

CIME : Consultations et Interprétariat en Médecine générale

Bilan de santé en médecine générale pour les personnes migrantes

1 – Présentation du dispositif

Ce projet expérimental à destination des **personnes migrantes** arrivant sur le territoire consiste à faciliter leur prise en charge médicale en médecine générale. Ces personnes sont reçues dans le cabinet de médecins généralistes partenaires et un interprète professionnel (pour les personnes allophones) permet la réalisation de consultations où la compréhension et le consentement éclairé du patient sont recherchés. L'expérimentation impose que les personnes aient des **droits de santé ouverts**.

En pratique, des consultations sont proposées dans les cabinets des médecins partenaires sur des créneaux dédiés :

- Une première (C1) où le médecin généraliste partenaire propose de faire un bilan de santé complet (proposition de dépistages, mise à jour vaccinale, problématiques de santé mentale...)
- Une seconde (C2) avec le même médecin pour la remise des résultats des examens complémentaires qui auront été prescrits et réalisés
- Une consultation complémentaire (C3) si le médecin le juge pertinent

L'appui proposé par le dispositif CIME :

- En termes de logistique : organisation des consultations dans les cabinets, rappel des RDV, gestion de certains RDV de spécialistes dans les suites de la consultation...
- Par les médecins du RLG : avis médical, formations, analyse de pratique...

Le rôle pivot du Réseau Louis Guilloux

✓ **Secrétariat centralisé**

Le rôle du secrétariat centralisé va au-delà de l'organisation des consultations et de la transmission des informations. Il crée le lien avec les structures sociales, les médecins généralistes partenaires et les patients. Il est régulièrement sollicité pour des questionnements sur certaines situations complexes afin d'apporter un soutien organisationnel et/ou médical (problématique médicale transmise au médecin coordinateur).

✓ **Appui médical**

Les médecins de CIME peuvent à tout moment faire appel aux médecins du RLG pour toute question relative à la prise en charge de leurs patients intégrés dans l'expérimentation par messagerie sécurisée ou par téléphone. Un groupe d'analyse de pratiques (GAP) incluant les médecins du RLG, de CIME et du DATASAM se réunit plusieurs fois par an pour discuter des cas cliniques complexes et des formations « Migration et Santé » sont proposées dans le cadre des dispositifs CIME/DATASAM.

✓ **Interprétariat**

Organisation de consultations avec un interprète médico-social (avec les interprètes du RLG, d'ISM Lyon, ou d'ISM Paris).

2- Les chiffres de 2024

Le déploiement de CIME en 2024

En 2024, la fin de l'expérimentation approchant nous n'avons pas souhaité continuer à développer CIME sur des nouveaux territoires. Nous avons tout de même continué le travail de proximité avec les médecins partenaires du dispositif et les structures sociales.

En parallèle, nous avons commencé à préparer la suite de l'expérimentation lors de différentes réunions avec la CNAM, l'ARS et les porteurs articles 51, de temps de travail avec le cabinet d'évaluation qui rédigeait le rapport final ainsi que lors de réunions plus opérationnelles avec les acteurs de notre territoire.

Les médecins partenaires

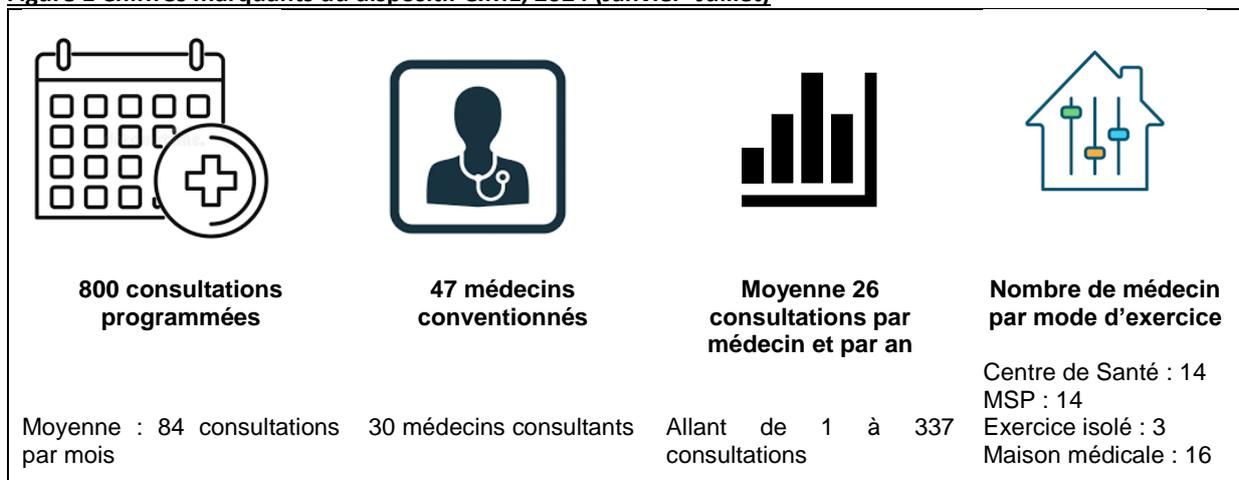
Depuis 2019, 47 médecins ont conventionné avec le Réseau Louis Guilloux. En 2024, à l'approche de la fin de l'expérimentation nous n'avons pas souhaité intégrer de nouveaux médecins dans le dispositif. 30 médecins ont réalisé des consultations en 2024 (contre 35 en 2023). Ceci peut s'expliquer par le fait que certains médecins ont changé de cabinets ou alors qu'il y a eu moins de demandes sur certains territoires. Plus de la moitié d'entre eux (17 médecins en 2024) ont leur lieu d'exercice à Rennes ; les autres médecins sont localisés au Rheu, Liffré (arrêt en court d'année), Guer, Martigné-Ferchaud, St Malo et Vern-sur-seiche.

Les profils des modes d'exercice des médecins sont variables allant de médecins exerçant en centre de santé, au sein de mode d'exercice coordonné telle qu'une maison de santé pluriprofessionnelle ou de maison médicale ou encore en exercice isolé. Le nombre de consultations par médecin varie de 1 à 337 consultations entre Janvier et Juillet 2024, avec une moyenne de 26 consultations/médecin. Cette différence importante du nombre de consultations s'explique à la fois par des territoires où il y a peu de demandes et par la disponibilité des médecins (créneaux fixes ou créneaux à la demande).

Cette année, nous avons continué à proposer des formations en collaboration avec l'équipe du DATASAM pour accompagner les professionnels de santé à l'accueil et la prise en charge des personnes migrantes. Depuis 2023 nous avons augmenté notre nombre de propositions de formation. Ainsi en 2024, 17 formations ont eu lieu en visioconférence et 6 Groupes d'Analyse de la Pratique ont été proposés.

Les consultations

Figure 1 Chiffres marquants du dispositif CIME, 2024 (Janvier- Juillet)



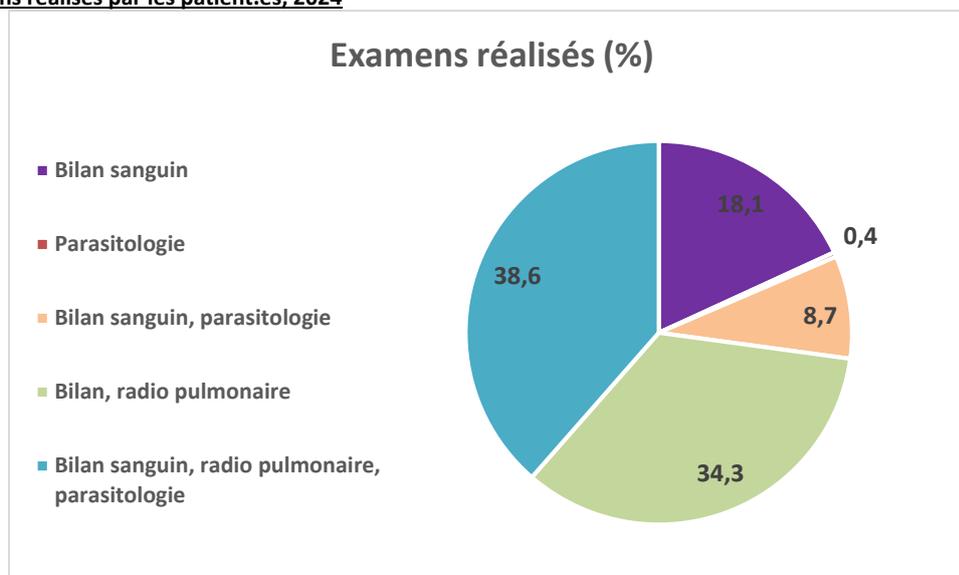
En 2024, il y a eu **800 consultations programmées** dont **585 honorées** (C1, C2 et C3 confondues) et **298** patients inclus (objectif d'inclusion = 280 inclusions).

Il y a eu 17% de consultations manquées et 10% de consultations annulées. Parmi ces consultations, la plupart ont été reprogrammées sauf en cas de rendez-vous médicaux plus rapides dans d'autres structures (et donc d'une sortie de l'expérimentation), de déménagement ou de non-adhésion au dispositif (manque d'intérêt des personnes).

Environ **13%** des patients ont été intégrés dans la patientèle « médecin traitant » des médecins en 2024. Ce chiffre peut sembler insuffisant mais il est à prendre en compte dans le contexte de l'expérimentation :

- L'expérimentation n'incitait pas les médecins à se déclarer comme médecin traitant. L'objectif de l'expérimentation était de permettre aux patients d'avoir un premier accès aux soins et de réaliser un bilan de santé.
- Le public suivi (en majorité en demande d'asile) est souvent amené à changer de territoire avant de se stabiliser géographiquement.
- La réticence des médecins à prendre les patients dans leurs patientèles vient aussi du fait qu'il n'y ait que 2 voire 3 consultations avec de l'interprétariat financé.

Graphique, Examens réalisés par les patient.es, 2024



Sur les 298 patients inclus dans le dispositif, **254** (85%) ont réalisé des examens suite à leurs consultations. 38,6% ont réalisé un bilan sanguin, une radio pulmonaire et une parasitologie, 34,3% ont réalisé un bilan sanguin et une radio pulmonaire, 18,1% un bilan sanguin, 8,7% un bilan sanguin et une parasitologie et 0,4% uniquement la parasitologie.

Concernant la mise à jour vaccinale elle a été réalisée pour 200 patients (soit 67%) et 65 patients ont été orientés vers des spécialistes (soit 22%).

Concernant la santé mentale, 22 demandes d'évaluation en santé mentale ont été envoyées au Centre de Santé Mentale (soit 7% des patients inclus).

Les structures ayant adressé les patient.es en 2024

La grande majorité des orientations de patients au sein du dispositif CIME est, cette année encore, réalisée par les travailleurs sociaux de structures accueillant des demandeurs d'asile. Nous avons constaté cette année une légère augmentation des orientations réalisées directement par les médecins au sein de leur cabinet.

Tableau structures et professionnels adressant les patients

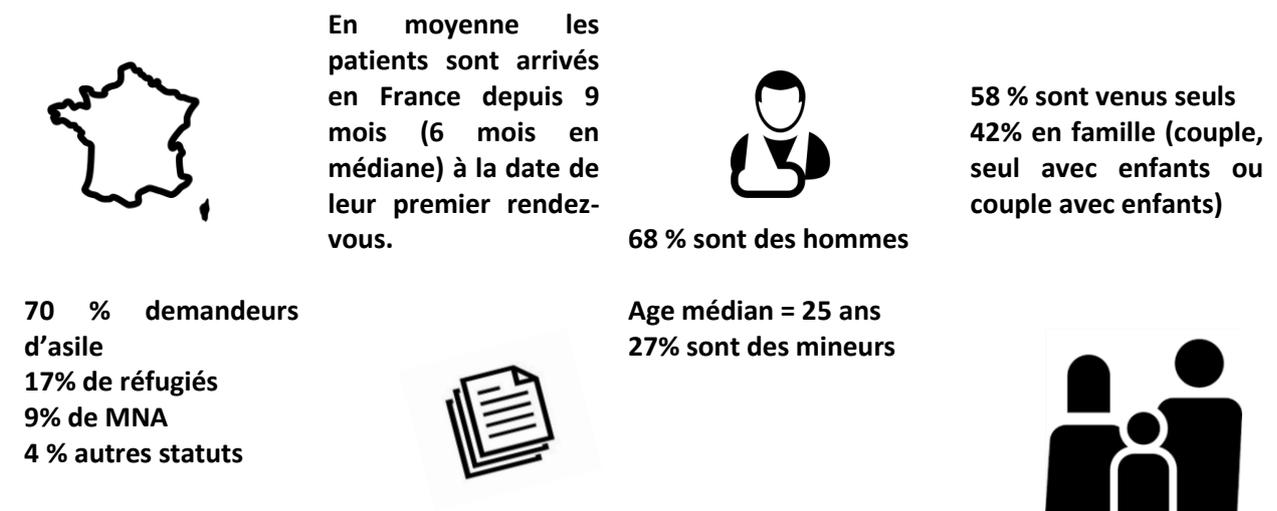
Type de structures	% Patients inclus
Structure d'accueil des demandeurs d'asile (SPADA, HUDA, CADA, PRADA, CPH)	75%
Médecins Généralistes	4%
Structures MNA	9%
CMLG	8%
Autres (associations, CPAM etc.)	4%

Les patient.es

En 2024, l'âge médian des 298 personnes incluses dans CIME est de 25 ans. Parmi elles, 27 % sont des mineurs (mineurs non accompagnés ou accompagnés par leurs familles) et 68 % sont de sexe masculin. Ils sont 70% de demandeurs d'asile, 9% de Mineurs Non Accompagnés, 17% de réfugiés, et 4% d'autres statuts.

58% des patients sont venus seuls et 42% en famille (seul avec enfants, couple, couple avec enfants).

Figure Données clés, profil des patients CIME, 2024



Interprétariat

79% des consultations ont fait l'objet d'une consultation avec interprète médico-social. Parmi ces consultations 39% ont été réalisées par le pôle interprétariat du RLG, 37% par ISM Lyon et 24% par ISM Paris.

Trente-quatre langues différentes sont représentées dans le dispositif. Les langues principales sont le français (21%), les langues afghanes (le dari ou le pachto) (18%), l'arabe (13%) et le bengali (7%).

Nous constatons une évolution des langues en fonction des arrivées sur le territoire. Pour exemple le géorgien représente en 2024 4% des langues parlées par les personnes intégrant CIME alors qu'il représentait 12% en 2023. De plus, cette année encore nous constatons le nombre important de francophones ayant intégré le dispositif ce qui nous montre l'intérêt d'avoir des consultations longues et des médecins formés même pour les personnes migrantes francophones.

Travail en réseau

Tout au long de l'année nous avons continué à travailler en réseau. Ainsi, nous avons organisé un colloque qui a réuni près de 400 personnes sur la thématique : « La prise en soins des patients exilé.es, une expertise à généraliser ? ». Lors de cette journée nous avons abordé les différents enjeux du public exilé et les modalités à mettre en œuvre pour impliquer l'ensemble des professionnels de santé. Un focus particulier a été fait sur l'implication de la médecine libérale.

D'autre part nous avons organisé des réunions avec différents partenaires afin de préparer la suite : rencontre des structures sociales adresses, rencontre avec les CPTS, et échanges réguliers avec les médecins.

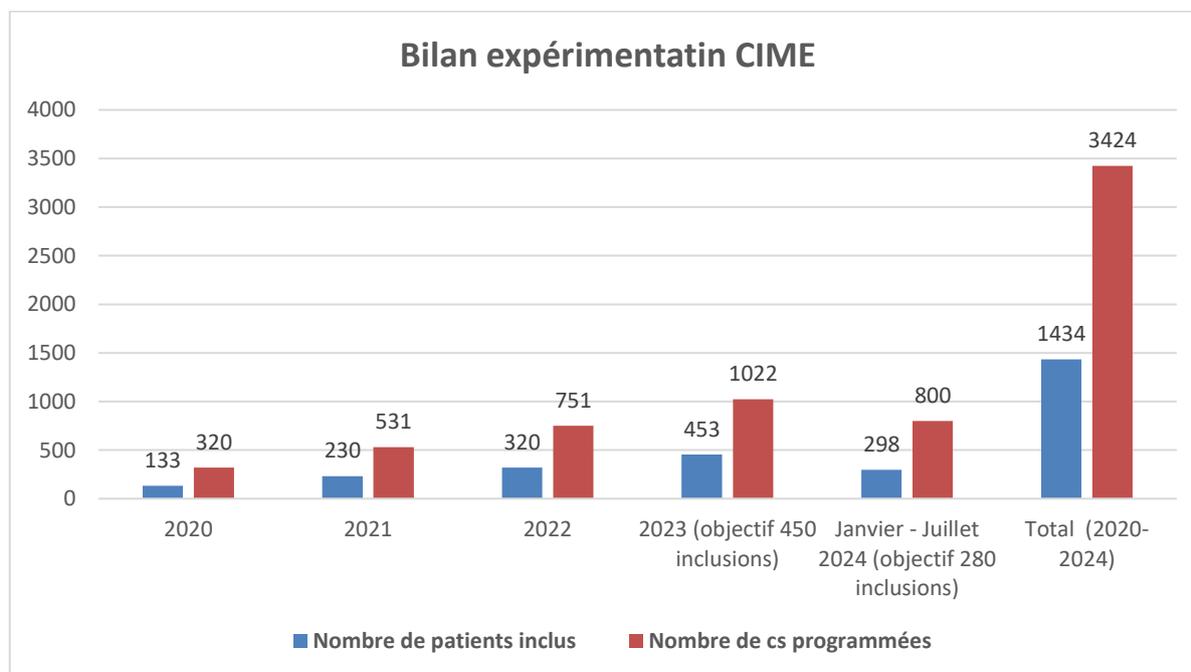
4 – Bilan de l'expérimentation et conclusion

Après cinq années de mise en œuvre, nous pouvons avancer les points suivants :

Le dispositif Consultation avec Interprétariat en Médecine générale, mis en place en Mars 2020 répond à un véritable besoin des patients migrants d'avoir accès à des consultations médicales longues avec interprète. Les patients interrogés lors de l'évaluation ont exprimé une satisfaction élevée, mettant en avant l'accès immédiat aux soins dès leur arrivée en France, la présence d'interprètes pendant les consultations, et une attention particulière de la part des médecins partenaires qui prennent le temps d'examiner leur historique médical et leur situation personnelle. La présence d'un interprète a été jugée indispensable par tous les patients, facilitant la communication et la compréhension entre eux et le médecin (cf. rapport final).

Ce dispositif a permis à **1434** personnes d'avoir accès à une première consultation avec interprétariat en médecine de ville et de programmer **3424** consultations avec **47** médecins partenaires.

Graphique, Patients inclus et consultations de l'expérimentation CIME, 2020-2024



Le succès d'un tel parcours de soins nécessite un accompagnement rapproché avec un secrétariat centralisé et la participation active des travailleurs sociaux quand il s'agit de personnes orientées par ces derniers.

D'autre part, l'appui en termes de formations et d'organisation semble satisfaire les médecins partenaires et les retours sont positifs quant au travail avec des interprètes médico-sociaux professionnels formés. La majoration en lien avec la longueur des consultations d'accueil avec interprète est aussi un atout pour mobiliser les médecins. Certains nous ont dit qu'il y avait un « avant » et un « après CIME » dans la prise en soins des personnes exilées.

Faits marquants

Ce qui a marché



- Montée croissante de l'inclusion de nouveaux patients dans le dispositif
- Mobilisation des partenaires tout au long de l'expérimentation
- Satisfaction des médecins du travail avec les interprètes et le secrétariat centralisé

Ce qui a moins bien marché



- Difficulté pour le cabinet d'évaluation d'avoir accès aux données nécessaires à l'évaluation car changement de logiciel et de coordination en cours
- Forfait patient sous évalué notamment le temps de secrétariat
- Question de devenir des patients suite au bilan prescrit

Les leviers



- Travail avec les différents partenaires (Médecins, structures sociales, CPTS, DAC, URPS etc.)
- Motivation des médecins partenaires et des structures sociales
- Travail avec le GCS e-santé pour développer un outil numérique plus adapté

Les freins



- Complexité de la population : mobilité, parcours de soin et prise en compte des besoins
- Difficultés à trouver suffisamment de médecins sur certains territoires dans un contexte de saturation de la médecine générale
- Difficultés croissantes dans l'accès aux droits de santé des exilés

La mise en œuvre de l'expérimentation a été réalisée dans un contexte particulier : crise sanitaire, mise en place d'un délai de carence pour l'ouverture de droits de santé qui empêche la prise en charge précoce des patients demandeurs d'asile et saturation de la médecine de ville. Pour se projeter dans une généralisation il était nécessaire de pondérer ces éléments contextuels : la crise sanitaire était terminée et le nombre plus important de médecins formés depuis 4 ans devait permettre une évolution de la démographie médicale favorable à la généralisation du projet.

Toutefois, la Commission Technique d'Innovation en Santé a fait le choix en Juillet 2024 de ne pas étendre l'expérimentation malgré sa pertinence. Le coût du dispositif a été un argument majeur, il aurait été toutefois possible à partir de la capitalisation des enseignements de cette expérimentation de proposer des évolutions adaptées pour construire un modèle plus efficient.

L'évaluation n'a pas permis de démontrer le bénéfice de ce parcours sur la consommation des soins (notamment un moindre recours aux urgences) car il n'y a pas eu la possibilité d'avoir accès aux données quantitatives le permettant contrairement à ce qui était prévu dans le cahier des charges de départ.

Cette évaluation aurait apporté des éléments venant étayer la pertinence ou non de ce dispositif. D'une manière plus générale, c'est un problème d'envergure nationale qui empêche l'objectivisation des bienfaits, reconnus, de la prévention.

Ce que l'on retient de l'expérimentation

- Importance d'une action de fond pour trouver des médecins et du lien avec les structures de coordination (URPS, CPTS, DAC etc.).
- Intérêt de proposer des formations et de l'appui médicale.
- Importance d'avoir un temps de consultation long et de l'interprétariat au moins lors des premières consultations.
- Permet de favoriser les rencontres entre médecins généralistes et structures sociales.
- Retours des patients positifs, permet un meilleur accès aux soins et à la prévention du public exilé.

5 – Perspectives sur la suite d'un dispositif

De Septembre à Décembre 2024 grâce à un financement de l'ARS Bretagne nous avons pu continuer à financer les postes de secrétariat et de coordination.

Durant cette période 13 médecins sont restés dans le dispositif sans la revalorisation des consultations médicales. **70** nouveaux patients ont été inclus et **114** consultations ont eu lieu (70 C1, 23 C2, 15 C3 et 6 C4).

Les orientations ont été réalisées par **20 structures différentes**, ce qui montre bien l'intérêt des structures adresses pour ce type de dispositif et leurs difficultés à faire des orientations en médecine de ville.

Cette période de transition nous a à la fois permis d'inclure des nouveaux patients mais aussi de :

- Faire une réunion avec les médecins et les travailleurs sociaux des différents territoires sur lequel était le dispositif tels que Rennes, Guer et le Rheu pour imaginer la suite sans l'appui du secrétariat centralisé du Réseau Louis Guilloux.
- Continuer les échanges avec l'ARS Bretagne et différents partenaires pour permettre le financement de l'interprétariat en médecine de ville.
- Présenter le bilan de notre expérimentation à la journée nationale des Article 51 le 28 Novembre 2024.

Durant cette période nous avons aussi constaté que l'expérimentation avait permis de créer un lien entre certains médecins et travailleurs sociaux qui devrait faciliter la poursuite d'un travail conjoint.

Ceci sera un atout pour que la pratique de l'interprétariat professionnel s'implante en médecine libérale lorsque l'ARS Bretagne mettra à disposition à l'échelle régional un accès à de l'interprétariat financé.