



HAL
open science

Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs

Dupety Hélène, Hurpez Eva, Barbaroux Adriaan

► To cite this version:

Dupety Hélène, Hurpez Eva, Barbaroux Adriaan. Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs. *Le partenariat de soin avec le patient : analyses*, 2021, 3, pp.60-84. hal-03498141

HAL Id: hal-03498141

<https://hal.science/hal-03498141v1>

Submitted on 28 Oct 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs.

Implementation of the Electronic Health Record in the care of migrants in general medicine: representations of the main actors.

Hélène Dupety^{1,2}, Eva Hurpez^{1,2}, Adriaan Barbaroux^{1,2,3}.

¹ Université Côte d'Azur, RÉTINES, France

² Université Côte d'Azur, DERMG, France

³ Université Côte d'Azur, LAPCOS, France

Résumé

Contexte. L'utilisation du Dossier médical partagé (DMP) pourrait faciliter l'accompagnement des migrants mais son implémentation en France est laborieuse. **Objectif.** Explorer les représentations sur l'utilisation du DMP pour les migrants auprès des médecins généralistes et des migrants. **Méthode.** Étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés individuels et focus group réalisée entre avril et juillet 2020 avec échantillonnage en variation maximale. Les deux populations étaient recrutées et analysées indépendamment jusqu'à saturation des données. Une analyse inductive a été réalisée avec un double codage en aveugle. **Résultats.** Douze participants ont été recrutés dans chaque population. L'utilisation du DMP chez les migrants était considérée par les deux populations comme bénéfique mais difficile compte tenu des spécificités de la vie de migrant. Le DMP apparaît comme une solution pratique pour accéder aux données de santé des migrants et son accès mériterait d'être simplifié. Les éléments facilitants étaient l'implication des travailleurs sociaux, et l'intérêt de l'accès au DMP dès l'arrivée sur le territoire français. Les avis divergeaient sur l'impact qu'aurait le DMP sur la relation médecin-patient, spécifique aux migrants.

Conclusion. L'implémentation du DMP chez les migrants ne se fera pas sans les acteurs principaux. Leur avis est primordial pour ne pas multiplier les outils non adaptés aux patients qui en auraient le plus besoin. Impliquer les usagers de santé et professionnels de soins primaires est le seul moyen pour développer une approche partenariale.

Mots-clés: Dossier Médical Partagé, Migrants, Partenariat Patient, Médecine Générale, Soins Primaires, Etude Qualitative.

Abstract

Context. *The use of the Electronic health record (EHR) could facilitate the support of migrants but its implementation in France is laborious.*

Objective. *Explore the representations on the use of the EHR among migrants, with migrants and general practitioners.* **Method.** *Exploratory qualitative study by semi-structured individual interviews and focus group, carried out between April and July 2020 with sampling in maximum variation. The two populations were recruited and analyzed independently until data saturation. An inductive analysis was performed with double blind coding.* **Results.** *Twelve participants were recruited from each population. The use of the EHR among migrants was considered by both populations as beneficial but difficult according to the specificities of migrant life. The EHR appears to be a practical solution to access migrant health data but the access should be simplified. Thus, the facilitating elements were the involvement of social workers and the interest in accessing the EHR upon the arrival of the migrants on the French territory. Opinions differed on the impact that the EHR would have on the doctor-patient relationship, which is specific among migrants.* **Conclusion.** *The implementation of the EHR among migrants will not take place without the main actors. Their opinion is essential to avoid multiplying tools that are not adapted to the patients who need them the most. Involving healthcare users and primary care professionals is the only way to develop a partnership approach.*

Keywords : Electronic Health Records, Refugees, Patient Partnership, General Practice, Primary Care, Qualitative Study.

INTRODUCTION

Les conflits politiques entraînent une hausse continue de la migration estimée à 79,5 millions de personnes en 2019. On compte parmi elles 26 millions de réfugiés politiques et 4,2 millions de demandeurs d'asile (HCR, 2020). Le nombre de demandes d'asile en France en 2019 s'élève à 133 000, soit une augmentation de 7,4 % en un an (OFPRA, 2020). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est directement confrontée à la crise migratoire du fait de sa localisation frontalière et se place en quatrième position des régions d'accueil (Ploquin, 2019 ; ARS, 2018). Les migrants présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité (Spira, 2017) et leur santé est marquée par les pathologies chroniques, infectieuses et les troubles psychologiques (WHO, 2018). Un accès aux soins primaires est essentiel pour permettre une prise en compte globale mais les médecins généralistes (MG) rencontrent plusieurs difficultés. Barrière de la langue, difficultés administratives, impuissance en matière de prévention, méconnaissance de l'histoire migratoire et des besoins des migrants (Guillou, 2007) contribuent aux différences d'état de santé et de recours aux soins en défaveur des migrants récemment arrivés (Berchet, Jusot, 2012).

Le Dossier médical partagé (DMP) a pour objectif de faciliter le suivi, la continuité et la coordination des soins et la communication interprofessionnelle (CNAM, 2016). Les professionnels de santé, institutions et le patient peuvent l'alimenter.

La majorité des MG estime que le DMP permettrait une meilleure qualité des soins et qu'il améliorerait la communication entre confrères (El Matouat, 2018).

Les MG perçoivent son intérêt comme supérieur chez les populations vulnérables (Jego et al, 2018) et la Haute Autorité de santé (HAS) recommande son utilisation systématique chez les migrants (HAS, 2019). Pourtant, un an après sa généralisation en novembre 2018, seuls 8 millions de DMP ont été ouverts, 20% des généralistes l'alimentent et 46% le consultent (Auffray, 2019). Malgré les multiples relances du ministère, le DMP peine à se démocratiser au sein de l'hexagone pour de multiples raisons : mauvaises information et formation des médecins généralistes, confidentialité des données, utilisation chronophage de l'outil, accumulation de données non pertinentes (Enouf, 2016). Les délais d'obtention d'une carte vitale et la complexité des démarches administratives freinent son utilisation chez les migrants (Unafo, 2016).

La littérature montre donc l'intérêt du DMP chez les migrants mais son implantation dans la pratique est lente et difficile. L'implantation d'outils numériques en santé ne pouvant se faire sans l'acceptation et une motivation des acteurs centraux (Mezni et al, 2009), l'objectif de cette étude était d'analyser les représentations des migrants et des MG vis-à-vis du DMP.

METHODE

Cette étude qualitative exploratoire par analyse inductive a été conduite d'avril 2020 à juillet 2020 via des entretiens individuels successifs semi-directifs et un entretien en focus group afin de recueillir les représentations des médecins généralistes et des migrants sur l'utilisation du DMP. La rédaction de l'article était basée sur les critères COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (annexe 1).

Population et échantillonnage

Les deux populations étudiées étaient les MG et les migrants réfugiés ou demandeurs d'asile. Douze MG ont été inclus selon une méthode d'échantillonnage raisonnée en variation maximale par effet boule de neige. La diversité était recherchée sur les critères d'âge, le type de pratique, d'aisance avec le numérique, la fréquence d'utilisation du DMP et le degré de patientèle migrante ou précaire, selon des échelles de Likert en auto évaluation.

Douze migrants ont été inclus par la même méthode d'échantillonnage selon les critères d'âge, de nationalité, la durée de présence en France et leur statut de réfugié ou demandeur d'asile.

Pour des raisons de faisabilité, il a été décidé d'interroger uniquement des migrants ayant un niveau minimum de français A1 d'après le Cadre européen de référence pour les Langues (CECRL). Ils étaient recrutés par téléphone via les travailleurs sociaux des centres d'accueil (CADA Croix-Rouge et API Provence) ou via les MG. Les deux enquêtrices (EH et HD, internes en médecine générale) ne connaissaient pas les participants.

Recueil des données

Deux guides d'entretiens distincts, individuels, semi directifs, ont été élaborés à partir de la documentation existante. Les deux guides (annexes 2 et 3) exploraient les quatre axes suivants à partir de questions ouvertes : les représentations sur le DMP, les attentes, les craintes et les expériences vécues. Les entretiens ont été enregistrés intégralement, retranscrits mot pour mot, et n'ont pas été répétés. HD a mené les entretiens chez les MG par visioconférence ou en face à face. EH a mené les entretiens chez les migrants par téléphone ou en face à face. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire que deux entretiens consécutifs n'apportent aucune nouvelle information. L'analyse des verbatims par deux autres chercheurs (AB/HD ou AB/EH) confirmait la saturation.

Analyse des données

Les données ont été analysées par analyse inductive générale (Blais, Martineau, 2006).

Cette méthode permet d'émettre des hypothèses et était donc conforme à l'objectif exploratoire de ce travail. L'analyse a fait l'objet d'une triangulation afin de minimiser le biais d'interprétation : tous les entretiens ont été analysés deux fois (HD et EH). Le logiciel Nvivo a été utilisé pour la gestion et l'analyse des données.

Questions éthiques

Le projet a été soumis à l'avis du Comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles (CERNI). Son avis a été favorable (n° 2020-60). Une déclaration de conformité à la MR004 a été déposée (n°2217714v0). Les MG et migrants ont été informés que leur interview resterait confidentielle et anonymisée et qu'il était possible d'interrompre l'entretien. Un consentement écrit a été obtenu de chaque participant au début de l'entretien. Cet article est issu d'un travail de thèse et n'a reçu aucun financement.

RESULTATS

Pour analyser les représentations des migrants et des MG vis-à-vis du DMP, les verbatims ont été regroupés en grandes catégories conformément à la méthode de l'analyse inductive (figure I).

Figure 1 : Schéma récapitulatif des catégories ayant émergées des entretiens avec les médecins généralistes et les migrants.

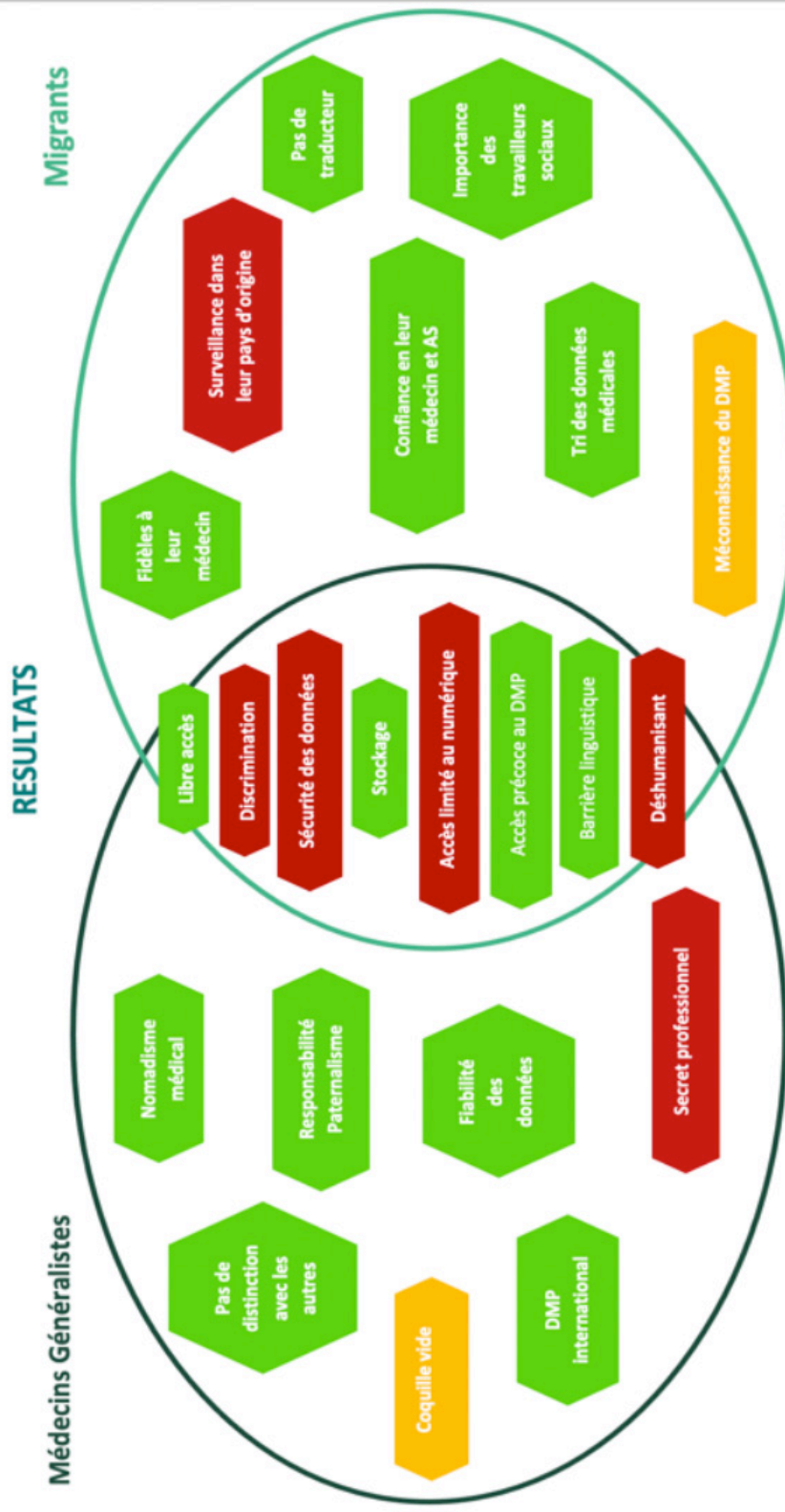


Figure 1 : Schéma récapitulatif des catégories ayant émergées des entretiens avec les médecins généralistes et les migrants. Les raisons motivant l'utilisation du DMP chez les migrants sont représentées en vert. Celles freinant son utilisation sont représentées en orange et rouge.

Les catégories ayant émergé étaient la spécificité de la vie de migrant, l'acceptabilité pratique du DMP, l'impact du DMP sur la relation médecin-patient et les facilitateurs à son utilisation.

Caractéristiques des participants

Six entretiens individuels et un entretien en focus group de six personnes ont été réalisés chez les migrants (deux non-réponses) ainsi que douze entretiens individuels chez les MG (25 non-réponses/refus). La suffisance des données a été obtenue par le focus group, validée par deux entretiens individuels chez les migrants, et au onzième entretien, validée par le douzième chez les MG. Les entretiens retranscrits ont été envoyés aux MG qui n'ont pas souhaité apporter de modification aux verbatims. Deux travailleuses sociales ont participé au focus group, toutes deux connaissaient le DMP (tableaux I et II).

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon médecin

Durée (min)	Sexe/ Age	Années d'exercice	Logiciel métier	Zone d'activité	Niveau d'aisance numérique *	Fréquence d'utilisation du DMP*	Degré de patientèle précaire/ migrant*
24	F32	3	Crossway	Semi-rural	Moyen	Jamais	Très peu
32	F53	23	Axisanté	Semi-rural	Moyen	Exceptionnel	Très peu
27	M41	13	Axisanté	Périurbain	Excellent	Fréquent	Peu
28	F30	3	Crossway	Urbain	Bon	Jamais	Peu
38	F52	22	Hellodoc	Urbain	Bon	Jamais	Moyen
25	F29	2	WEDA	Urbain	Bon	Exceptionnel	Important
31	M63	38	Medistory	Semi-rural	Excellent	Occasionnel	Très peu
30	F30	1	MLM	Rural	Bon	Exceptionnel	Moyen
50	M69	38	Hypermed/ Telemedica	Urbain	Excellent	Fréquent	Important
34	M64	33	Dossier papier	Urbain	Moyen	Jamais	Important
23	F34	6	Hellodoc	Périurbain	Excellent	Exceptionnel	Moyen
25	F58	28	Axisanté	Urbain	Moyen	Jamais	Important

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillon migrant

Recrutement	Durée (min)	Sexe /Age en années	Années en France	Statut	Nationalité	Connaissance du DMP
CADA	21	F43	1,5	DA	Ivoirienne	Non
CADA	20	M26	2	DA	Iraquienne	Non
MG	31	M65	33	Réfugié	Iranienne	Non
MG	25	F20	8	Réfugié	Maliennne	Non
API	19	F32	8	Réfugié	Tchéchène	Non
CADA	24	F37	2,5	DA	Russe	Non
FOCUS GROUP						
API	40	M67	30	Réfugié	Albanaise	Non
API	40	M47	3	Réfugié	Albanaise	Non
API	40	F49	3	Réfugié	Albanaise	Non
API	40	F33	2	Réfugié	Ukrainienne	Non
API	40	F40	8	Réfugié	Russe	Non
API	40	F48	2	Réfugié	Tchéchène	Non

API : Accompagnement Promotion Insertion, API Provence de Nice ; CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile, CADA Croix-Rouge de Châlons-en-Champagne ; DA : Demandeurs d'asile ; MG : Médecin Généraliste ; Mi : Migrant

Spécificité de la vie de migrant

Les participants ont évoqué des représentations et vécus spécifiques à la vie de migrant. Les MG percevaient le DMP comme utile chez les patients polyopathologiques, mais leurs représentations de l'état de santé des migrants différaient « C'est, par définition, des patients qui ont souvent des problèmes médicaux. » (Dr9) « En majorité c'est quand même des jeunes [...] ils n'ont pas beaucoup de pathologies. » (Dr12).

Pour les MG, le DMP favorisait le suivi des migrants, du fait de leur nomadisme médical et géographique « Le suivi est des fois plus compliqué. Le DMP ça pourrait nous permettre de pallier un peu à ça, à cette forme de nomadisme médical. » (Dr6). Les migrants verbalisaient au contraire une fidélité à leur médecin « Quand je suis malade [...], j'aime bien revenir chez le même médecin. » (Mi2).

Les MG évoquaient l'intégration de certaines données sensibles chez les migrants « J'ai une réfugiée Malienne qui a un antécédent d'excision, enfin c'est des trucs où c'est une galère de ré-évoquer cela avec dix mille personnes. » (Dr11).

Les migrants comme les MG ont évoqué le risque d'y voir figurer de fausses déclarations dans le but d'obtenir leurs droits « Ils peuvent mentir si cela leur permet d'avoir les papiers. » (Mi4) « Le jeune mineur que j'ai consulté en maison de l'enfance, 16 ans, il avait toutes ses dents de sagesse. » (Dr2).

La crainte sur la sécurité des données était largement représentée dans les deux populations.

Certains MG avaient peur que le DMP comporte des informations préjudiciables aux migrants « La question de sécurité du DMP serait plus importante pour un patient réfugié. [...] Je mettrais peu de données qui pourraient compromettre son statut. » (Dr2) « C'est le risque principal de ce type d'outil. Si on a un régime autoritaire, c'est un régime qui va s'intéresser de manière délétère aux étrangers donc pour eux c'est encore plus dangereux. » (Dr10).

Les migrants étaient inquiets de l'utilisation potentielle de leurs données à des fins commerciales ou discriminatoires « Il y a plein d'organismes qui seraient intéressés de voir mes informations. » (Mi3) « Pour une embauche, on peut faire de la discrimination au travail donc on se dit que c'est mieux de ne pas mettre telle ou telle information. » (Mi3) mais surtout sur la possibilité de surveillance dans leur pays d'origine « A cause de ce dossier c'est trop important, il ne peut pas cacher des choses qui ne doivent pas se savoir dans son pays. » (Mi6).

Malgré ces spécificités, les MG voulaient les prendre en charge comme les autres patients « Pour moi il n'y a pas de distinction dans la prise en charge, je ne vois pas de distinction à faire dans le DMP. » (Dr11).

Acceptabilité pratique du DMP

Tous les migrants interrogés méconnaissaient le DMP. Les MG l'assimilaient à une « coquille vide » (Dr3, Dr7) et le décrivaient comme « sous-utilisé » « Il n'y a pas encore beaucoup de médecins qui utilisent le DMP donc il n'y a pas encore beaucoup d'utilité. » (Dr3).

Les deux populations étudiées percevaient le stockage des données sur internet via le DMP comme pratique vis-à-vis de son libre accès « Jamais je ne pouvais imaginer que je pouvais gérer moi-même mon dossier ! » (Avec un ton étonné) (Mi3) « Dans l'urgence, s'ils ne sont pas capables de l'expliquer. De pouvoir y accéder un peu à n'importe quel moment. » (Dr8).

Pour les MG, le DMP assurait une fiabilité des données « Pouvoir mieux soigner la personne grâce à la conservation de ses données médicales pertinentes, ça c'est formidable. » (Dr7).

Les migrants voyaient dans le DMP une réponse au stockage papier, jugé trop encombrant, « Mon gros classeur, [...] c'est lourd, ça prend de la place » (Mi1), source de perte et dont le tri était difficile « on ne sait pas ce qu'il faut conserver, ce qu'il ne faut pas conserver. » (Mi1).

En revanche, cet aspect pratique du DMP était limité par un accès restreint au numérique « Il y a des personnes qui n'utilisent pas internet ou ne comprennent pas les sites en français. » (Mi6) « ils n'ont pas forcément accès à un scanner [...] pour déposer des choses. » (Dr4).

Les MG avaient bien conscience des difficultés rencontrées par les patients « Souvent ils vivent dans une forme de précarité, donc peut être une moindre attention à leurs affaires, un compte rendu perdu ou un dossier qu'on a oublié de prendre. Avec le DMP il n'y a rien de perdu tout est là! » (Dr7).

L'impact du DMP sur la relation médecin/patient

Les deux populations considéraient le DMP comme support face à la barrière linguistique. Chez les migrants interrogés, le DMP était également appréhendé comme pouvant être le support des explications du médecin « Avec le handicap de la langue au moins c'est transparent, c'est plus limpide. » (Mi4). Mais surtout, le DMP permettrait de se passer de traducteur et du coût que cela occasionnerait. « Ça serait bien le dossier sur internet car les albanais ils ont eu beaucoup de problèmes avec les traducteurs du CADA. » (Mi8) « Souvent le traducteur il est payant chez le médecin. » (Mi7).

Le DMP était parfois considéré comme un frein à la relation médecin-patient pouvant déshumaniser la relation « Attention à ne pas pianoter tout le temps devant le patient, afin de permettre au patient de s'exprimer sans obstacle, sans frein » (Dr10) « C'est une autre façon de contact et ça fait disparaître le lien [...] Je ne veux pas que cette humanité disparaisse à cause de tous ces outils. » (Mi3).

Les MG percevaient une grande responsabilité vis à vis de l'utilisation du DMP « Si c'est nous [...] qui rentrons le certificat médical dans le DMP, ils vont penser que c'est forcément bien mais ça peut les desservir. » (Dr12). Et les migrants avaient confiance en leurs médecins traitants et leur assistante sociale, « C'est important qu'il sache tout de nous. Donc il peut rentrer dans le dossier il n'y a pas de problème. » (Mi7) « L'assistante sociale c'est confiance totale ! Elle connaît tout sur moi. » (Mi6).

Facilitateurs

Les priorités des migrants étaient axées sur d'autres besoins fondamentaux que celui de la santé « Déjà Ameli.fr ça leur passe au-dessus, ils ont et on a autre chose à penser » (Travailleur social lors du focus group, approuvé par des hochements de tête des migrants) « Leur santé ce n'est pas leur priorité. Leur priorité c'est d'être déjà reconnus comme tel je pense. » (Dr12).

Les migrants reconnaissaient l'importance des travailleurs sociaux « C'est très important que l'assistante sociale aide pour utiliser, qu'elle explique tout. » (Mi6).

Mais cela soulevait la problématique de leur accès et de leur formation au DMP « C'est vrai que comme c'est assez personnel, il faut nous laisser dans ce cas, avoir accès aux données médicales. » (Travailleur social du focus group). Des MG y étaient opposés, considérant le secret médical comme priorité « L'ouverture du DMP aux travailleurs sociaux ne me semble pas être une bonne chose, ça me chiffonne beaucoup. » (Dr9).

Les participants ressentaient un besoin de formation, d'information et de recul sur l'outil « J'attends surtout de le connaître oui, d'avoir plus de connaissances sur cet outil que je ne connais pas du tout. » (Mi3) « Il faudrait faire des sortes de permanence de la part de la CPAM dans les quartiers pour recevoir les familles, les former à utiliser l'outil. » (Travailleur social du focus group, murmure d'approbation des migrants).

La plupart des participants jugeaient nécessaire l'ouverture d'un DMP dès l'arrivée des migrants sur le territoire, ainsi qu'un DMP international « L'utilité du DMP c'est de suivre les patients qui sont difficiles à suivre. Et c'est justement chez ceux-là que ce n'est pas possible. » (Dr9, en haussant le ton) « Dès qu'on arrive ce serait mieux car c'est là où le problème de la langue est plus difficile. » (Mi11) « Il faudrait même un DMP à plus grande échelle chez ces patients ! A l'international parce qu'ils bougent ! » (Dr6).

DISCUSSION

Résultats principaux

Les deux populations étaient favorables à l'utilisation du DMP chez les migrants car il permettait de pallier la barrière linguistique et assurait une fiabilité des informations médicales. La praticité du DMP vis-à-vis du libre accès et du stockage papier ressortait. Le DMP était pourtant difficilement utilisable en l'état. Il existait un désir d'amélioration de l'outil.

Les MG soulevaient le risque d'une utilisation préjudiciable pouvant entraver les démarches des migrants ou occasionner des discriminations.

Les deux populations soulignaient des modes d'accès au DMP contraignantes (aide nécessaire, accès internet limité, non accessible aux demandeurs d'asile). Ils craignaient l'utilisation des données personnelles à des fins commerciales ou par le pays d'origine.

Forces et limites

L'originalité de ce travail réside dans l'étude synchrone des deux acteurs principaux en jeu dans l'implémentation du DMP chez les migrants. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une étude s'attache à recueillir les représentations des migrants sur le DMP.

La méthode par analyse inductive permet de faire émerger des hypothèses, ce qui est cohérent avec l'objectif exploratoire de ce travail. Le double codage des données en aveugle a permis de limiter le biais d'interprétation. Le Focus group instaurait un climat de confiance favorisé par la présence des travailleurs sociaux.

Un biais de désidérabilité sociale a été observé chez les migrants qui paraissaient incommodés de critiquer un outil de santé face à l'enquêteur médecin. Les sujets intimes comme le parcours migratoire étaient difficiles à aborder d'autant que certains migrants avaient des difficultés d'expression en français. Les migrants interrogés parlaient français et étaient donc probablement mieux intégrés que l'ensemble des migrants.

Vers un DMP adapté aux migrants ?

Ces données confirment l'utilité d'un dossier médical numérique géré par et pour les migrants, ce qui est cohérent avec les données de la littérature (Chiesa et al, 2019). Plusieurs pays ont commencé à numériser les dossiers de santé des migrants comme le Liban (Saleh et al, 2019) et l'Allemagne.

Ces dossiers de santé électroniques (DSE) créés spécifiquement pour les populations migrantes intègrent des outils de traduction. Toutefois, nos données montrent un réel besoin d'uniformisation des supports numériques et créer des DSE spécifiques aux migrants pose un problème d'interopérabilité. Ces DSE spécifiques pourraient être vécus comme stigmatisants.

Pour améliorer l'accompagnement des migrants, le DMP devra s'adapter à cette population tout en s'inspirant des projets déjà réalisés dans d'autres pays.

L'acceptabilité du DMP doit passer par une réassurance sur la cybersécurité

Les MG et les migrants étaient inquiets de la sécurité des données et voyaient les migrants comme une population vulnérable à ce sujet. Cette question est peu étudiée. L'étude PRICARE (Jahn et al. 2018) évaluait l'acceptation de l'outil par les médecins sans les questionner sur leur point de vue concernant la sécurité des données.

D'autant plus que le déploiement du *Health Data Hub* inquiète les usagers sur la cybersécurité, et notamment la possibilité d'accès aux données par d'autres pays (Mamzer et al, 2019)²¹.

À la lumière de notre étude, il nous semble impératif d'évaluer les craintes sur le traitement des données par le prisme des deux populations. Le DMP doit faire ses preuves sur ce point car c'est actuellement une limite à son utilisation chez cette population.

Pistes d'amélioration de l'accès au DMP pour les migrants

Notre étude montre une réelle envie d'impliquer les travailleurs sociaux dans le développement des DMP chez les migrants tout en respectant le secret médical. Le projet « Ma santé 2022 » souhaite étendre l'accès au DMP aux non professionnels de santé du secteur médico-social. Il serait intéressant de voir dans quelles mesures les structures d'accueil des migrants pourraient accéder et alimenter le DMP dans un cadre législatif bien défini. Ce projet pourrait faciliter l'accès au DMP par les migrants. « Ma santé 2022 » propose également le déploiement de l'« Espace Numérique de Santé » pour impliquer le patient dans la gestion de ses données de santé. Des outils d'accompagnements spécifiques doivent être étudiés pour limiter le risque d'exclusion des migrants. La principale exclusion reste la difficulté à obtenir une carte vitale qui reste une condition sine qua non pour l'ouverture du DMP.

Malgré les limites du DMP, les MG et les migrants plébiscitent son usage pour le suivi et la coordination des soins des migrants.

Ces résultats concordent avec la recommandation de la HAS sur l'usage systématique du DMP chez les migrants¹².

Il est regrettable que l'accès au DMP dépende de la carte vitale, elle-même conditionnée à l'obtention du statut de réfugié dont le délai est au minimum de cinq mois et en moyenne un an².

Ces données issues du terrain rappellent l'importance de la concertation avec les acteurs principaux avant d'implémenter des outils numériques. Le risque serait de multiplier des outils (DUI, Ameli, DMP, ENS...) non adaptés aux patients qui en auraient le plus besoin (demandeur d'asile à leur arrivée ou au début de leur parcours migratoire). Impliquer les usagers de santé et professionnels de soins primaires (MG, pharmaciens et travailleurs sociaux) est le seul moyen pour développer une approche partenariale. Le pire des scénarii serait de rester dans un système pyramidal où les principaux acteurs se voient proposer des outils vécus comme des « coquilles vides » malgré des investissements massifs d'argent public.

BIBLIOGRAPHIE

ARS (2018), Agence régionale de santé. *Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, 2018-2023.*

Auffray C. (2019). Dossier médical partagé : 1 an et 8 millions de DMP ouverts [Internet]. La Revue du Digital. Disponible sur: <https://www.larevuedudigital.com/dossier-medical-partage-un-an-et-8-millions-de-dmp-ouverts/> [consulté le 13/01/2020].

Berchet C, Jusot F. (2012). « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature ». *J Pédiatrie Puériculture*. avril; 25(2): pp.120-125.

Blais M, Martineau S. (2006). « L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes ». *Recherche Qualitative*. 1 janvier, p.26.

Chiesa V, Chiarenza A, Mosca D, Rechel B. (2019). "Health records for migrants and refugees: A systematic review". *Health Policy*. Septembre ;123(9): pp.888-900.

CNAM. Conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/cgu> [consulté le 4 décembre 2021].

El Matouat A. (2018). *Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne*. Thèse de médecine : Université Bretagne Loire, 2018. dumas-02140314. 59.

Enouf S. (2016). *Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé: enquête auprès des médecins généralistes de la Manche*. Thèse de médecine : Université de Caen Normandie.

Guillou AY. (2007). Patients immigrés dans la région Rennaise : Le regard des médecins généralistes. [Internet], mars p. 49. Disponible sur: http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf [consulté le 9/12/2019].

Haute Autorité de santé. (2019). Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2867210/fr/rattrapage-vaccinal-en-situation-de-statut-vaccinal-incomplet-inconnu-ou-incomplètement-connu-en-population-générale-et-chez-les-migrants-primo-arrivants [consulté le 6/12/2021].

HCR - L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés - Aperçu statistique [Internet]. UNHCR. 2020. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr/fr/aperçu-statistique.html> [consulté le 3/06/2020].

Jahn, R., Ziegler, S., Nöst, S. et al. (2018). "Early evaluation of experiences of health care providers in reception centers with a patient-held personal health record for asylum seekers: a multi-sited qualitative study in a German federal state". *Global Health*, pp.14, 71.

Jego M, Gentile G, Giusiano B, Sambuc R, Balique H, Gentile S. (2018). « Prise en charge des personnes sans chez-soi: intérêt du dossier médical partagé? » *Sante Publique (Bucur)*. 7 août; Vol. 30(2), pp.233-242.

Mamzer M-F, Paris N, Parrot A. (2019). « L'exploitation de données de santé sur une plate-forme de Microsoft expose à des risques multiples ». *Le Monde.fr* [Internet]. 10 décembre ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/12/10/l-exploitation-de-donnees-de-sante-sur-une-plate-forme-de-microsoft-expose-a-des-risques-multiples_6022274_3232.html [consulté le 13/08/2020].

Mezni H, Gagnon M-P, Duplantie J. (2009). « Étude des déterminants individuels de l'adoption du dossier de santé électronique du Québec ». *Prat Organ Soins*. 2009; Vol. 40(2): pp.125-131.

OFPPA. Rapport d'activité de l'OFPPA 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2019.pdf [consulté le 16/07/2020].

Ploquin J, DL. Forum refugiees-Cosi : Etat des lieux de l'asile en France et en Europe-Edition 2019 [Internet]. Report No: N°ISSN 1766-8662. Disponible sur: https://www.forumrefugies.org/images/s-informer/publications/rapports/rapport-annuel-asile/Forum_refugiees-Cosi_Etat_des_lieux_de_l_asile_en_France_et_en_Europe-Edition_2019.pdf [consulté le 2/02/2020].

Saleh S, El Arnaout N, Faulkner JR, Sayegh MH. (2019). "Sijilli: a mobile electronic health records system for refugees in low-resource settings". *Lancet Glob Health*. september;7(9):e1168-1169.

Spira A. (2017). « Précarité, pauvreté et santé ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. avril 2017; 201(4-6), pp. 567-87.

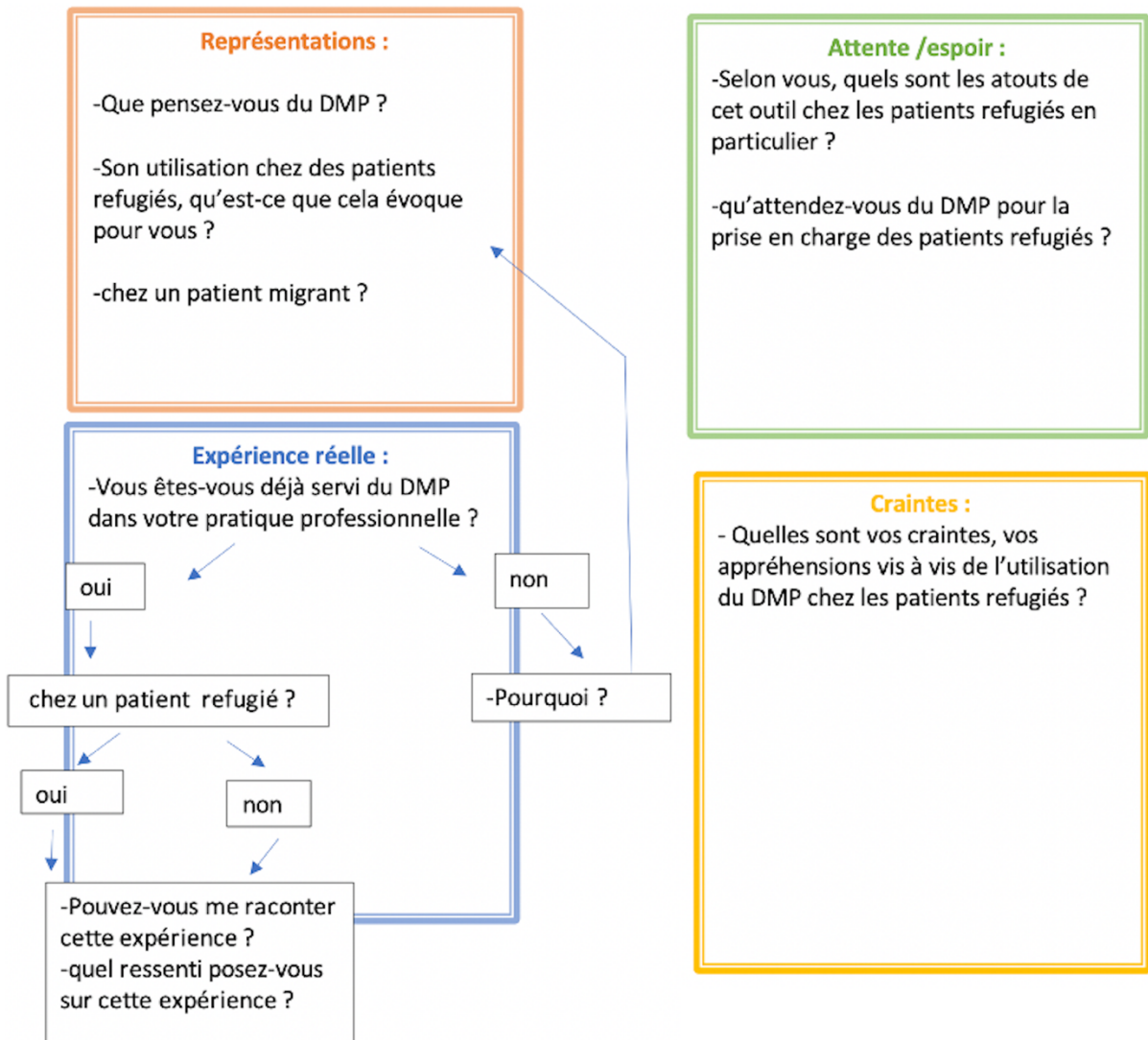
Unafo. (2016). La protection sociale des étrangers en France [Internet]. Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/unafo-analyse_juridique_protection-toweb.pdf [consulté le 2/02/2020].

World health organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018) [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018> [consulté le 18 août 2020].

Annexe 1 : Grille COREQ

Table I. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist		
No	Item	Paragraph
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Annexe 2 : guide d'entretien médecin



Annexe 3 :
Guide d'entretien migrants

