tout. C'est pareil. C'est vice-versa... C'est comme si je vous demandais, si ça vous dérange, que je sois maghrébin alors que vous êtes médecin européen... On est là, justement pour se faire soigner, et si le médecin justement... Et je sais que M2. c'est quelqu'un d'assez proche de tout ce qui est maghrébin, de tout ce qui est de l'orient. Ça je sais, donc euh... J'ai pas à me plaindre. Je sais qu'il n'y a aucun souci. J'ai eu de la chance de tomber sur lui honnêtement.

Interviewer : Et comment avez-vous choisi ce MT?

M. T : Ma belle-mère. Quand on habitait dans les Vosges, ma belle-mère est partie quelques mois avant nous, s'installer à Nancy. Elle cherchait un médecin traitant, elle a trouvé Dr T. Quelques mois après, nous, on est arrivé, on a pris le même médecin, et 2 ans après j'étais malade. J'ai eu de la chance de tomber sur Dr T., ça aurait pu être un autre médecin qui se serait pas pris la tête autant que lui, il l'a fait. Il s'inquiétait, parfois je l'appelais à 22hr. C'est quelqu'un qui est vachement à l'écoute. Moi je sais que s'il m'arrive quoi que ce soit à l'étranger, je peux compter sur lui. Il trouvera une solution pour pouvoir aider de médecin à médecin. Entre médecins, on trouve toujours un arrangement. Honnêtement, j'espère que ça sera le seul médecin que j'aurai. Et ça serait peut-être le plus gros problème, si je venais à déménager loin, c'est de retrouver quelqu'un comme lui.

Interviewer : Globalement, vous êtes satisfait... Il vous met à l'aise, il vous écoute...

M. T : Ah oui, il n'y a aucun souci, que ce soit pour moi ou ma famille. J'ai ma fille, elle a 16 ans, et ça devient un peu difficile... Il gère aussi.

Interviewer : C'est là, où il fait de la prévention peut-être?

M. T : Beaucoup. Par rapport à l'âge, pour quelqu'un de sexe féminin, c'est compliqué et...

Bon, on vient toujours avec elle, soit sa mère, soit moi... On alterne.

Interviewer : Oui...

M. T : Silence... Là, on vient, pour faire le plein, par rapport aux vacances aussi. Parce que là bas... Et le pire, c'est que les médecins tous des médecins qui ont fait leurs études ici.

Interviewer : Vous ne faites pas confiance aux médecins là-bas?

M. T : C'est pas au médecin, mais aux médicaments. Tous ce qu'on prend ici sur ordonnance, là-bas, c'est sans ordonnance... Et pourtant, c'est dangereux. Moi, j'ai vu quelqu'un là-bas prendre de la VENTOLINE®, quelqu'un lui ramenait la VENTOLINE®; il se pchittait pchittait, 15-20 fois dans la journée. Moi je sais que ça pose problème au niveau du rythme cardiaque. C'est pas bon!

Interviewer : Non.

M. T : Pourquoi, parce que le médecin ne le dit pas. Il n'y a pas besoin d'ordonnance, le seul truc sous ordonnance, c'est l'alcool à 90°, parce qu'on peut le mélanger...

Interviewer : Ah, je ne savais pas... Et il n'y aurait rien à changer dans la relation avec votre MT?

M. T : Non, rien du tout. Je sais que s'il part en retraite, le contact, il restera toujours.

Interviewer : Vous garderez un lien...

M. T : Ah oui, bien sûr, bien sûr. Je sais qu'il aime bien son travail, la manière d'agir la manière, de faire, donc il partira tard. Ne serait-ce qu'avec ses stagiaires, il faut voir comment il agit.

Interviewer : Et là, il y avait un stagiaire, ça vous a dérangé?

M. T : Moi ça m'a jamais jamais dérangé. C'est comme ça qu'il apprenne aussi. Il y a la discrétion, d'accord, mais il y a plus de secret entres médecins dans un sens. Même si c'est des stagiaires, c'est des futurs médecins, et pour apprendre, il faut voir. Lui il les laisse à l'aise, comme tout à l'heure, je me suis laissé examiner par le stagiaire. Moi j'ai pas besoin de me faire examiner par Dr T., parce qu'il sait pourquoi je suis venu. Lui il sait comment je suis, et si j'ai perdu 10 kilos, c'est là où il va se poser des questions. On espère le garder le plus longtemps possible...

Entretien avec Mr U, patient de M2 :

Interviewer : Vous avez quel âge?

M. U : 56 ans

Interviewer : Et vous êtes de quelle origine?

M. U : Algérienne...

Interviewer : Vous êtes arrivé en France en quelle année?

M. U : Je suis arrivé, et je suis reparti... J'ai passé mon bac en 1977 et après je suis revenu ici.

Interviewer : Vous êtes revenu en France en 1977?

M. U : Non, non... J'étais là jusqu'en septembre, après mon père m'a ramené, et après quand j'ai passé mon bac, je suis revenu tout seul.

Interviewer : Et vous aviez quel âge quand vous êtes revenu?

M. U : 18...

Interviewer : Et vous faites quoi comme métier?

M. T : Je suis gestionnaire technique du patrimoine de péage de Nancy.

Interviewer : Et vous êtes arrivés directement à Nancy?

M. T : Oui oui...

Interviewer : Et comment évaluez-vous votre état de santé?

M. T : Moi pour le moment, ça va. Je viens pour des médicaments, j'ai fait un infarctus en 2009. Il y a 5 ans... Depuis que je fume plus au fait, et depuis que je mange un petit peu... Je mange pas beaucoup d'agneau, je suis un régime et ça s'améliore, la preuve, ils m'ont enlevé le KARDEGIC®, ils m'ont enlevé beaucoup de médicaments. Je fais beaucoup de sport...

Interviewer : Et il est votre MT depuis quand?

M. U : Oh, depuis qu'il est sorti de la fac de médecine... C'est moi qui lui ai fait pratiquement ça clientèle...

Interviewer : D'accord (rires).

M. U : J'ai fait les campagnes électorales avec lui... J'étais avec le député C.M., mais bon, moi je suis musulman, et depuis qu'il on fait passé la loi «mariage pour tous», moi ça ça a mis un froid voilà...

Interviewer : D'accord. Et pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer?

M. U : Là, c'est juste parce que j'étais en accident de travail du 3 au 23 mars... Et l'arrêt médical initial, ça a été fait dans une clinique, à Gentilly, et je suis venue le voir, le 7 mars, et il m'a fait une prolongation du 7 au 14 mars, et après, il m'a refait une prolongation du 14 au 21, au 23 plutôt, et la reprise le 24 avec soins 1 mois, et il s'est trompé du 7 au 14, au lieu de mettre main gauche-main droite. La sécurité sociale, ils m'ont envoyé des papiers que je lui ai ramenés. Il a changé. Moi comme je suis fonctionnaire, je suis payé, mais l'organisme de péage n'a pas été payé. C'est pour ça, ils m'ont appelé, ils m'ont dit «M., on a pas été payé du 7 au 23», le médecin, il a pas envoyé ou je sais pas quoi. Voilà, moi j'ai été lui dire, il m'a sorti des photocopies, quand je les ai ramené à l'organisme, ça marche pas... Et je lui ai dit tu me

fais le duplicata, voilà les vrais, c'est-à-dire, des feuilles de soins normales, et avec ton cachet en haut... Il m'a fait les 4: du 7 au 14, du 14 au 23, la reprise du 24 avec soins, et la finale. Mais il les retrouve pas, voilà...

Interviewer : Ah oui... (rires).

M. U : Il les retrouve pas...

Interviewer : Oui, j'ai vu, il les a cherchés... Et que pensez-vous de l'échange avec votre MT?

M. U : Oh il le numéro de téléphone personnel, de la maison, de ma femme... Il a tout...

Interviewer : Il vous connaît très bien...

M. U : Ah oui, oui, oui... C'est un ami.

Interviewer : D'accord. Vous vous tutoyez?

M. U : Oui...

Interviewer : Parlez-moi des difficultés que vous pouvez rencontrer dans l'échange avec votre médecin traitant...

M. U : Ici?

Interviewer : Oui...

M. U : Non, il n'y a pas de difficulté. Euh, Dr T., c'est un diplomate. Vous savez, quand il a commencé, il a toujours euh..., de toute façon, il l'a toujours, Il a un bon cœur... Il a un bon cœur. Il ne fait pas de différence, il soigne les gens, je sais pas si on peut le dire, sans papiers. Il fait des actions, incroyables quoi... Il gère une association, il fait pas partie, mais il gère, il ramasse de l'argent... C'est un vrai médecin...

Interviewer Et c'est quoi «un vrai médecin»?

M. U : Et ben un médecin, c'est quelqu'un qui est humain. Parce que, je sais pas si c'est le serment de Socrate, mais quand tu es malade, on te demande pas d'où tu viens... Attention, j'ai fait médecine, hein (rires)...

Interviewer : Oui, c'est vrai...

M. U : Après mon bac, j'ai fait, euh ça s'appelle aide-médicale spécialisée, après mon bac, en Algérie. Après, ici, dans le temps j'ai voulu faire infirmier, j'ai travaillé à l' Hôpital Central, et ils m'ont dit d'aller à Metz, parce que l'école ici, elle était machinée... Et du coup j'ai changé complètement de voie... C'est pour ça je vous dis, il y a peu de médecins, qui ont une morale professionnelle de la médecine. Parce qu'il y a une morale professionnelle de médecine. Tout le long des études, je crois qu'on étudie une morale, ça amène à la fin à un serment, sans le savoir, sans qu'on y pense. Mais ils y en a...

Interviewer : Et pour vous votre médecin respecte le serment d'Hippocrate?

M. U : Oui, complètement.

Interviewer : Racontez-moi, la communication, comment ça se passe?

M. U : Ben bien, très bien.

Interviewer : D'accord. Et auriez-vous des propositions, pour améliorer la prise en charge?

M. U : Quelle prise en charge?

Interviewer : Médicale

M. U : Quand par exemple, il fait une demande de 100% en 2009, il la renouvelle... Là, c'est juste pour l'accident de travail, c'est la sécurité sociale qui a modifié son statut, d'habitude il envoie les photocopies pour prouver comme quoi main gauche-main droite, il rectifie au stylo, et il met son cachet, comme quoi je suis suivi par lui. Mais à la sécurité sociale comme il y a maintenant beaucoup d'escroqueries, euh, ils se méfient de tout, ils veulent les originaux. Ce que je reviens chercher demain.

Interviewer : Et l'examen clinique, ça se passe comment?

M. U : Normalement.

Interviewer : C'est-à-dire «normalement»?

M. U : Ben voilà, je rentre... Moi je viens tous les 3 mois pour renouveler les médicaments. Bon, voilà, j'arrive. Je prends rendez-vous, après, j'arrive, c'est mon tour, je rentre, on prend la tension, on m'examine, battements de cœur, si je suis essoufflé, si j'ai un autre problème... D'autres problème que le cœur...Il demande tout. Il va prendre la tension, il va me demander ce qui va, ce qui va pas, même au niveau psychologique, parce que ça fait partie de la vie quotidienne... Il me donne des conseils, quand on a besoin d'un conseil, des fois quand on est démoralisé... J'avais à un moment, un problème au boulot, un petit problème... Bon comme je suis venue pour une consultation normale, il m'a dit, ça se voit ça va pas. Il m'a dit tu laisses tombé, c'est rien ça.

Interviewer : Il vous a soutenu...

M. U : Voilà...

Interviewer : Donc pour vous il n'y aurait à améliorer... ça se passe comme vous le souhaitez?

M. U : Oui, avec Dr T. oui, tout le monde l'aime. Les gens y restent...

Interviewer : Et du délai d'attente, dans la salle d'attente...

M. U : Une consultation, n'est jamais déterminée quoi. C'est à dire on peut pas déterminer le temps d'une consultation. Parce qu'on vient pour une grippe, mais il y a peut-être autre chose. Donc euh, voilà...

Interviewer : Oui, on ne peut pas prévoir... Et ça peut prendre plus de temps...

M. U : Plus de temps et à la fin de la journée on se retrouve avec 2hr, 3hr... Des fois, c'est ça, les gens ils ont pris l'habitude... On est pas à INTERMARCHÉ® ou à AUCHAN®, dans une queue... On est chez le médecin, on est reposé, on est dans une salle d'attente, on lit, on pense où...

Interviewer : Et par rapport à la disponibilité de votre médecin...

M. U : Ben, il est disponible. Ben je suis venu moi vendredi pour les papiers, il m'a pris, tout de suite. Je lui ai expliqué et il m'a dit lundi tu viens... Et là il est plus de 21hr, aucun médecin consulte à cette heure ...

Interviewer : Et globalement vous êtes satisfaits de la relation avec votre médecin traitant?

M. U : Ah moi je suis satisfait, toujours!

Interviewer : Il vous met à l'aise?

M. U : Oui, oui. Il n'y a pas que moi de toute façon.

Interviewer : Et le temps d'écoute?

M. U : Si il est à l'écoute...

Interviewer : Et quand il y a un traitement que vous ne comprenez pas, avez-vous une gêne à lui demander?

M. U : Non, non pas du tout... Je lui demande.

Interviewer : Et pour voir un spécialiste...

M. U : C'est lui qui prend rendez-vous déjà (rires)...

Interviewer : Mais vous décidez tous les 2, ou...

M. U : Non, il sait que je dois voir le cardiologue, si j'oublie... Il me dit tu dois voir le cardiologue.

Interviewer : Et à Nancy, vous aviez consulté d'autres médecins généralistes?

M. U : Non, non...

Interviewer : Et que voulez-vous ajouter?

M. U : Ça passe automatiquement, il est bien avec tout le monde. Faudrait rester une journée ici pour voir son style de travail. Parce qu'il a tellement d'affinité avec les gens, même un

toxico, il est bien, il est là, il attend, «excusez-moi, je suis pas bien», et il passe...

Interviewer : Vous le laissez passer...

M. U : Oui, ou c'est lui qui parle à sa place. Vous savez, il a une diplomatie spéciale, c'est pas une diplomatie de... Je sais pas comment... C'est pas comme dans un magasin de fringues... Il y a autres choses, il y a de l'humanité, il y a des sentiments même, il y a beaucoup de choses... Tout le monde l'aime. J'ai été faire des campagnes avec lui pour les européennes, dans les H.L.M, j'étais à côté de lui... Et là, tu vois le médecin quoi... Il répond aux questions, en dehors de son travail...

Entretien avec Mme CC, patiente de M4 :

Interviewer : Quel âge avez-vous?

Mme CC : J'ai 26 ans

Interviewer : Vous êtes de quelle origine?

Mme CC : Marocaine

Interviewer : Vous - êtes née au Maroc?

Mme CC : Oui au Maroc, à Sidi Slimane.

Interviewer : C'est situé où ?

Mme CC : C'est pas loin de Rabat, de Casa (rires)...

Interviewer : Et vous êtes arrivés en France en quelle année ?

Mme CC : en 2004...

Interviewer : D'accord, donc ça fait 10 ans... Et vous êtes venu avec...

Mme CC : C'était dans le cadre d'un regroupement familial, mon papa était là depuis, euh, depuis avant 1983.

Interviewer : Ah oui... Et vous avez grandi au Maroc donc.

Mme CC : Oui, je suis arrivée à l'âge de 15 ans.

Interviewer : Et ce n'était pas trop difficile ?

Mme CC : Pour s'intégrer non pas du tout, on a retrouvé la famille. C'est mieux que de se retrouver toute seule. Sur ce point-là, je n'ai pas eu de difficulté. On a rejoint mon papa à Paris, et je suis à Nancy depuis le 04/05/2013, on va dire ça fait 1 an, j'ai rejoint mon mari.

Interviewer : Et vous travaillez?

Mme CC : Oui, je suis vendeuse dans le prêt à porter.

Interviewer : Et comment évaluez-vous votre état de santé : bon, moyen, mauvais ?

Mme CC : Moyen. On va dire moyen, j'ai quelques soucis au niveau de douleurs du dos, j'ai une sciatique depuis 4 ans environ... Donc on peut pas dire que je suis toujours en forme (rires)...

Interviewer : D'accord. Et il est votre médecin traitant depuis quand ?

Mme CC : Depuis 1 an, depuis que je suis arrivée à Nancy, c'est le MT de mon mari.

Interviewer : D'accord. Et pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer ?

Mme CC : (silence)... Je peux pas trop vous dire parce que c'est quelque chose d'intime. Je peux pas vous dire, désolée.

Interviewer : Il n'y a pas de problème. Alors pouvez-vous me parler de l'échange avec votre médecin traitant ?

Mme CC : Ben moi, ce que j'aime bien chez lui, c'est quelqu'un qui est ouvert, il est à l'écoute en même temps. Il ne met pas à la porte, ou cas où, genre... si euh... Il cherche à savoir ce que l'on a. On passe beaucoup de temps ensemble. C'est quelqu'un qui est ouvert, et ça j'apprécie beaucoup. Il prend le temps avec ses patients. J'ai jamais eu de souci avec lui, il m'écoute. Il répond à mes questions.

Interviewer : D'accord.

Mme CC : Moi si je rentre chez le médecin et que je vois qu'il n'y a pas d'échange, d'écoute avec le médecin, ça me donne pas envie de revenir chez lui.

Interviewer : D'accord. Et parlez-moi des difficultés, parfois, que vous pouvez rencontrer pour lui parler, pour lui poser des questions...

Mme CC : Moi personnellement j'ai jamais trouvé de difficulté.

Interviewer : Vous pouvez lui parler de tout sans gêne ou difficulté ?

Mme CC : Bon après, sauf si on a des choses intimes qu'on peut pas lui dire, parce que c'est un homme et que je suis une femme... Mais après je me dis que c'est un médecin, il est là pour faire son devoir, sans nous juger. J'essaie de lui parler, mais après si j'y arrive pas, je pense que j'irai voir une femme. Voilà (rires).

Interviewer : Quand vous ne comprenez pas un traitement...

Mme CC : Ben je lui demande, je ne prends pas quelque chose si je ne sais pas à quoi ça sert.

Interviewer : D'accord. Et parlez-moi de l'examen clinique...

Mme CC : J'ai jamais fait d'examen clinique, donc je peux pas vous dire... (rires)

Interviewer : Quand il vous examine, ça se passe comment ?

Mme CC : ça se passe correctement.

Interviewer : D'accord. Et quand vous dites que vous n'avez jamais fait d'examen clinique, vous voulez dire de radio (pour le dos par exemple).

Mme CC : Oui, c'est ça. J'en ai jamais eu besoin pour l'instant (rires)...

Interviewer : Et quand vous dites que « c'est un homme » et vous « une femme », vous parlez de votre pudeur... ?

Mme CC : Oui, c'est ça...

Interviewer : Et pour vous ausculter, ça se passe comment ?

Mme CC : Des fois, j'ai du mal. Et quand je vois que c'est quelque chose où je dois enlever mes vêtements, j'essaie d'aller voir une femme. Ici j'ai pas eu le besoin, mais à Paris, j'avais une médecin femme qui était mon médecin traitant.

Interviewer : D'accord, mais avec votre médecin traitant actuel ?

Mme CC : (rires), il essaie de faire le maximum de ce qu'il peut... Mais j'ai jamais enlevé le haut. Et il respecte ça et j'apprécie beaucoup.

Interviewer : Et par exemple quand il faut voir un spécialiste, ou faire une prise de sang, vous décidez ensemble ?

Mme CC : Par exemple, si je veux faire une prise de sang, et que je lui demande, il essaie de savoir pourquoi. Il m'explique si c'est utile ou pas. Il me donne des conseils, et s'il voit que je veux vraiment la faire, il me donne.

Interviewer : D'accord.

Mme CC : Vous savez quand on est malade, on pense qu'on a plus que ce qu'on a... (rires). On écoute les gens : «moi j'ai eu la même chose que toi, faut faire ci, faut faire ça » (rires), on écoute plus les autres que le professionnel...

Interviewer : C'est vrai que lorsqu'on regarde sur internet ou qu'on écoute les autres...

Mme CC : On est un peu plus perdu (rires) !

Interviewer : D'accord, et globalement quand vous souhaitez lui dire quelque chose...

Mme CC : Moi j'ai trouvé qu'il était ouvert, alors je peux le parler ouvertement, il n'y a pas de souci de ce côté-là.

Interviewer : D'accord. Et que pensez-vous de la prise en charge globale de votre médecin traitant ?

Mme CC : (silence), j'ai pas compris... (rires)

Interviewer : (rires). Par exemple, pour votre problème de dos, que pensez-vous de ce qu'il vous a proposé ?

Mme CC : Il essaie de trouver des solutions pour que j'améliore. Il me dit de faire du sport, mais quand on travaille... Il essaie de trouver des solutions, mais c'est moi aussi qui ... Je me donne pas à fond.

Interviewer : Vous n'écoutez pas ses conseils ?

Mme CC : (rires) voilà... Il y a des choses que je peux pas faire.

Interviewer : Y aurait-il des choses, des points à changer pour améliorer la relation, ou ça se passe comme vous le souhaitez ?

Mme CC : Moi personnellement, il n'y a rien à changer. Le plus ici, c'est sans rendez-vous, donc pas de problèmes par rapport au travail. Sur un coup de tête je passe. Il est toujours là, il est disponible.

C'est presque fini ?

Interviewer : Comme vous le souhaitez...

Mme CC : Encore quelques minutes alors, parce que je dois repartir, j'ai des choses à faire à la maison (rires)...

Interviewer : Merci. Et quelles seraient les points importants pour vous dans la relation avec votre médecin traitant.

Mme CC : Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? (rires)

Interviewer : Ce que vous voulez !

Mme CC : (rires) ... Alors pour moi personnellement un médecin, c'est qu'il doit répondre à

vos besoins, qu'il examine vraiment notre cas, qu'il vous donne un médicament

parce qu'on en a vraiment besoin, et pas pour nous faire partir. Vous voyez ce que je veux dire ?

Interviewer : En parlant de besoins, ou d'attentes, quelles sont vos attentes ?

Mme CC : Ben moi comme je vous ai dit, c'est plus la disponibilité, l'écoute et qu'il soit là pour nous. Le point qui me touche beaucoup moi, c'est l'écoute, et le respect des personnes.

Entretien avec M. II, patient de M4 :

Interviewer : Quel âge avez-vous ?

M. II : J'ai 40 ans.

Interviewer : Vous êtes né en France ?

M. II : Non, à Tizi-Ouzou, je suis arrivé en France en 2000.

Interviewer : Ça fait 14 ans. Et vous êtes venu pour travailler ?

M. II : Oui, au départ c'était pour travailler.

Interviewer : Et vous travaillez ?

M. II : Oui. Je suis chauffeur-routier.

Interviewer : Et vous avez de la famille à Nancy ?

M. II : Oui, ma femme, qui est née en France, et mes enfants.

Interviewer : D'accord. Et comment percevez-vous votre état de santé : bon, moyen ou mauvais ?

M. II : Ben très bon, on va dire. Y a pas de souci.

Interviewer : Et il est votre médecin traitant depuis quand ?

M. II : Depuis que je consulte. On va dire 10 ans.

Interviewer : Et pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer ?

M. II : Je suis venu par rapport à mon œil, il y a une inflammation ou je sais pas quoi. Je voulais poser la question au Docteur par rapport à ça, et c'est lui qui me pose la question. Je sais pas quoi lui répondre (rires). Il me dit « qu'est-ce qu'il vous arrive », je lui dis c'est pour mon œil et il me dit « ça vient de quoi ? », Si je savais ça vient de quoi... (rires). Il me pose des questions par rapport aux produits chimiques, j'ai pas utilisé de produits, j'ai rien changé, rien de nouveau. Je suis comme d'habitude, mais à chaque fois, là ça fait la troisième fois.

Interviewer : « La troisième fois »...

M. II : Ouais ... A chaque fois j'ai les yeux qui frottent. J'ai eu un orgelet à l'autre œil déjà, il y a 2 mois de ça. En quatre mois, ça fait 3 fois. Il m'a dit de bien noter tout ce que je faisais, si j'étais pas allergique à quelque chose. Même si je fais un plein d'essence, faut noter (rires).

Interviewer : Et vous pensez quoi de ce qu'il vous a dit ?

M. II : Moi je pense que c'est la pollution, je suis toute la journée sur la route, dans les bouillons, je frotte les yeux.

Interviewer : Et vous pensez quoi du traitement qu'il vous a donné ?

M. II : Il m'a donné des gouttes, on verra. Le premier traitement, ça n'a pas marché, j'ai été obligé d'aller aux urgences. J'avais un orgelet depuis 2 mois, et ils l'ont enlevé. Là on verra avec le traitement.

Interviewer : Et que pensez-vous de l'échange avec votre médecin traitant ?

M. II : Je trouve que ça dépend des périodes, je sais pas... on en parlait avec ma femme. Des fois je sais pas, on dirait qu'il est un peu pressé.

Des fois, on dirait qu'il est speed. Bon ça m'arrive de voir un autre médecin, même s'ils remboursent que 30%... Par exemple, pour mon œil, lui il m'a donné un traitement, ça n'a pas marché, j'ai été voir un autre médecin, et c'est lui qui m'a fait une lettre pour aller aux urgences. Vous voyez ce que je veux dire ?

Interviewer : Vous pensez qu'il ne prend pas son temps ?

M. II : Oui, c'est « à la va vite » des fois. L'autre médecin, il prend son temps, bon, c'est vrai, il a moins de monde. Moi j'ai déjà pensé à changer de médecin traitant par rapport à ça. Ça joue beaucoup.

Interviewer : c'est un problème pour vous ça ?

M. II : Oui. Oui, « vite fait » oui.

Interviewer : Et pour lui poser des questions ?

M. II : Ben je lui pose des questions... ça ça va.

Interviewer : Et par exemple, pour faire une prise de sang, voir un spécialiste, comment ça se passe ?

M. II : Je lui demande. C'est moi qui lui demande. Lui il propose pas. Quand je vais chez l'autre, comment dire, il nous aide... Des fois, on sait pas quoi prendre... Par exemple, j'ai des problèmes d'estomac, l'autre médecin, m'a donné un traitement, et il m'a fait une lettre pour le spécialiste, si ça passe pas avec le traitement. Je lui ai dit qu'au niveau de ma famille, il y a des problèmes d'ulcère, je sais pas si c'est héréditaire ou quoi... Il a pris le temps d'écrire la lettre. Vous voyez ce que je veux dire ?

Interviewer : Vous avez eu l'impression qu'il vous accordait plus de temps ?

M. II : (silence). Bon, il conseil. Et ça fait 3 fois que je vais voir l'autre, et à chaque fois il me fait un courrier si ça va pas. Et je préfère ça, ça rassure d'avoir la lettre et de voir le spécialiste si ça va pas.

Interviewer : D'accord. Et que pensez-vous de l'examen clinique ?

M. II : De ce qu'il m'a fait là tout de suite.

Interviewer : Oui.

M. II : Ben, il a juste regardé l'œil.

(Interruption par M4)

M. II : (rires). Ben c'était vite fait. Je pense à changer de médecin, parce que là il me rembourse que 5,6 euros quand je vais voir l'autre.

Interviewer : Et pour vous, qu'y aurait à changer pour améliorer la relation, la prise en charge ?

M. II : Ben de médecin traitant (rires).

Entretien avec Mme LL, patiente de M4 :

Interviewer : Quel âge avez-vous ?

Mme LL : J'ai 45 ans ;

Interviewer : Et de quelle origine êtes-vous ?

Mme LL : Algérienne.

Interviewer : Et vous êtes née...

Mme LL : à Alger même.

Interviewer : D'accord, et vous êtes arrivés en France à quel âge ?

Mme LL : Oh, c'était en 1972... J'avais 3 ans.

Interviewer : Vous avez grandi ici....

Mme LL: Oui, j'ai grandi ici.

Interviewer : Et vous travaillez ?

Mme LL : Oui, je suis éducatrice spécialisée. Je travaille auprès d'enfants déficients visuels.

Interviewer : D'accord. Et comment évaluez-vous votre état de santé : Bon, moyen...

Mme LL : Oh, très mauvais. J'ai pas mal de soucis de santé, j'ai une sclérose en plaque, c'est pour ça que je dis très mauvais.

Interviewer : (silence). Oui... Et il est votre médecin traitant depuis quand ?

Mme LL : Euh, ben déjà quand j'étais étudiante, je crois que ça va faire pas loin de vingt ans maintenant.

Interviewer : Il vous connaît bien ?

Mme LL : Oui, exactement, j'ai pas besoin de tout réexpliquer, j'ai pas besoin de refaire des examens, là il a tout à dipso, c'est plus facile pour la poursuite du traitement.

Interviewer : Oui. Et pouvez-vous me raconter la consultation qui vient de se passer.

Mme LL : Oui. Alors là c'est le début d'année, c'est juste par rapport à un certificat médical sportif.

Interviewer : D'accord. Et pouvez-me parler de l'échange avec votre médecin traitant ?

Mme LL : Ah, c'est des bons rapports il me connaît bien, et là, je dirais qu'on est sur des rapports amicaux. Il a vu grandir ma fille, il m'a suivi pendant ma grossesse... Il me suit depuis plus de vingt ans.

Interviewer : Et pouvez-vous me parler, des difficultés que vous rencontrés, que vous auriez pu rencontrer avec votre médecin traitant ?

Mme LL : Ben du coup, pas du tout, je me sens à l'aise et en totale confiance avec lui. Je veux dire, dès qu'il y a le moindre problème, je viens le voir, avant de voir un spécialiste.

Interviewer : Et justement, avant de voir un spécialiste, ou faire un examen complémentaire, comment ça se passe ?

Mme LL : Tout dépend des circonstances, c'est vrai que quand il a besoin d'éléments supplé-

mentaires, c'est lui qui va me donner une ordonnance pour voir un spécialiste ou faire une prise de sang ou une radio ou je ne sais encore quel examen complémentaire. Bon, par rapport à certains traitements, du fait que je fasse de l'allergie, je le tiens ou courant des choses, on en parle énormément avant de prendre une décision.

Interviewer : D'accord. Et parlez-moi de la prise en charge de votre médecin.

Mme LL : Bon vous avez le médecin traitant, après quand on est hospitalisé, c'est pas toujours évident de récupérer les données, les comptes rendus, donc pour le suivi, c'est pas toujours évident. Il y a un grand clivage entre le milieu hospitalier et le médecin traitant... C'est difficile de converser de façon facile et saine avec le milieu hospitalier. C'est différent avec le médecin traitant, il est très accessible, il explique bien.

Interviewer : D'accord, et que pensez-vous de l'examen clinique ?

Mme LL : J'ai rien à redire, il fait son boulot. Si j'étais pas contente j'aurais changé...

Interviewer : D'accord. Et y aurait-il des points à changer, à revoir avec votre médecin traitant ou ça se passe comme vous souhaitez ?

Mme LL : En ce qui me concerne, ça se passe vraiment comme je le souhaite.

Interviewer : Et comment vous souhaitez que ça se passe ?

Mme LL : Et bien qu'il y est un échange clair, que les choses soient dites clairement, s'il j'ai des questions à poser que je puisse les poser, si je ne suis contre un traitement qu'il ne s'of-fusque pas, qu'il tienne compte de mon avis. Et bien, ça se passe comme ça avec lui, ça se passe très bien.

Interviewer : Parlez-moi de l'écoute...

Mme LL : Ben justement, il prend le temps. Comme là, je lui ai dit je vais faire vite « non, non, on va prendre le temps ». Chaque fois qu'on est venu, on a eu notre consultation... Il prend vraiment le temps d'écouter, il reprend le dossier, les antécédents, voire si je ne fais pas des allergies.

Interviewer : D'accord, et parlez-moi de la disponibilité de votre médecin traitant.

Mme LL : Il est très disponible je trouve, il est ouvert toute la semaine et c'est en consultation libre. Et puis, on peut toujours le joindre par téléphone.

Interviewer : D'accord. Et parlez-moi des gênes ou des craintes...

Mme LL : Oh, vous savez à mon âge... (rires) ? Vous savez c'est surtout une question de confiance. Quand on ne se sent pas juger, qu'on a pas de regard qui vous juge, qui vous observe... Moi j'ai souvenir d'un gynéco, quand je suis ressortie de là, j'étais pas, j'étais pas à l'aise hein... Il y a une manière de faire qui... Bon, heureusement parfois, qu'on est pas tenu à suivre le même médecin. Moi je pense que c'est le premier contact qu'on peut avoir avec le médecin qui est important.

Interviewer : Et selon qu'y a-t-il d'important lors de ce premier contact ?

Mme LL : La prise en considération de ce que la personne est. C'est une manière de faire qui ne mette pas mal à l'aise l'individu.

Interviewer : Oui.

Mme LL : Oui, d'ailleurs j'ai déménagé, j'ai essayé d'autres médecins, mais je suis revenue vers lui, parce qu'il me connaît.

Interviewer : Et quels sont les points importants pour vous, dans la relation avec votre médecin traitant ?

Mme LL : Je dirai cette relation de confiance, cette écoute. Et puis je dirai qu'après, le médecin traitant fait partie de la famille. Par exemple, moi je lui amène ma fille, qui rentre dans l'adolescence, donc je sais qu'il y a des choses qu'il peut amorcer avec elle.

Interviewer : Comme la prévention...

Mme LL : Oui.

Interviewer : Et auriez-vous autres choses à ajouter ?

Mme LL : Non, à part la relation de confiance, mais il faut du temps, ça s'instaure avec du temps. C'est primordial, c'est la base de toutes relations humaines je dirai.

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Les médecins généralistes sont amenés à voir des patients d'origines diverses, notamment des patients d'origine maghrébine (en effet, selon l'Insee en 2008, en France, les maghrébins représentent 30% de la population immigrés, et en Lorraine, un immigré sur quatre est d'origine maghrébine). Les représentations de la maladie, de la médecine et du système de soins sont spécifiques chez ces patients.

Méthodes : Dans cette étude qualitative nous avons interviewé 22 patientes maghrébines et 16 patients maghrébins afin d'explorer leurs attentes lors d'une consultation de médecine générale. Nous avons également évalué, selon différents critères, issus de la bibliographie nationale et internationale, la satisfaction de ces patients en consultation de médecine générale.

Résultats : Les attentes des patients immigrés maghrébins en consultation de médecine générale ne sont pas spécifiques, et la concordance ethnique entre le médecin généraliste et le patient maghrébin ne constitue pas un élément de satisfaction. Néanmoins, nous soulevons la problématique de certaines femmes maghrébines dont la pudeur limite l'expression de certains symptômes ou l'examen clinique.

Discussion : La salle d'attente du médecin généraliste est le reflet de l'évolution démographique et de la diversité socio-culturelle en France. Comprendre les spécificités culturelles, démo-socio-économiques et de santé des populations migrantes, plus généralement, semble nécessaire. Ceci permettrait d'améliorer la relation entre le patient migrant et le médecin généraliste et de limiter les incompréhensions de part et d'autre. Il serait alors souhaitable que l'enseignement des compétences médicales transculturelles en médecine générale se généralise.

TITRE EN ANGLAIS

The North-African patient and the French general practitioner

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS-CLÉS

Médecine générale, Immigrés maghrébins, Enquête qualitative, Satisfaction, Compétences médicales transculturelles.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
