



HAL
open science

Ressenti des migrants sur leur état de santé au cours de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues

Emma Durecu

► To cite this version:

Emma Durecu. Ressenti des migrants sur leur état de santé au cours de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02652675

HAL Id: dumas-02652675

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02652675>

Submitted on 12 Jun 2020

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 - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Emma DURECU

LE 11/04/2019

TITRE

**RESSENTI DES MIGRANTS SUR LEUR ETAT DE SANTE AU COURS
DE LEUR PERIPLE JUSQU'EN FRANCE A TRAVERS L'EXPLORATION
DE LEURS EXPERIENCES VECUES**

Directeur de thèse : Dr Cyril JAUME

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL Professeur Universitaire - Médecine Générale

Assesseurs : Pr Gérard BOURREL Professeur Emérite

Dr Agnès OUDE-ENGBERINK Maitre de conférences des universités -
Médecine Générale

Dr Cyril JAUME Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Emma DURECU

LE 11/04/2019

TITRE

**RESSENTI DES MIGRANTS SUR LEUR ETAT DE SANTE AU COURS
DE LEUR PERIPLE JUSQU'EN FRANCE A TRAVERS L'EXPLORATION
DE LEURS EXPERIENCES VECUES**

Directeur de thèse : Dr Cyril JAUME

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL Professeur Universitaire - Médecine Générale

Assesseurs : Pr Gérard BOURREL Professeur Emérite

Dr Agnès OUDE-ENGBERINK Maitre de conférences des universités -
Médecine Générale

Dr Cyril JAUME

Docteur en médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORiot Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Héléne
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal - Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive
BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVASSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophthalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{ère} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline –Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Michel AMOUYAL, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre investissement dans la formation de la médecine générale à l'université de Montpellier.

Au Professeur Gérard BOURREL, merci de faire partie de mon jury. Je vous remercie pour votre aide en méthodologie et d'avoir accepté de me recevoir afin d'analyser ensemble les entretiens.

Au Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK, merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de m'avoir conseillée tout au long de cette thèse.

Au Docteur Cyril Jaume, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Vous m'avez soutenue tout au long du processus. Je vous remercie de votre disponibilité et d'avoir su par votre gentillesse et bienveillance me rassurer lorsque je perdais confiance.

A toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser cette thèse, le personnel de Médecin du Monde, le personnel des CADA, le Dr VAGNER, et bien sûr **tous les migrants** qui ont participé à l'étude et accepté de me raconter leurs histoires malgré la difficulté d'en parler.

A mes parents, il n'y a pas de mots pour dire à quel point je vous remercie de votre présence et de votre amour. Vous avez su créer un environnement sécurisant et rassurant autour de moi qui me permet d'avancer dans la vie sans peur et de pouvoir réaliser mes rêves. Il n'y a rien de mieux à demander à des parents. Merci.

A ma sœur Clémence et à mon frère Adrien, merci d'être là dans ma vie. Sans vous, mon enfance n'aurait pas été si palpitante et je sais que quoi qu'il arrive dans la vie on peut compter les uns sur les autres. Je vous aime. Et je suis bien sûr très heureuse d'être la tata d'une si magnifique petite fille INAYA et d'un prochain petit garçon ! Un coucou à mon beau-frère Nassimo.

A mes grands-parents, à mon grand-père, Papi, merci d'avoir su créer une si belle famille, ta force tranquille est un exemple. A mes grand-mères parties pendant ces longues années d'étude, j'aurais aimé que vous me voyiez devenir docteur en ce jour, vous me manquez.

A ma marraine et mon parrain, mes oncles et tantes, merci de votre soutien, votre amour et pour tous ces moments de joies partagées. Malgré la distance, je pense à vous.

A mes cousins, cousines, Etienne et Claudie merci d'avoir manqué les cours pour venir me voir, sachez que malgré la différence d'âge vous pouvez toujours compter sur moi. Aurélie et Benjamin, merci de m'avoir accueilli chez vous quand j'en avais besoin et de tout simplement être là, des énormes bisous à votre bout de chou Joseph. Valérie, un spécial remerciement pour toi qui m'a soutenue, épaulée, changée les idées pendant cette première année de médecine, merci de m'avoir amené au concours, je suis heureuse d'avoir été ta colocataire et de pouvoir partager avec toi ce dernier passage dans mes études.

A mes amis Normands, Alice, Cédric, Elise, Julie, Pierre et Sylvère, malgré la distance on a su maintenir notre amitié. Chaque fois que je rentre c'est un plaisir de vous retrouver.

A mes co-internes d'Ales, ce premier semestre fut le meilleur, grâce à Arthur et mon apprentissage de la technologie, Benoit et ces soirées de folie, Elise et sa personnalité passionnante, Florian et nos débats sur le lâcher prise, Julia et sa folie ambiante, Marie et sa bonne humeur, Martin A. et ces fous rires partagés mais aussi ces échanges de bons conseils, Sara et sa bienveillance, merci d'avoir été ma colocataire, Sophie et « la blague de Sophie », et Wesley dont la gentillesse et le soutien m'ont beaucoup aidée.

A tous les autres co-internes, rencontrés au fil de l'internat, Martin S. et ces journées piscines, mais également avec Johan et Guillaume ces randonnées, ces parties de Badminton et bien d'autres moments encore à venir. Alexandre et Colette et la découverte de la Lozère, Camille et ces journées Marseillaises, Claire et notre rencontre en ce premier jour de l'internat, Laurène qui a rendu les repas à l'internat un peu moins difficile, Michael et Mailys et notre week-end à Bayonne, Thibault qui a

permis de mieux supporter ces gardes aux urgences, Victor et ses moments de danses endiablées

A Caterina et Asma, deux personnes rencontrées tardivement dans ce cursus mais qui comptent déjà beaucoup.

A toutes les personnes rencontrées pendant mon parcours pendant une plus ou moins longue période. Vous m'avez toutes apportées quelque chose et pour cela je vous en remercie.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	13
I] Actualité	14
a) Migration en augmentation	14
b) Légalisation et restriction	14
II] Des personnes vulnérables	15
a) Avant le voyage.....	16
b) Pendant le voyage.....	16
c) Après le voyage	18
III] Objectifs de recherche	19
MATERIEL ET METHODES	20
I] Réalisation de l'enquête	20
a) Le recrutement	20
b) Le guide d'entretien.....	21
c) Réalisation de l'entretien	22
II] Choix de la méthode.....	22
a) Type de l'étude.....	22
b) Recueil des données.....	23
c) L'analyse des données	24
RESULTATS	27
I] Caractéristiques de la population étudiée	27
II] Emergence des catégories.....	31
- Raconter son voyage rend malade.....	31

1) Avant le voyage:

- Avant de partir, on réfléchit beaucoup.....	31
- Mais on n'a pas le choix	31
2) Pendant le voyage:	
- Revenir en arrière est impensable, il faut continuer.....	35
- Les conditions du voyage du migrant ne sont pas favorables aux soins.....	36
3) Après le voyage:	
- Quand on arrive en France, c'est tellement dur.....	45
- C'est une chance d'arriver en France.....	51
- Représentation de la bonne santé	56
DISCUSSION	59
I] Matériel et méthode	59
a) Le recrutement.....	59
b) L'entretien	60
c) Méthode et analyse	61
II] Les résultats	62
III] Les perspectives	67
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES.....	75
SERMENT D'HIPPOCRATE	81
PERMIS D'IMPRIMER	82
RESUME ET MOTS-CLES	

LISTE DES ABREVIATIONS

OIM : Organisation internationale pour les migrations

UE : Union Européenne

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

ANAEM : Agence national de l'accueil des étrangers et des migrants

DMG : Département de Médecine Générale

CPP : Comité de protection des personnes

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

CMU : Couverture maladie universelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INTRODUCTION

I] Actualité

a) Migration en augmentation

Dans cette étude, nous allons nous centrer sur la santé des migrants au cours de leur voyage. Il faut tout d'abord définir ce qu'on entend par « migrants » car il existe de nombreux termes pour désigner les mêmes personnes comme « demandeur d'asile », « sans papier », « exilé », « réfugié ». Ainsi selon le COMEDE : le terme migrant au sens de migrant international désigne toute personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France (1). Ce terme englobe donc les réfugiés, demandeurs d'asile, sans papier et exilés et est donc celui que l'on va utiliser pour désigner la population étudiée.

Ce sujet est en lien avec l'actualité, en effet selon l'OIM notre période est marquée par « la plus forte mobilité humaine de tous les temps » et l'on estime aujourd'hui à « 214 millions le nombre de migrants internationaux » (2). Il est donc licite de s'intéresser à cette population qui grandit de jour en jour et qui a des caractéristiques bien particulières par son hétérogénéité.

b) Légalisation et restriction

Cette affluence de migrants vers les pays d'Europe a entraîné une réaction des européens et des réglementations ont été mises en place qui mettent en péril le droit à l'asile.

En France, on passe de réforme en réforme, la dernière étant « le plan immigration » présenté en juillet 2017 et adopté en avril 2018 (4). Il prévoit de diminuer les délais et entrainera donc une plus grande difficulté pour le droit au recours. Les personnes déboutées de leur demande d'asile pourront « être enfermées dans des centres de rétention administrative pour une période maximum de 90 jours » puis seront « évacuées et éloignées du territoire » (4).

Aux Etats-Unis, où l'affluence de migrants augmente aussi, cela a entraîné « un sentiment d'anti-immigration évident avec l'élection de Donald Trump en 2016 » (5). « Cette colère anti-migrant est souvent liée à la santé », en effet « au cours de l'histoire les migrants ont été blâmés à tort d'apporter des maladies » (5) ainsi le gouvernement américain continue à faire des lois anti-immigrations et « l'accès à la santé chez les migrants reste très difficile » (5).

Pour éviter de gérer cette affluence « l'union européenne n'a pas hésité à s'associer à des régimes peu fréquentables, comme la Turquie ou la Lybie, afin qu'ils gèrent eux-mêmes la question des personnes migrantes » (6) et « l'UE ferme les yeux sur la violation des droits des personnes migrantes » (6). L'agence Frontex prend également de plus en plus de pouvoir ainsi il devient de plus en plus difficile pour les migrants d'avoir accès à leurs droits et le voyage devient de plus en plus dangereux. En effet, bien souvent, les migrants « fuient des situations de violences dans leurs pays d'origine » et se retrouve ensuite la cible « de violences policières ou même de la population locale » (6).

Tout cela nous montre que le voyage d'un migrant est de plus en plus long, compliqué et dangereux.

II] Des personnes vulnérables

Les migrants, du point de vue de la santé sont définis comme étant des personnes vulnérables car ayant un accès à la santé difficile. Nous allons parler de leurs caractéristiques et de ce qui fait leur vulnérabilité avant, pendant et après le voyage.

a) Avant le voyage

Les migrants sont pour la plupart originaire de pays pauvres et leur niveau socio-économique est un facteur de vulnérabilité puisqu'ils avaient souvent peu d'accès à la santé au préalable. Certains ont également peu d'éducation ou d'aptitude linguistique, ce qui complique leur voyage et leur arrivée.

De plus, ils proviennent de zones où la violence a été très importante. Celle-ci est d'ailleurs bien souvent à l'origine de leur départ (torture, guerre, enfermement, mutilations sexuelles, mariages forcés...). Ainsi selon le BEH de 2017 « 62% des migrants auraient des antécédents de violence » (7), avec des formes de violence extrême « notamment la torture pour 20% ou violence liée au genre pour 29% des femmes » (7).

Ce fort pourcentage de violence entraîne un nombre important de troubles psychiques chez les migrants avec « 16.6% de troubles psychiques graves » (7).

On sait également qu'il y a un lien fort entre un environnement négatif et stressant et un ressenti mauvais de l'état de santé retrouvé dans une étude sur la population hispanique aux Etats-Unis (8). On peut donc affirmer que l'environnement de base que les migrants ont connu dans leur pays a influencé leur santé.

Toutefois il est intéressant de voir que selon le pays d'origine, en dehors des conflits et des facteurs socio-économiques, il existe « de larges différences sur l'appréciation de la santé subjective » (9). C'est pourquoi nous avons voulu inclure une question sur leur ressenti de la « bonne santé » selon leur pays d'origine.

b) Pendant le voyage

« Il existe deux routes principales empruntées par les migrants : Turquie-Balkans-Allemagne ou Libye- Italie- Allemagne » (10). Les migrants venant des pays d'Afrique sub-saharienne empruntent pour la plupart la deuxième route qui est aussi la plus

dangereuse. En effet celle-ci comprend une partie maritime longue de 6 à 12h qui peut parfois être compliquée à cause du vent.

Ainsi d'après l'OIM, « on décompte 103 347 migrants arrivés par la mer en 2018 et 1989 décès en mer » (11).

La route est donc très dangereuse, à cela vient s'ajouter le coût du voyage qui est très important « entre 1250 et 2000 euros par personne » (10), les personnes doivent souvent donc s'endetter et vendre tous leur biens pour pouvoir traverser.

Ce voyage difficile influe donc directement sur la santé des migrants. En effet « les risques sanitaires sont particulièrement grands et le sort des plus exposés, les femmes, les enfants, les victimes de la traite et les pauvres, est incertain » (2).

Pendant leur déplacement, les personnes « sont plus susceptibles d'être confrontés à un approvisionnement irrégulier ou incertain en aliments et eau salubre » (12) il y a donc un risque accru de maladie d'origine alimentaire et hydrique. Il existe également un nombre plus important de blessures accidentelles mais également de problèmes liés à la santé sexuelle et génésique comme « par exemple les mutilations génitales féminines qui sont aujourd'hui d'actualité dans plusieurs pays d'Europe » (12).

Le voyage influe sur la santé des migrants ayant une maladie chronique à cause de la « dégradation des conditions de vie, de l'interruption des soins avec un accès difficile, des déplacements forcés entraînant la perte des ordonnances ou des médicaments » (12).

Toutefois le voyage ne consiste pas seulement à être sur la route en permanence, en effet de nombreux migrants passent au cours de leur périple dans des centres de rétentions administratives. Or, d'après la CIMADE, « par essence, le placement et le maintien en rétention d'une personne portent atteinte à son intégrité physique et sa santé dans le sens où cela constitue un traumatisme trop souvent banalisé » (13). On sait aussi qu'il existe « une corrélation entre la détention de demandeur d'asile pendant une longue période et des problèmes de santé mentale » (14), on en conclut que celle-ci est tout à fait délétère.

De plus, dans certains centres « les droits des migrants à la nourriture et à la santé ne sont pas respectés » (2) et même certains pays « expulsent les migrants séropositifs et les migrantes enceintes » (2 ; 15)

c) Après le voyage

A l'arrivée en France, il existe une visite médicale des primo-arrivants dont la réglementation a été modifiée en 2006 afin qu'elle soit un bénéfice pour les migrants et non plus subie. Celle-ci « priorise le dépistage des principales maladies » (16) comme la tuberculose dont la prévalence est élevée principalement en Afrique sub-saharienne. Mais c'est également « l'occasion confidentiel qui peut faire apparaître des problèmes sociaux et conduire à la mise en relation avec un assistant du service social présent au sein de l'Anaem (agence national de l'accueil des étrangers et des migrants) » (16).

Deux études ont été menées afin de connaître la prise en charge en médecine générale des migrants et celles-ci montrent que « les migrants sont significativement moins suivis par un médecin généraliste, et ce d'autant plus que leur précarité est grande » (17). Cette différence est principalement liée à un manque de connaissance des migrants sur le système de soin français mais également à un manque de connaissance du praticien sur la manière de prendre en charge ces patients. En effet dans l'étude d'Alice Mathieu, on peut voir que les migrants ont surtout « besoin de parler, d'être considéré, d'être rassuré et qu'il faut prendre en compte les différences culturelles et les préjugés des patients » (18).

Une mauvaise prise en charge peut être à l'origine d'une augmentation de cette inégalité d'accès aux soins. En effet il existe deux types de renoncement aux soins « le renoncement-barrière lié à des contraintes en particulier financières » (19) ce qui se voit souvent dans les populations précaires dont les migrants font partie et le « renoncement-refus qui est plutôt une forme d'autonomie à l'égard de la médecine » (19) ce qui concerne fortement la population migrante peu comprise par le corps médical avec leur complexité et leur hétérogénéité lié à leurs origines mais également au voyage enduré.

III] Objectifs de recherche

Ainsi au cours de cette introduction on a vu que les migrants sont de plus en plus nombreux, que les gouvernements par leur nouvelle réglementation rendent leur route de plus en plus dangereuse. C'est donc au point de vue de la santé une population vulnérable qui nécessite une prise en charge particulière et qui pourtant est encore traitée inégalement dans l'accès aux soins et surtout peu connu du système de soin français.

Le voyage qu'ils entreprennent impacte fortement leur état de santé de par la difficulté physique mais aussi psychique et j'ai donc voulu m'intéresser particulièrement à cette étape de leur parcours.

Ainsi l'objectif de cette étude est de comprendre quel est le ressenti des migrants sur leur état de santé au cours de leur périple jusqu'en France et comment et par qui ils ont été soignés à travers l'exploration de leurs expériences vécues.

MATERIEL ET METHODES

I] Réalisation de l'enquête

a) Le recrutement

Avant d'effectuer le recrutement, nous avons discuté avec le DMG s'il y avait nécessité de demander l'accord d'un CPP mais au vu de l'objectif de recherche cet accord n'était pas nécessaire. Toutefois comme il s'agit de s'entretenir avec une population vulnérable nous avons envoyé un dossier qui est passé en comité d'éthique et celui-ci a donné son avis favorable à l'étude. (Annexe 1)

Le recrutement fut difficile, en effet il s'agit de personnes peu accessibles par leur mobilité et leur instabilité au niveau administratif. Nous avons donc fait une réunion avec les personnes de Médecins du Monde afin de présenter le projet et de discuter de sa réalisation et nous nous sommes accordés que je contacterai les personnes via les CADA (centre d'accueil de demandeurs d'asile) de la région.

Seul deux CADA de Montpellier ont répondu favorables à la demande et je n'ai pas eu de réponses des autres CADA contactés. Le premier CADA Astrolabe est un centre d'accueil où les personnes sont réparties dans des appartements sur Montpellier. On m'a demandé de venir présenter mon projet à la directrice et à l'infirmière puis ceux-ci ont fait une réunion avec les travailleurs sociaux et ils ont voulu discuter en premier avec les migrants du projet. Nous avons donc pu avoir les contacts de quatre personnes qui ont accepté de participer.

Le deuxième CADA Gammes est un centre d'accueil où les personnes sont logées dans un ancien internat. J'ai également d'abord rencontré le directeur et la coordinatrice des travailleurs sociaux afin de présenter mon projet. On m'a ensuite orienté vers le médecin bénévole qui fait des consultations deux demi-journées par semaine au CADA et celui-ci m'a fait une liste de personnes que je pourrai interroger. Je suis ensuite allé me présenter et présenter l'étude directement aux personnes migrantes et j'ai pu réaliser 8 entretiens.

Nous avons inclut des migrants majeurs venant d'un pays d'Afrique subsaharienne. Pour éviter la présence d'une tierce personne, nous avons choisi des migrants parlant français ou anglais, nous n'avons donc pas eu besoin de demander l'intervention d'un interprète.

Nous nous sommes arrêtés à saturation des données c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient plus d'informations supplémentaires (20). Nous avons réalisé deux entretiens de plus après saturation des données.

b) Le guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien afin d'aider à l'entretien semi-directif. Il doit permettre une flexibilité et doit amener le sujet à s'exprimer librement. (21)

Ainsi celui-ci fut réalisé grâce à un comité de pilotage (Dr JAUME, Pr BOURREL, DR OUDE-ENGBERINK, Médecins du Monde) pour permettre d'augmenter la qualité de ce guide. (Annexe 2)

Celui-ci comporte en premier lieu des questions sociodémographiques. Puis une question ouverte qui permettait à la personne de parler de son vécu lors de son parcours de migration, la réponse à cette question comportait donc parfois des informations qui étaient demandées plus tard dans le guide et dans ce cas on s'éloignait de la trame du guide en rebondissant sur certaines paroles de l'interviewé.

Le reste des questions s'inscrivait dans un ordre chronologique afin de discuter de la santé avant le voyage, pendant le voyage et à l'arrivée. On essayait également d'interroger le migrant sur sa représentation de la « bonne santé » qui diffère selon les cultures.

c) Réalisation de l'entretien

Les entretiens étaient réalisés chez les personnes (deux entretiens ont été réalisés dans une pièce commune du CADA et non chez les personnes à leur demande) lors d'un rendez-vous fixé au préalable. Un accord oral était demandé en début d'entretien comme convenu dans la recherche qualitative et une fiche d'information était remis à l'interviewé avec les coordonnées pour nous joindre si nécessaire. (Annexe 3). Il était bien précisé que l'étude était anonymisée. L'échange était enregistré par un dictaphone puis retranscrit intégralement sur ordinateur pour permettre l'analyse des verbatim, tout en respectant l'anonymat.

III] Choix de la méthode

a) Type de l'étude

L'objectif de notre étude est donc de comprendre le ressenti des migrants au cours de la migration à travers l'exploration de leurs expériences vécues. Nous avons donc opté pour une étude qualitative qui est l'étude la plus approprié pour analyser du ressenti. En effet, celle-ci permet de poser des questions ouvertes et donc d'avoir un grand nombre de réponses qui petit à petit vont faire émerger des données.

Dans le glossaire d'initiation à la recherche qualitative la définition faite de l'analyse qualitative est : « *Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.* » (22)

Nos deux références principales sur lesquelles nous nous sommes appuyés afin de réaliser notre méthodologie furent l'ouvrage de Pierre Paillé et Alex Mucchielli (23) s'intitulant : L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ainsi que l'article sur

l'approche sémio-pragmatique peircienne édité par le département de médecine générale de Montpellier (24).

b) Recueil des données

Pour le recueil des données, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels. Le sujet étant sensible et parfois douloureux à raconter nous pensions que cette méthode était la plus adaptée pour permettre aux personnes de s'exprimer. Toutefois nous avons également fait des entretiens avec des couples lorsque ceux-ci le désiraient et que cela permettait l'exhaustivité des réponses puisqu'ils avaient fait le voyage ensemble.

Il existe trois manières différentes de réaliser des entretiens individuels : (25)

- « l'entretien non directif : un thème est soumis à l'interviewé qui peut alors discourir librement. L'intervieweur n'intervient que pour favoriser l'expression sans perturber le contenu ou le déroulement de l'entretien.
- l'entretien directif : un guide d'entretien est mis au point par le chercheur avec des questions précises dans un ordre précis. L'interviewé répond seulement aux questions sans aucune place à la spontanéité.
- l'entretien semi directif : Il se situe entre les deux. Un guide d'entretien est mis au point par le chercheur dans lequel sont listés les différents thèmes à aborder. L'interviewé va ensuite pouvoir parler librement et la trame du guide d'entretien va être amenée à évoluer selon les réponses de l'interviewé afin d'être le plus pertinent possible»

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs afin de permettre une certaine liberté dans l'expression des interviewés sans pour autant nous éloigner de la question de recherche principale.

c) L'analyse des données

Nous avons utilisé l'approche sémio-pragmatique pour analyser nos résultats. (Annexe 4).

Tout d'abord l'attitude phénoménologique, apparu au début du XXème siècle, et fondé par Edmund Husserl « s'efforce d'explicitier tout ce qui fait sens dans l'expérience subjective en cherchant à appréhender les vécus de la conscience, leur expression langagière et les contextes d'énonciation » (24).

Dans l'ouvrage de Paillé et Mucchielli, la phénoménologie est décrite comme « la volonté de s'en tenir aux phénomènes et de les décrire tels qu'ils apparaissent sans référence à une théorie explicative ni à des causes ». (23)

Cette analyse se base sur des données verbales pour faire émerger des phénomènes visibles ou cachés et se réalise en deux temps avec une première lecture de surface « comme lorsque l'on regarde un tableau de peinture » (24) et une seconde plus approfondie qui cherche à comprendre le texte par un mouvement de « tension vers ce texte »(26)

Le courant pragmatique a permis de dépasser l'attitude phénoménologique pour arriver à l'approche que nous connaissons sous l'appellation « phénoménologie pragmatique ou sémio-pragmatique car elle utilise tout ce qui fait signe, tout ce qui fait sens dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur » (23).

Ainsi, elle consiste à séparer le texte selon des unités de sens et ainsi décrypter « chaque détail pour qu'ils deviennent des indices » (24). Toutefois cette analyse ne prend pas en compte seulement le verbatim mais également le contexte de l'énonciation et permet ainsi de faire émerger des catégories voire des théories.

Peirce a démontré que « tout phénomène est constitué de trois catégories nécessaires et suffisantes pour l'expliquer, il les a désignées à l'aide des nombres un, deux et trois » (27) :

- 1- La priméité, celle de la qualité qui correspond aux ressenti de l'individu, aux émotions, aux sentiments...

- 2- La secondéité, celle des faits qui correspond aux expériences, à la vie pratique, à ce qui existe en relation avec le monde.
- 3- La tiercéité, celle de la loi qui correspond aux principes, aux théories, aux concepts, aux institutions et à la vie intellectuelle.

Ils existent une hiérarchisation logique entre ces catégories avec des relations entre elles, en effet 3 présuppose 2 qui présuppose 1.

« Ces 3 catégories sont liées entre elle, les qualités se matérialisent dans les faits, les faits sont régis par les lois. Chaque catégorie présuppose la précédente, et les 3 coexistent invariablement » (28)

On peut donc formaliser ces trois catégories universelles dans un tableau (tableau 1).

Tableau 1. Les trois modes d'être de tout phénomène selon Peirce. (28)

Catégories	Signes	Nature des phénomènes
Priméité Qui est ressenti	Qualité (qualisigne)	Perçus
		Sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité Ce qui se fait (en train de se faire)	Fait (sinsigne)	Vécus
		Expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de consciences, relations, réflexivité
Tiercéité Ce qui devrait être	Loi (légisigne)	Théorisés, institués, interprétés
		Principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

L'analyse phénoméno-pragmatique peut donc se résumer en une succession de huit étapes (24) :

1. Transcription des enregistrements mot à mot (verbatim) ;
2. Prise en compte des différents éléments de contextualité préexistants ;
3. Lecture flottante de type intuitif ;
4. Lecture focalisée ;
5. Découpage des unités de sens et constitution des thèmes ;
6. Repérage des éléments signifiants textuels et contextuels et mise en lien pour une catégorie de premier niveau ;
7. Caractérisation des catégories obtenues à l'aide des catégories de Peirce ;
8. Restitution du sens à partir d'un ordonnancement logique dans un texte synthétique.

RESULTATS

I] Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons réalisé 11 entretiens entre le 12 novembre 2018 et le 08 janvier 2019. La saturation des données a été atteinte au bout de 9 entretiens et nous en avons réalisé deux supplémentaires afin de confirmer cette saturation.

Une seule personne avait répondu favorablement à la réalisation de l'entretien et n'était finalement pas présente au rendez-vous fixé au préalable. On peut donc dire que le taux de réponse positive pour la participation à l'étude a été bon.

Nous avons ainsi pu interroger cinq femmes, quatre hommes et deux couples qui étaient tous des migrants majeurs venant d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

Un entretien fut réalisé en anglais, les autres ont pu être réalisés en français. Aucun traducteur n'est intervenu.

Les personnes interrogées venaient d'Afrique de l'Ouest et Centrale, elles avaient des âges et un statut social différent. Certaines étaient des réfugiés qui avaient reçu leurs papiers, d'autres étaient en cours de processus pour l'obtention de la qualité de demandeur d'asile. Il faut noter également que 4 femmes sur les 7 interrogées étaient enceintes au cours du voyage.

Nous avons réalisé un tableau avec les différents critères sociodémographiques demandés au cours de l'entretien ainsi que certains critères sur le voyage en lui-même comme la raison du départ, la durée, le type de transport et la situation familiale pendant le voyage (seule, accompagnée, avec ou sans enfant), et enfin des critères sur la situation administrative des personnes au moment de l'entretien.

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4
Sexe	Masculin	Féminin	Féminin	Masculin
Age	28 ans	28 ans	40 ans	26 ans
Pays d'origine	Guinée	Gabon	Nigeria	Guinée Conakry
Fratries	Un frère	5 frères et une sœur	2 sœurs 4 frères	2 frères 1 sœur
Situation familiale	Marié Une fille (12 ans)	Célibataire un fils (14 ans)	Célibataire	Célibataire
Métier	Chauffeur	Formation secrétaire juridique	Non	Etude de commerce
Raison du départ	Politique	Familiale (fuir mari)	Familiale (fuir mari)	Politique
Route et type de transport	Libye-Italie- France par bateau	Avion	Libye-Italie- France par bateau	Mali-Algérie- Libye-Italie- France par bateau
Durée	3 mois	1 jour	3-4 mois	2 ans et demi
Situation familiale pendant le voyage	Seul	Seule	Seule	Seul
Situation administrative	Statut de réfugié	Statut de réfugié	1 ^{er} refus en attente recours	1 ^{er} refus en attente recours

	Entretien n°5	Entretien n°6	Entretien n°7	Entretien n°8
Sexe	Masculin	Féminin	Couple	Féminin
Age	35 ans	47 ans	F : 22 ans H : 35ans	26 ans
Pays d'origine	Congo Brazzaville	Congo Kinshasa	Mali	Côte d'Ivoire
Fratries	3 frères et 2 sœurs	2 frères et 3 sœurs	Non	1 frère, 1 sœur
Situation familiale	Marié 2 filles (6 et 2.5 ans)	Mariée 3 filles et 1 garçon (16,14, 8 et 6 ans)	En couple non marié, 2 fils (4 ans, 18 mois)	Fiancée, enceinte de 7 mois
Métier	Ingénieur informatique	Couturière	Non	Non
Raison du départ	Politique	Politique	Familiale ?	Excision
Route et type de transport	Avion, escale en Ethiopie	Avion, kasangulu-Irlande	Algérie-Libye-Italie par bateau	Maroc-Espagne par bateau
Durée	2 jours	1 jour	1an et demi	2 ans
Situation familiale pendant le voyage	Avec femme et enfants	Seule	En famille, femme enceinte	Seule fiancée puis et enceinte
Situation administrative	Attente appel OFPRA	1 ^{er} refus en attente recours	Attente réponse	Attente réponse

	Entretien n°9	Entretien n°10	Entretien n°11
Sexe	Couple	Masculin	Féminin
Age	F : 20 ans H : 21 ans	27 ans	20 ans
Pays d'origine	Côte d'Ivoire	Guinée	Côte d'Ivoire
Fratries	H : 6 frères F : 9 frères	2 frères	Non
Situation familiale	Marié, enceinte de 6 mois	Marié, deux enfants décédés (filles) et 1 garçon	Mariée, une fille (3 ans) et un garçon (6 mois)
Métier	Non	Bâtiment	Non
Raison du départ	Familiale	Politique	Excision de sa fille
Route et type de transport	Mali-Maroc-Espagne par bus, bateau et camion	Mali-Burkina-Niger-Libye-Italie par bateau	Libye-Italie
Durée	3 semaines	3 ans	1an et demi
Situation familial pendant le voyage	En couple, enceinte	Seul	Seule, enceinte
Situation administrative	Attente de réponse	Statut de réfugié	Demande d'asile faite

II] Emergence des catégories

- Raconter son voyage rend malade

Parler du parcours migratoire est très difficile pour les personnes car les choses vécues sur la route sont traumatisantes et on leur demande déjà d'en parler beaucoup lors des entretiens pour l'obtention du statut de réfugié :

E1 : « je peux pas vous raconter tout, parce que ça me rend mal »

« si je commence à parler de ça, ça me rend mal »

« je peux parler petites choses mais ce que j'ai vécu en Libye je peux pas »

« si c'était mon choix je veux pas parler de mon histoire parce que j'ai beaucoup parlé ici en France, parce qu'on m'a appelé deux fois à Paris pour les papiers donc tout ça j'ai expliqué... »

E7 : « vous ne voulez pas trop me dire ?

Parce que moi je ne veux pas trop penser de ça, assez si je pense ça j'aime pas »

1) Avant le voyage

- Avant de partir, on réfléchit beaucoup

Les personnes interrogées disent leur hésitation avant le départ :

E1 : « Moi avant que je prenne la route j'ai regardé beaucoup de temps »

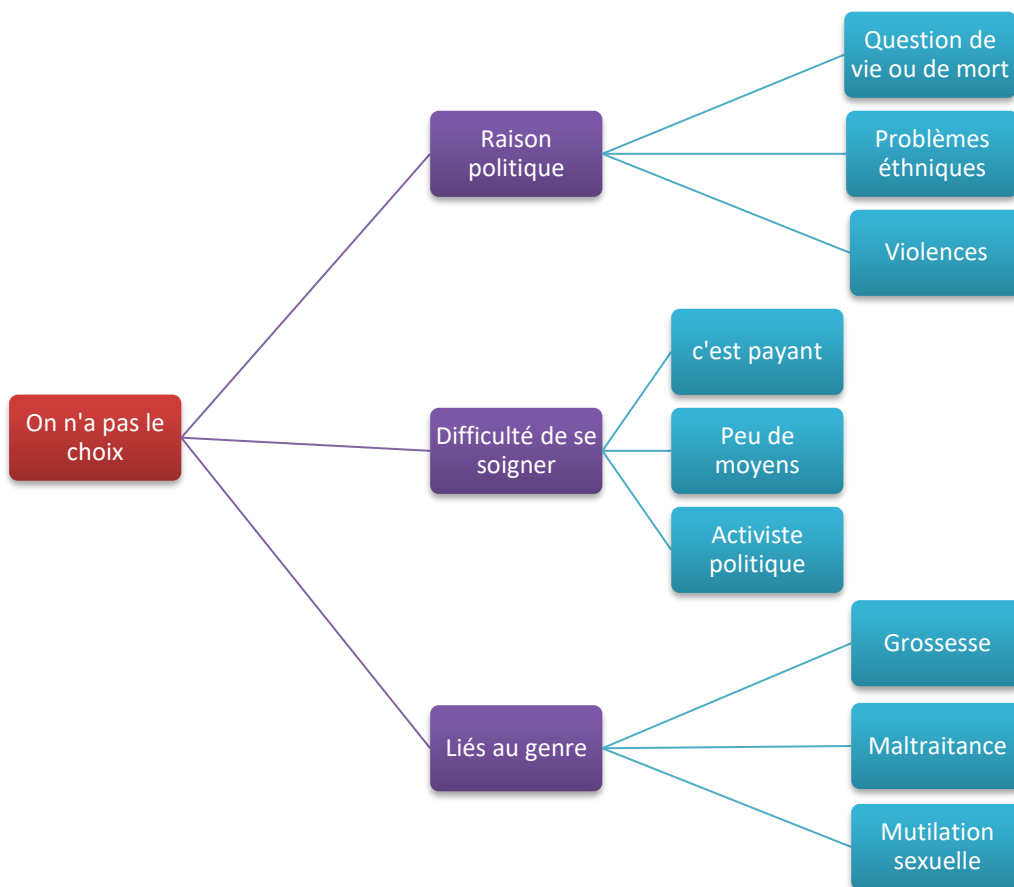
E6 : « c'est pas du tout facile laisser votre pays comme ça parce que moi je dois bien avouer j'avais pas du tout l'intention de venir en France me faire réfugié avec les autres parce que chez moi je vivais bien, si je peux me permettre de le dire »

- Mais on n'a pas le choix

Dans chaque entretien ressortait la notion de « ne pas avoir le choix » dans la décision de partir :

E1 : « Parce que nous on n'a pas le choix c'est pour ça on vient...parce que sinon si c'était pas comme ça nous on reste chez nous. Donc t'as pas le choix »

E9 : si on ne quittait pas la Côte d'Ivoire on n'aurait pas eu notre liberté et on voulait être libre quoi, vivre une vie tranquille avec notre enfant (...) c'est pas qu'on veut quitter notre pays c'est la situation qui oblige, y a une chose qui nous a poussés à quitter notre pays, on a notre famille là-bas on a tout là-bas, si on a quitté notre famille c'est qu'on a besoin »



a) Pour raison politique :

E1 : « j'ai eu des problèmes avec la sécurité tu vois donc j'ai échappé là-bas »

a.a) C'est une question de vie ou de mort :

E1 « je veux pas mourir maintenant donc je préfère me sauver »

E5 : « par rapport à certaines prises de positions que nous avons été dans l'obligation de quitter le pays, parce qu'on a reçu, moi personnellement et mon épouse aussi, des menaces de mort »

« c'était devenu une obligation pour moi de quitter le pays parce que c'était devenu une question de vie ou de mort »

a.b) Problèmes ethniques :

E4 : « Surtout dans le cas de mon ethnie, l'ethnie Peul, qui est toujours victime partout dans le pays, qui ont été massacré, saccagés des boutiques, brûlés, tués dans leur propre maison, kidnappés et demander l'argent... »

a.c) Violences physiques et intimidation :

E4 : « j'étais obligé de quitter dans le pays parce que sinon c'était tellement compliqué pour moi, après avoir été torturé, fait beaucoup de choses (...) celui qui m'a fait sortir, c'était un gardien, donc j'étais obligé de quitter. Parce que il peut m'aider de sortir (de prison) mais d'abord on paie l'argent et quand on sort on te dit de quitter le pays parce que c'est leur objectif d'affaiblir la population qui soutien l'opposant »

E5 : « à plusieurs reprises aussi j'ai été arrêté et torturé »

« mon père a dû être empoisonné simplement pour me dissuader justement à poursuivre ce mouvement »

E6 : « ils ont menacé mon mari et mes enfants (...) c'est pas comme ici en France y a pas de loi, la loi n'existe vraiment pas, les enfants étaient traumatisés »

b) A cause de la difficulté de se soigner

b.a) parce que c'est payant :

E2 : « au Gabon pour se soigner, c'est très compliqué (...) il faut payer (...) si tu paies pas t'auras pas de soin t'auras rien tu peux même crever là »

E5 : « là-bas on doit tout payer, y a rien de gratuit »

b.b) il y a peu d'hôpitaux et on soigne avec des médicaments traditionnels :

E3 : « I always go to hospital and they give me some tablets, and it couldn't stop. They have to use native medicine »

E5: « Nous sommes dans un pays où malheureusement les conditions sanitaires ne sont pas véritablement remplies (...) le plus grand hôpital de notre pays (...) a du fermer ces portes »

b.c) Impossibilité de se soigner si on est un activiste politique :

E10 : « c'était impossible pour moi dans le pays d'aller dans les hôpitaux pour me traiter parce que d'ailleurs j'appartiens à un parti (...) qui essaie de se battre pour instaurer la démocratie »

c) Problèmes liés au genre

c.a) Grossesse à un jeune âge :

E2 : « quand j'ai eu la grossesse, j'avais 14 ans. Ma mère elle a surtout eu peur à cause de mon jeune âge de me faire avorter tout ça et voilà pourquoi elle a décidé on va le garder »

c.b) Maltraitance du mari :

E2 : « Et j'étais marié et mon mari voulait pas payer l'hôpital pour qu'on me fasse les soins, pour qu'on m'opère pour ma fausse couche donc c'était assez compliqué »

E3 : « So when I get married because I couldn't have a child I had problem because of many wives that was why I left my husband house »

c.c) Mutilation sexuelle:

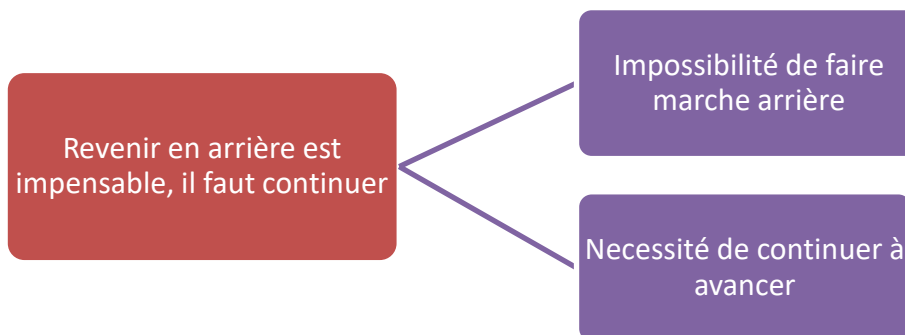
E8: « pour quelle raison avez-vous quitté la Côte d'Ivoire ?

Oui, à cause de l'excision »

E11 : « ma première fille on l'a coupée, elle est pas resté à cause de ça, ma deuxième fille quand on dit on va la couper c'est à cause de ça j'ai pris l'argent de mon mari et je suis parti (...) moi aussi je l'ai eu, ça m'a fait mal, à cause de ça je peux pas accoucher sans opération »

2) Pendant le voyage

- **Revenir en arrière est impensable, il faut continuer**



a) On note que plusieurs personnes nous ont parlé de la notion d'impossibilité de faire marche arrière, à cause des risques encourus :

E1 : « je peux pas retourner à l'intérieur »

E5 : « j'ai mes deux frères qui sont au pays (...) ils recevaient des pressions selon lesquelles il fallait que je rentre systématiquement »

E10 : « ne plus reculer vous voyez. Pour moi, une fois rentrer en Libye et pour beaucoup de personnes qui ont passé par la Libye, rentrer en Libye est plus facile que de sortir de Libye et je sais que y a pas la facilité aussi pour en rentrer mais le risque d'en ressortir (...) les gens que vous allez rencontrer dans le désert vont penser que tu as pris de l'argent en Libye (...) donc ils vont s'attaquer à toi pour ça, tu auras des tortures et tu ne vas pas t'en sortir en fait »

« quand on rentre en Libye, faire marche arrière, au moment que je suis rentré en Libye c'était impossible »

b) Et la notion de devoir continuer à avancer dans le voyage car la route est dangereuse et il est impossible d'y rester :

E1 : « je peux pas retourner donc faut que je parte devant un peu »

« parce que là-bas si t'as quitté ton pays et t'arrive en Libye c'est forcé tu vas avancer »

E3 : « it was when the killing and shooting in Libya, that was why we run away »

E4 : « et après j'ai cherché la route pour traverser, donc où c'était mieux, c'était mieux donc pour moi, après avoir vécu tout de l'enfer là-bas, en Libye »

E7 : « mon mari il voulait pas venir en Europe mais un jour il a dit ça va pas, ça va pas et son ami a payé le transport, on a pris le bateau pour venir en Italie »

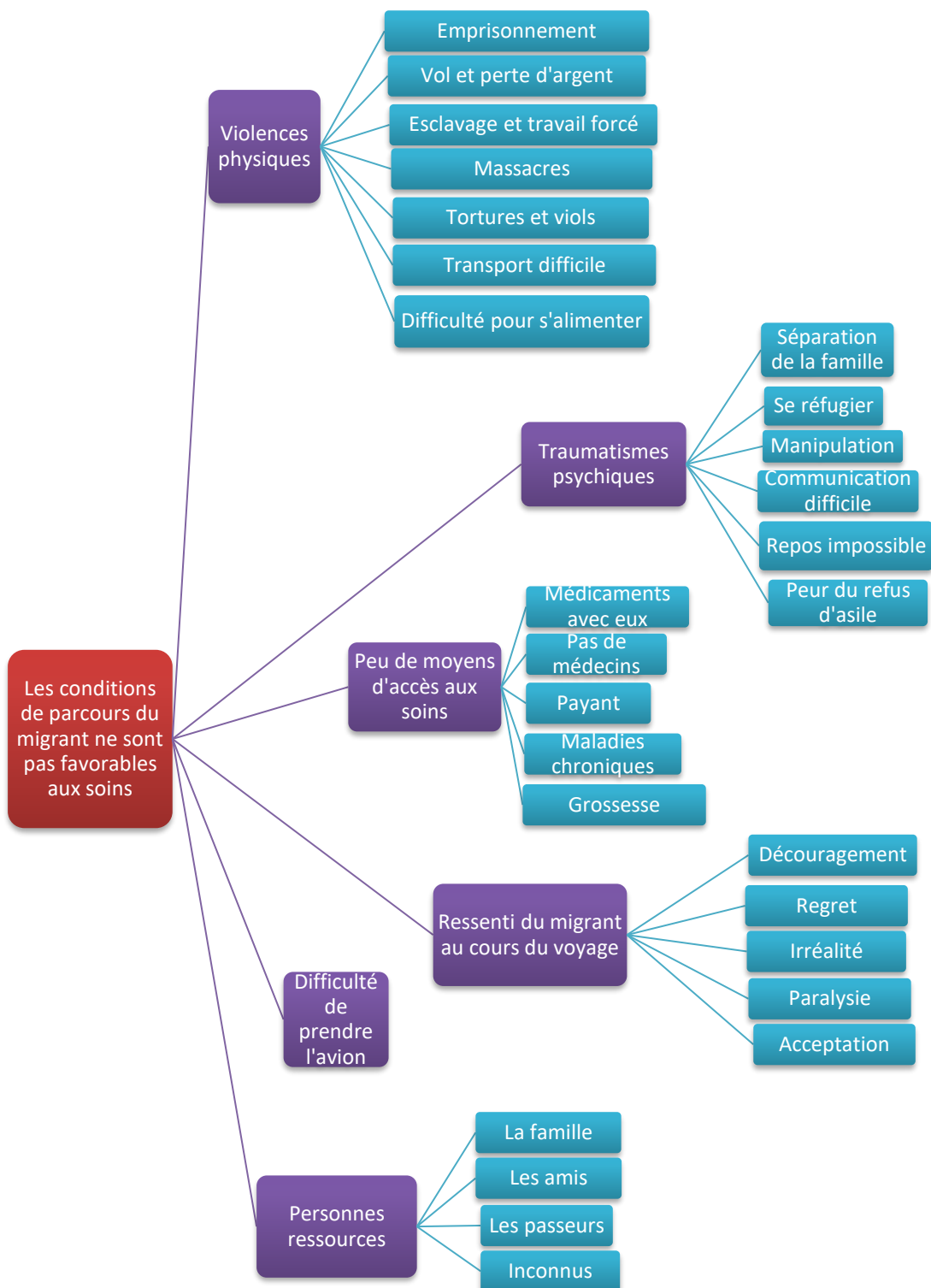
E10 : « parce qu'il y avait commencé à avoir des traques dans les pays limitrophes (...) c'était trop risqué pour moi de rester au Mali, donc j'ai continué »

- **Les conditions du voyage du migrant ne sont pas favorables aux soins**

Les migrants vivent des situations terribles tout au long de leur parcours et sont victimes de violences physiques et psychiques. Il existe également peu de moyens sur la route pour avoir accès à des soins. Toutes ces conditions entraînent un désintérêt total de la santé au cours du voyage.

E9 : « On a pas pensé à ça »

E10 : « je pensais même pas à ma santé, finalement je ne pensais même pas aux douleurs qui étaient à moi, je ne ressentais plus de moi-même mais les choses que je voyais (...) c'est ce qui me dépassait »



a) Violences physiques rapportées au cours de leur voyage.

a.a) Emprisonnement :

E1 : « dans les prisons, c'est pas dans un centre »

E11 : « oui j'ai fait prison tout ça »

a.b) Vol et perte d'argent :

E1 : « si il t'attrape il te fait en prison et après il te demande des sous »

« t'appelles tes parents s'ils ont des sous sinon on te tue »

E4 : « C'était tellement dur aussi, parce qu'il y a des repères sur la route, je sortais avec l'argent, je perdais l'argent sur la route et tout. »

E9 : « il y avait le désert, le raquette tout ça, souvent quand t'as pas d'argent on te dit de descendre du car, (...) parce que y a le barrage, faut payer le barrage »

E10 : « il y avait beaucoup d'insécurité au Burkina Faso parce qu'on peut te voler en pleine journée, on peut t'agresser en pleine journée »

« Les personnes qui arrêtent les gens en Libye ne demandent que de l'argent (...) mais y a des gens tu peux payer on te laisse y a des gens tu payes l'argent et on te laisse pas on te redemande une autre somme »

« tu peux pas appeler dans ton pays pour amener de l'argent parce qu'il y a pas de banque pour ça en Libye donc il faut passer par la personne, le chef du foyer »

a.c) Esclavage et travail forcé :

E4 : « c'est comme des esclaves, on te revend (...), il vous fait travailler sans vous donner à manger (...) c'est comme des esclaves parce que tu es gardé, y a toujours des armes derrière toi »

E9 : « si tu paie pas le barrage, on te fait descendre ou on t'oblige à faire quelques trucs »

E10 : « ils avaient commencé à construire un bâtiment pour accueillir les migrants (...) ils essayaient de voir est-ce que parmi les migrants il y en avait des spécialistes du métier »

a.d) Massacres :

E10 : « ils ont attaqué, ils étaient tous armés (...), des femmes, des enfants, des jeunes, des vieux, tout, il y avait toutes personnes qui étaient là, ils ont commencé à massacrer les gens (...) ils ne cherchaient même pas à savoir femme, petit, garçon, ils tuent tout »

a.e) Tortures et viol :

E1 : « si on t'attrape, on te met en prison, on t'enferme, on t'attache, tu mange pas, on te frappe »

E10 : « elle en a pas (argent), on la torture et on la tue »

« on te torture trop on te dit d'appeler quelqu'un pour amener de l'argent »

« dans le désert de Libye j'ai enterré un homme vivant »

E11 : « Non je voulais pas (...) mais j'aime mon enfant quand même.

a.f) Transport en mer et camion difficile :

E3 : « I had health issue, because of the way we sit in the ship, because we sit on top of each other »

“ that was when the boat broke...latter they rescue some of us, latter, but she was dead”

E9: « on nous a mis dans un camion (...) on était tellement coincé on avait du mal à respirer, mais on relâchait pas »

E10 : « le zodiac a commencé à avoir des problèmes (...) le zodiac s'est cassé (...) on était plus de 130 personnes il y a eu 12 rescapés »

a.g) Difficultés pour se nourrir:

E4 : « tu peux manger une fois par jour ça dépend, parfois des jours tu peux rester sans manger »

E8 : « c'est pas facile d'avoir la nourriture »

E10 : « le manger qu'on donne en prison ne peut pas être forcément comme le manger que vous avez l'habitude de manger (...) du pain et des pâtes simples, juste bouillies »

E11 : « tu manges une seule fois par jour »

b) Traumatismes psychiques subis au cours du voyage.

b.a) Etre séparé de sa famille :

E2 : « Non je suis venu seule et après mon fils il m'a suivi deux ans plus tard »

E6 : « j'ai quitté le toit conjugal en laissant d'abord mes enfants (...) mon mari avait jugé d'envoyer les enfants en Algérie ils les ont fait traversés (...) ils sont venu en bateau de l'Algérie à Marseille »

E7 : « On nous a kidnappé, on était dans la prison (...) ta femme aussi elle est de l'autre côté tu sais pas qu'est-ce qui se passe là-bas, ta femme aussi elle sait pas si t'es en vie ou pas »

b.b) Nécessité de se réfugier quelque part :

E6 : « c'était pas du tout facile parce qu'avant que je prenne mon avion je devais d'abord me réfugier quelque part le temps de chercher les moyens, de réunir les moyens, de chercher comment quitter le pays »

E9 : « moi j'étais à Abidjan, quand la situation a commencé à être compliqué j'ai envoyé ma femme sur une ville de la côte d'Ivoire, pour la cacher là-bas

b.c) Manipulation :

E10 : « ils sourient avec toi, ils te parlent des beaux mots, après avoir fini (le travail) on va te laisser, t'es devenu notre ami enfin c'est ça »

b.d) Difficulté de communication avec la famille :

E10 : « on ne pouvait même pas avoir l'occasion de communiquer avec les parents »

b.e) Pas de repos possible, on reste à l'affût en permanence :

E1 : « Là-bas même en Libye (...) tu peux pas reposer ton esprit, à chaque fois il te persécute »

E9 : « on dormait dans la brousse là-bas, (...) parce que si tu veux passer tu peux pas prendre maison »

E10 : « on peut pas faire de différence entre les civils et les militaires parce que tout le monde est armé »

b.f) Peur du refus d'asile :

E6 : « Une fois arrivé en Irlande je peux demander l'asile et comme ils ont dit ça et maintenant j'étais un peu effrayé, je me dis bon maintenant si je sais je veux demander asile ce sera peut-être pas possible »

E10 : « quand j'étais en Italie, je trouvais que ceux qui viennent des pays anglophones sont plus considérés que ceux venant d'un pays francophone »

c) Il y a très peu de moyens d'accès aux soins au cours du voyage

c.a) Certaines personnes ont pris des médicaments avec eux :

E3 : « Yeah, before I left I brought so many tablets »

c.b) Il n'y a pas de médecins sur la route, seulement pour certains des traitements traditionnels :

E3 « No there was no doctors here, no, no, no, that place is very difficult »

E4: « J'ai un monsieur qui m'a aidé à travers surtout les médicaments traditionnels, des choses comme ça avec mon corps (...) mais à part Mali, non »

E8 : « on a vu quelqu'un en Espagne pour nous aider dans le centre où j'étais »

E9 : « il m'a conseillé de suivre en même temps les traitements traditionnels,(...) c'est des bois il cueille, il met dans une marmite, il met sur le feu, ça bouille et c'est avec cette eau qu'on me faisait des traitements »

c.c) Les médicaments sont payants :

E7 : « j'avais mal au ventre, j'avais mal, j'arrive pas à manger (...) on a vu un médecin une fois ils ont dit il faut que j'achète les médicaments (...) j'avais pas l'argent j'ai pas pris »

c.d) Perturbation de certaines maladies chroniques liées au voyage :

E6 : « je suis hypertendu (...) ma tension s'est stabilisée parce que j'avais la tension élevée à chaque fois que j'allais voir le médecin (...) ils ont dû changer le traitement »

E7 : « il a la drépanocytose (...) il a eu une crise là-bas, on l'a emmené à l'hôpital mais ils ont dit ça va passer et ils ont pas donné de médicaments »

c.e) Quatre femmes interrogées étaient enceintes au cours du voyage et n'ont pas fait suivre leurs grossesses :

E7 : « Vous étiez enceinte pendant le voyage ? Oui (...) est-ce que vous vous êtes occupé de votre grossesse ? Non pas du tout.

E9 : « Vous étiez enceinte, vous avez pu vous occuper de votre santé ? Non (...) j'avais des douleurs au niveau de mon ventre, je n'arrivais pas à dormir la nuit, (...), je vomissais beaucoup »

E11 : « il y a pas de docteurs pour voir ça là-bas. Je suis resté comme ça jusqu'à accoucher »

d) Ressenti des migrants par rapport à la difficulté de la route :

d.a) Sentiment de découragement :

E1 : « Si tu n'as pas de solution là-bas c'est la merde, y a pas fille ou garçon, petite ou bien grand, tous. »

« Sinon moi aussi je suis découragé, je vais mourir »

E10 : « je me suis habitué (...) je me disais je me suis donné à la mort »

« j'étais fatigué, j'étais presque fini »

d.b) Regret d'être parti :

E10 : « pour moi j'ai vu des choses et traversé des choses que je n'imaginai pas en fait avoir rencontré dans ma vie et pour moi il y a quelques temps je me disais que si je savais que j'allais rencontrer cette insécurité je préférerais mourir dans l'état dans lequel j'étais dans mon pays que de sortir »

d.c) Impression de ne pas être dans la vie réelle :

E10 : « la route de Libye m'a appris à plein de choses, parce que vous savez il y a des histoires quand quelqu'un te parle ou tu le vois par exemple au cinéma tu peux te dire que d'une part c'est de la comédie ou bien tu te dis que c'est pas trop grave mais quand tu es face à la situation là c'est à toi maintenant de savoir comment l'imaginer, comment la prendre (...) il se passe des choses là-bas inhumaines »

« c'est comme si c'était un film et je regardais au cinéma un truc comme ça, je pensais plus que j'étais dans la vie je savais même pas quoi penser ou analyser

d.d) Paralysie face à l'horreur :

E10 : « moi c'était comme si quelqu'un me balayait, me paralysait les pieds, moi je suis tombé, j'ai voulu en mon âme et conscience j'ai voulu me lever pour continuer la fuite mais c'est comme si quelqu'un prend quelque chose de lourd, comme un caillou, ou quelque chose vienne sur moi, c'est que mon corps j'arrivais plus à pouvoir faire quelque chose, j'ai baissé ma tête je me suis couché comme ça et les gens tombaient autour de moi »

« moi j'avais pas le cœur de vouloir pleurer, de pouvoir pleurer, je pouvais pas »

d.e) Acceptation de la mort :

E10 : « mais pour moi, j'avais plus de peur en fait parce que pour moi ne tête je savais que je pouvais pas m'en sortir de Libye vivant pour moi mais quoi qu'il puisse arriver maintenant j'étais prêt »

« il faut essayer de faire tout soit pour s'en sortir soit pour en finir avec la vie parce que c'était impossible ce que j'étais en train de voir »

e) Trois personnes interrogées ont pris l'avion et ont eu également des difficultés pour partir du pays :

E2 : « c'était compliqué parce que je suis une femme qui va à l'étranger, en Europe, donc on pose beaucoup de questions, on vérifie beaucoup de choses (...) parce que les

femmes on se dit elles viennent, c'est pour faire la prostitution ou beaucoup de choses donc pour les femmes c'est très compliqué »

E5 : « ça n'a pas été facile de sortir du pays, les frontières justement de l'aéroport par rapport à la police, par rapport à la gravité des faits dont j'étais victime du coup il fallait passer par beaucoup de choses »

f) Personnes ressources qui ont permis aux personnes interrogées de poursuivre leur voyage :

f.a) La famille :

E1 : « c'est ma femme qui m'a aidé pour passer en Libye, (...), je l'ai appelé, j'étais en galère »

E2 : « Pour payer l'avion c'est pas moi, parce que j'avais pas l'argent. Les gens se sont cotisés, ma sœur qui est ici à envoyer une partie de l'argent, mes frères aussi »

f.b) Des amis:

E3 : « I didn't pay for it, it was my friend, she payed for everything but letter she died in the sea”

E7: « Son ami a payé son transport, on a pris le bateau pour venir en Italie »

E11 : On connaît quelqu'un là-bas, il m'a bien aidé

f.c) Les passeurs:

E4: « Lui il me payait pas mais je travaille pour lui, pour m'aider, il va m'aider de sortir dans le pays, de quitter »

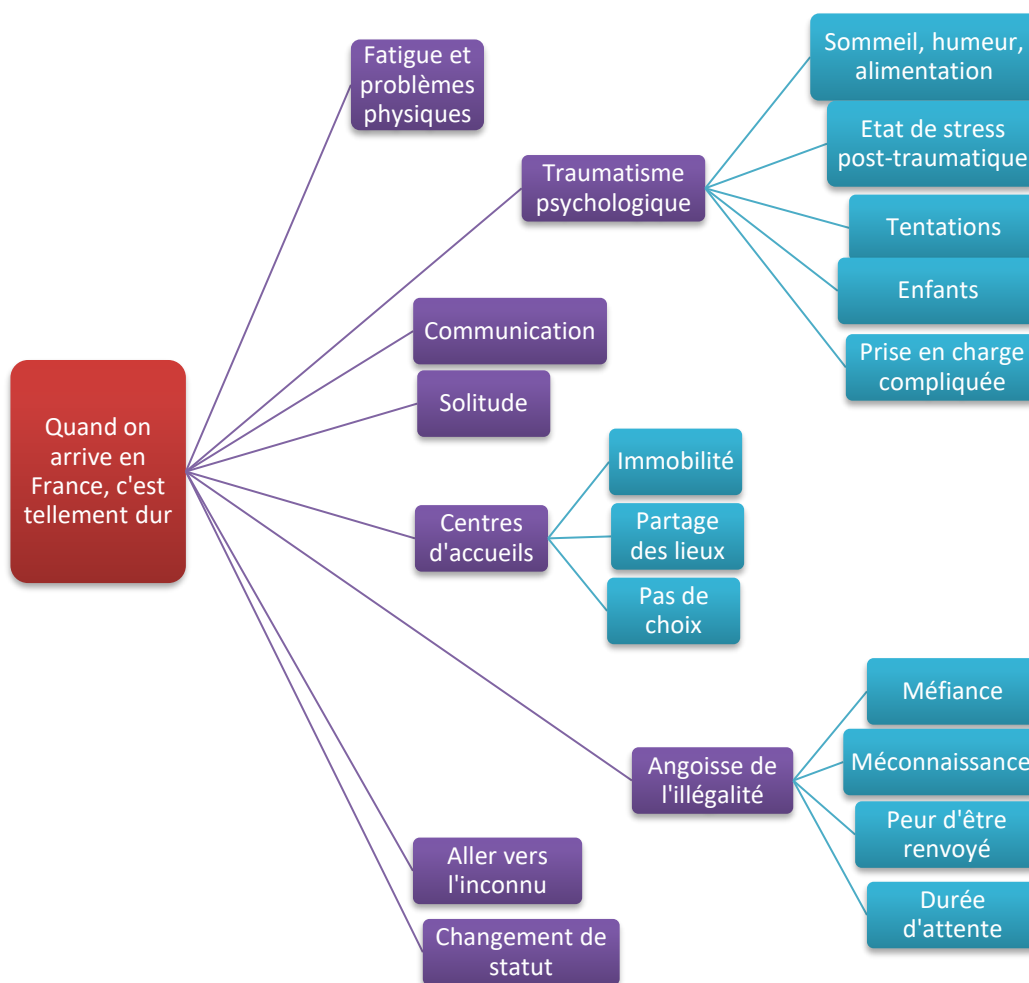
f.d) Des inconnus :

E9 : « on a vu une femme ivoirienne (...) elle avait une puce, on a appelé le 115 »

3) A l'arrivée en France

- **Quand on arrive en France, c'est tellement dur**

Lorsque les personnes arrivent en France, leur parcours migratoire n'est pas encore terminé car ils sont maintenant dans l'angoisse de pouvoir avoir des papiers, de pouvoir s'intégrer et tout cela joue beaucoup sur leur santé.



a) Les personnes arrivent, elles sont fatiguées de la route et ont parfois des problèmes physiques liées aux violences subies :

E1 : « je me sens pas bien, c'est à cause de ça, c'est fatigué beaucoup sur la route »

E3 : « Life is difficult, I'm praying for God to help me because I suffer a lot »

E4: « j'étais tellement malade, je suis rentré j'étais tellement malade, avec les problèmes, tout ce que j'ai vécu que ce soit chez moi ou bien sur la route, c'était, comment dirais-je, je souffrais beaucoup »

E9 : « souvent quand il faisait trop froid ma femme souvent elle faisait des malaises »

E11 : « si j'ai souffert, je suis fatiguée »

b) Le traumatisme psychologique est important :

E1 : « c'est un problème ce que j'ai vécu sur ma route et chez moi, ça m'affecte jusqu'à maintenant »

E5 : « c'est une évidence que ça a eu un impact psychologique sur moi »

E8 : « j'ai vu beaucoup de choses sur la route puis dans la mer, des amis qui sont décédés, j'ai perdu mon frère tout ça (...) ça m'a beaucoup touché»

E10 : « psychologiquement ça n'allait pas du tout »

b.a) Impact sur le sommeil, l'humeur, la nourriture

E1 : « je mange pas bien, je dors pas, je vais pas voir avec personne, je reste dans ma chambre seul pendant 24 heures, je bouge pas »

E4 : « j'avais des problèmes, je dors pas la nuit avec les problèmes, le souci »

E5 : « l'obligation d'attendre de dormir tard par exemple 0h, 1h, et puis autour de 4h, 4h30 je suis déjà debout »

E6 : « j'ai des cauchemars, des insomnies, des maux de tête »

b.b) Etat de stress post-traumatique avec reviviscence des scènes traumatiques :

E1 : « si je dors la nuit parfois, je vois ce qu'on m'a fait là-bas et je crie. Donc ça me fait mal »

E4 : « parce que quand tu dors pas (...) tu es obligé de penser, c'est beaucoup de choses... »

E8 : « oui, souvent je n'arrive pas à bien dormir, souvent quand je pense à ce qui est arrivé, souvent, ça revient un peu »

E10 : « mais avant de voir des gens qui se sont noyés j'ai vu des choses plus pires que ça et qui me marquent parfois même qui me reviennent jusqu'à maintenant »

« même quand je dormais pas j'étais assis comme ça, je voyais surtout les deux événements là (...) j'ai passé des moments très difficiles, j'ai été torturé emprisonné tout, mais pour moi j'avais oublié tout ça, tout ça ne revenait plus dans mes réflexions, mais avoir enterré quelqu'un vivant, et que je le vois respirer, ça, ça m'a...si quelqu'un allait me dire que ça existe cette histoire je n'allais pas croire mais vu que c'est moi-même qui l'ai fait, c'était autre chose, c'est ça. (...) ça été dans ma vie, c'est le premier, pour moi jusqu'à maintenant, c'est la première chose qui m'est arrivé de plus dur dans ma vie »

b.c) Tentation pour oublier ses soucis :

E1 : « parce qu'avant je fumais beaucoup, (...), je buvais de l'alcool, (...), pour oublier mes soucis »

b.d) Les enfants sont également souvent traumatisés par le voyage :

E7 : « avant quand il dort il pleure et pas n'importe quoi mais il pleure, le plus grand, mais maintenant ça va il fait plus avant il faisait mais maintenant il fait plus »

E11 : « elle bougeait tout le temps quand on a quitté la Libye avec le trajet (...) quand on a quitté là-bas pour venir, elle bougeait trop, elle peut pas s'asseoir tranquille »

b.e) La prise en charge psychologique est compliqué même à l'arrivée en France :

- Parce qu'ils n'ont pas d'argent pour payer :

E1 : « J'ai été voir mon docteur, et j'ai parlé de ça, il a fait une ordonnance et arrivé à la pharmacie, ils ont dit non ça c'est moi qui doit payer, donc il donne pas ça (...), mais moi j'ai pas de sous »

- Par méconnaissance des traitements :

E4 : on m'a envoyé voir un psychologue, je suis parti voir un psychologue à polygone, bah un moment ça été un peu tranquille, elle m'avait même donné un médicament pour dormir, mais ça m'a donné des vertiges du coup j'ai eu peur donc j'ai arrêté de le prendre »

- Parce qu'ils sont pris par leurs démarches administratives :

E4 : « ça fait longtemps je suis pas retourné, parce qu'avec les rendez-vous aussi, les démarches pour les papiers machin comme ça, c'était plus compliqué »

- Parce qu'ils ne pensent pas à en parler :

E5 : « c'est peut-être aussi de ma faute parce que j'en ai pas véritablement parlé au médecin »

- Pourtant quand elle est faite elle peut être bénéfique :

E10 : « je fréquentais souvent la dame psychologue qui était là, le problème c'est que psychologiquement j'ai passé beaucoup de choses, j'ai vu beaucoup de choses sur ma route, mais il y a presque deux choses qui me marquent et qui me restent à chaque fois, surtout avant, maintenant suivant mes rencontres avec le psychologue ça a beaucoup changé »

c) Le problème de communication est un souci majeur pour leur bien-être :

E1 : « puis je comprends pas bien le français parce que moi j'ai jamais été à l'école, donc ça me rend mal »

E7 : « parce que vous ne parlez pas très bien français ? Oui »

E10 : « à ce moment là je parlais pas français du tout parce que moi je suis pas instruit »

d) La solitude pèse énormément sur les migrants :

E1 : « je suis seul, j'ai pas de famille ici »

E4 : « je me sens tout seul, je me sens isolé, bon, une fois que tu te retrouves là, tu n'as pas la famille, tu n'as pas, tu vis avec personne, tu n'as personne, bon, qui peut t'aider ou bien soutenir moralement. C'est très difficile après avoir vécu tous les moments »

e) Les centres d'accueil dans lesquels ils sont logés ne favorisent pas la santé physique et psychique :

e.a) On y reste enfermé et cela rend fou :

E1 : « pour moi c'est comme un canapé donc je suis devenu comme quelqu'un qui est fou, c'est pour cela je prends l'alcool parce que parfois j'oublie »

E5 : « où je suis dans l'obligation la matinée d'aller juste déposer ma fille à l'école, passer mon temps sans rien faire »

e.b) On ne se sent pas chez soi, il faut partager l'endroit avec d'autres personnes:

E1 : « mon soucis c'est pour avoir mon appartement (...) ici je suis pas bien. (...) des fois je fais quelque chose et toi tu veux pas même si tu me parles pas ça arrive mais si t'es avec toi seul ça va. Parce que là je pense si je suis venu chez toi je sais qu'ici c'est chez toi »

E6 : « ce qui me met pas trop dans ma peau, c'est de rester ici au CADA, parce que c'est quelque chose que je n'ai jamais vécu en fait donc rester dans un endroit comme ça et partager les installations sanitaires et tout c'est un peu compliqué, c'est pas facile mais je n'ai pas le choix »

e.c) On n'a pas le choix dans la destination et cela peut bouleverser leurs projets :

E5 : « la procédure où l'OFII exige, où fait signer lors de l'entretien avec les réfugiés un document dans lequel le réfugié doit reconnaître, accepter le fait que si on lui trouve un hébergement peu importe l'endroit peu importe la région en France il doit l'accepter (...) ce voyage a tout bouleversé. »

f) Il existe également une angoisse importante liée à l'illégalité dans laquelle ils sont forcés de vivre.

f.a) Méfiance vis-à-vis de tout le monde :

E1 : « l'OFPRA vous a envoyé parce que c'est eux qui m'ont donné les papiers et ils veulent savoir comment je vis »

« y a un médecin qui venait, à chaque fois il venait et posait des questions. Mais en ce temps j'avais même pas de papiers. Mais à un moment il a disparu, j'ai demandé à Mr Olivier (...) il m'a dit il a fini son contrat. Mais pour moi c'est pas sur »

E2 : « j'étais là en situation irrégulière mais j'avais toujours peur de rentrer chez moi »

f.b) Méconnaissance des droits :

E2 : « je savais pas que par rapport à mon histoire je pouvais avoir un suivi et des papiers »

E7 : « on savait pas qu'il y avait des associations ici mais on est venu on connaît personne ici, on a fait presque une semaine dehors »

E8 : « je dormais dans la rue d'abord »

E9 : « on nous a descendu à France on connaissait rien »

f.c) Peur d'être renvoyé dans son pays :

E2 : « mais avant ça n'allait pas je stressais tout le temps pour tout, en permanence je stressais, j'avais peur, j'étais pas bien, je faisais même des nuits blanches, parce que j'avais peur qu'on me renvoie, j'avais peur qu'on me renvoie dans mon pays c'était surtout ça »

E7 : « on a fait un rendez-vous à la préfecture, les policiers nous a tapé et mis en prison (...) ils ont dit on a pas respecté les lois, il faut qu'on respecte les lois, on est passé par l'Italie faut qu'on reste en Italie (...) j'ai en train de pleurer, mes enfants aussi en train de pleurer, ils m'ont dit faut arrêter de pleurer tu es en train de traumatiser tes enfants, j'ai dit mais c'est vous qui traumatisez les enfants (...) quand on est arrivé à l'aéroport après ils ont pris notre dossier, je sais pas ce qu'ils ont fait là-bas, après ils sont venu vous êtes libéré, j'ai dit comment ça on est libéré parce que vous m'avez dit que vous alliez nous renvoyer, ils ont dit y a pas de vol »

f.d) Durée d'attente pour les papiers parfois importante et surtout méconnue :

E5 : « on ne sait pas quand on va nous appeler à Paris pour aller expliquer (...) on nous fait savoir que dès lors que l'OFPRA a reçu les récits il faut attendre au maximum 6 mois (...) on peut être appelé à n'importe quel moment.

g) On quitte un endroit qu'on connaît pour venir vers l'inconnu :

E2 : « oui c'est toujours comme on dit, déprimant quand on arrive. Déjà moi je suis jamais venu ici en Europe, donc quand on quitte son pays où on a toute sa famille, où on a vécu toute sa vie pour venir ailleurs forcément on est pas bien au début »

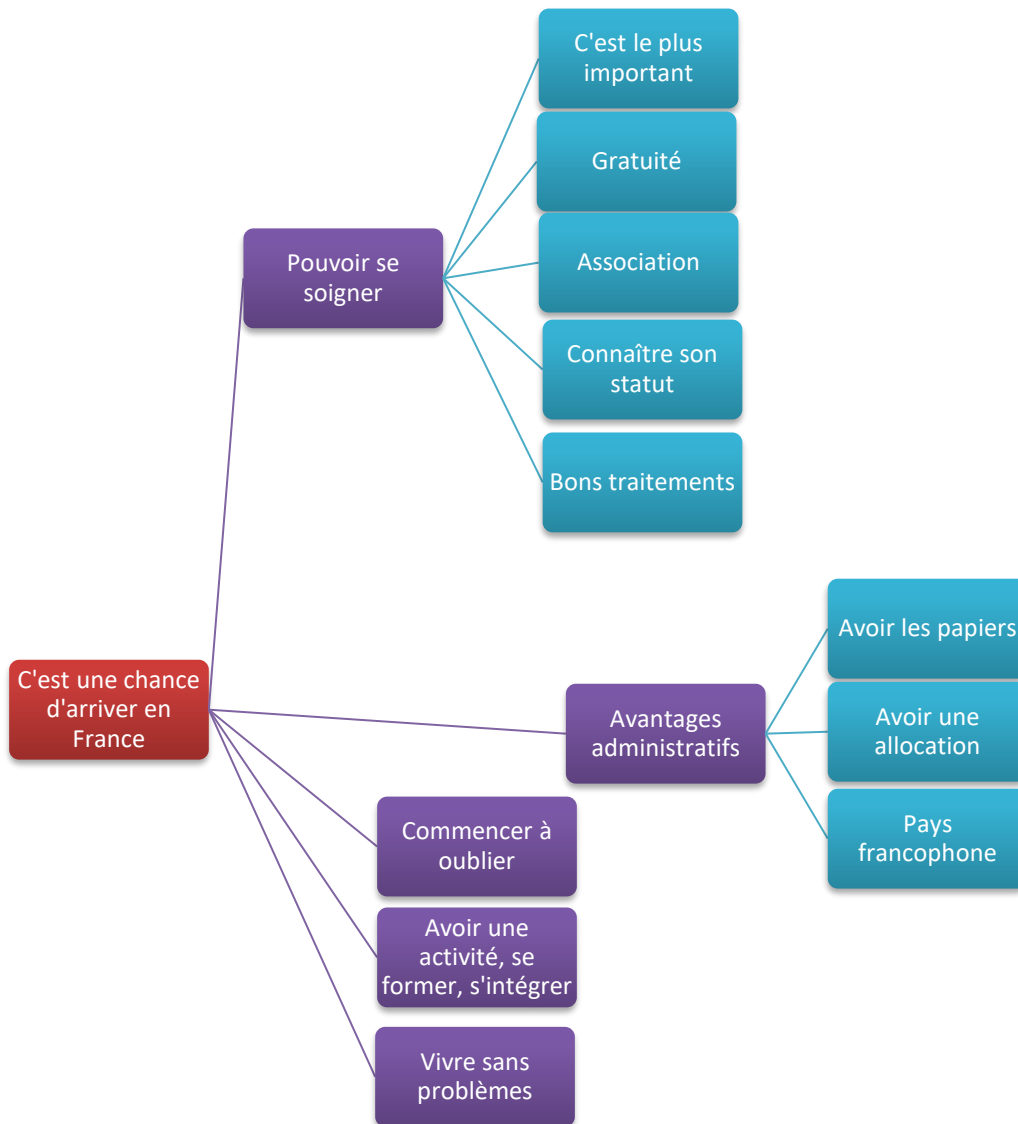
h) Pour certains ce fut un changement de statut difficile à accepter, avec une précarité qu'ils ne connaissaient pas :

E5 : « j'étais quelqu'un qui travaillait, qui tout le temps était occupé, en train de faire quelque chose, déjà. (...) la rémunération était tellement bonne (...) au Congo c'est une fortune (...) je me retrouve dans une situation où je n'ai plus tout ça en fait (...) cette précarité dans laquelle je suis par rapport à ce que j'étais »

« en fait je suis trop pensif (...) cette configuration qui consiste à penser ce que j'avais, ce que je suis, ces difficultés, ne rien faire, ne pas travailler, faire ceci, et donc du coup ça s'accumule »

- **C'est une chance d'arriver en France**

Malgré la difficulté à l'arrivée en France, toutes les personnes interrogées parlent d'une chance que ce soit pour pouvoir avoir des papiers français, pour pouvoir se soigner et tout simplement commencer à vivre en oubliant le passé.



a) La France permet de pouvoir se soigner

a.a) Pour beaucoup c'est le plus important:

E1 : « je me fais soigner beaucoup en France, parce que ça m'a aidé beaucoup »

E4 : « j'avais des problèmes c'est ici que j'ai eu la chance de faire tout, j'ai fait opération. En fait c'est ici que j'ai eu la chance de me soigner quand même et j'ai beaucoup aimé donc, ça m'a beaucoup aidé quand même »

E5 : « nous sommes très content et reconnaissant à l'état français (...) surtout la CMU, je me souviens quand on l'a eu, c'est comme quand j'ai eu mon bac en fait, oui la CMU c'est quelque chose »

E10 : « même si c'était seulement d'avoir pris en charge le soin médical, (...) seulement la charge des soins médicaux c'était suffisant »

a.b) Les soins sont gratuits :

E1 : « si c'est pas grâce à eux je peux pas parce que si c'était dans ma poche je peux pas me soigner, parce que pour me soigner, c'était beaucoup parce que arrivé ici j'ai mal partout maintenant ça va »

E2 : « j'avais les dents qu'étaient pas bien donc grâce à la CMU j'ai été au dentiste ils m'ont arrangé les dents et j'ai presque pas payé »

E4 : « j'avais le droit, on m'avait donné comme la carte vitale, j'avais le droit quand même d'aller, parce qu'ils ont pris, comment, un médecin traitant »

E5 : « les frais de consultation tout ce qui se fait, se fait avec la CMU, donc ce qui signifie simplement que sans cette CMU là on serait pas en mesure de se soigner parce que voilà on a pas les moyens qui nous permettent justement d'acheter des produits ou quoi que ce soit »

E6 : « du côté de la santé oui parce que du coup là je n'ai rien à payer parce que la CMU couvre tout niveau santé »

a.c) Il existe des associations qui favorisent l'accès aux soins :

E1 : « oui en France, premier médecin c'est Médecins du Monde (...) là-bas avec le papier hébergement ça peut aller mais les autres hôpitaux sans récépissé et sans carte de séjour il peut pas te soigner »

E2 : « je me suis tourné vers l'association qu'il y a ici Gammes »

E5 : « nous étions gérés par l'OFII et par notre association France Terre d'Asile qui a diligenté justement la procédure de la mise à disposition de la CMU »

E7 : « il y a une association à Paris qu'on appelle la CIMADE, vous partez là-bas vous expliquez votre problème s'ils peuvent vous aider ils vont vous aider »

E8 : « oui il y a un médecin ici (CADA), comme j'étais enceinte, on m'a envoyé »

a.d) On peut connaître sa situation sur le plan de la santé et avoir un suivi, c'est rassurant:

E1 : « si j'ai envie de voir le docteur c'est toi que je demande parce que c'est toi que tu m'as présenté au début »

E 2 : « j'ai fait tous mes examens, (...), le SIDA, les hépatites, tout ce qu'il y a à faire, un check-up on appelle (...) c'est donc que niveau santé pour moi maintenant ça va parce que je connais ma situation, je connais mon statut donc ça va »

E5 : « je lui ai même fait comprendre que j'aurai voulu aussi qu'on fasse un bilan de santé parce que peut-être il y a quelque chose dans le sang »

a.e) En France, on a des bons traitements :

E2 : « je peux dire que c'est ici que j'ai pu bien me soigner, qu'on s'est bien occupé de moi (...) ici on prend le temps de s'occuper des gens »

E3 : « I always felt pain so somebody told me that in France they have good doctors, better treatments, that was why I came here to seek treatments »

b) La France a des avantages sur le plan administratif

b.a) Avoir les papiers français :

E1 : « dieu m'a donné la chance, j'ai trouvé les papiers »

E4 : « on m'a dit maintenant vous avez la chance on vous garde en France donc vous pouvez déposer votre demande d'asile »

b.b) Recevoir une allocation pour vivre :

E5 : « cet argent c'est l'état français qui nous donne cet argent, parce que nous avons une allocation financière chaque mois (...) sans cette aide financière on ne serait pas en mesure d'acheter un pull pour nos filles ou des petites chaussures pour qu'elles aillent à l'école »

b.c) Venir d'un pays francophone aide :

E8 : « le but c'était de venir en France ? Oui c'était la France, à cause de la langue »

E10 : « je venais d'un pays francophone, même si on a pris l'indépendance depuis le 02/10/1958 mais je sais que la France reconnaît qu'on a été colonisé par la France, donc je me suis dit si ça se passe comme ça en Europe, c'est la France qui est favorable pour moi »

c) Cela permet de commencer à oublier :

E1 : « beaucoup de choses ont changé envers moi parce que j'ai oublié beaucoup de choses »

d) On peut trouver des activités, se former pour s'intégrer :

E1 : « j'ai commencé à faire la formation parce que j'ai envie de travailler »

« maintenant que j'ai commencé la formation ça va parce que je bouge un peu, ça va, mais avant je bougeais pas trop ça me fatigue »

E2 : « j'ai appris à parler, bon un peu, comme les français, et tout ça pour m'intégrer »

E4 : « c'est ça je reste, je m'intègre, je continue mes études, je travaille et je continue ma vie »

E10 : « même à Paris avant de venir, je fais beaucoup de foot, je fais beaucoup d'activités sportives, ici le marathon de l'année passé j'ai fait 26km de course moins de deux heures de temps et après ça j'ai fait plus de 36km de course, pour moi ça va. Et je fais du foot, je joue au foot avec des gens donc moi ma santé ça va »

e) Tout simplement une vie sans problème :

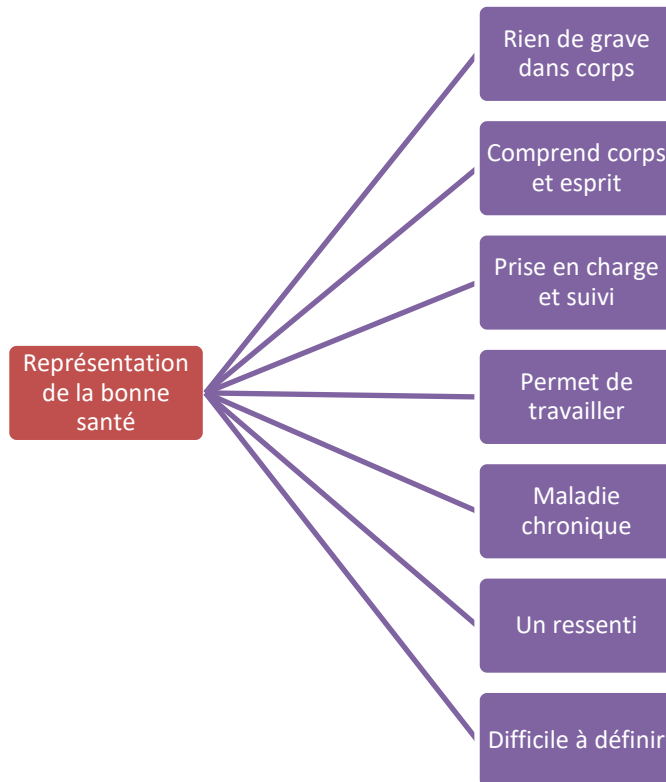
E7 : « on est content parce qu'ici on a pas de problème, on frappe pas les gens, on te met pas en prison si tu n'as rien fait »

E9 : « on voulait être libre quoi, vivre une vie tranquille avec notre enfant »

E11 : « oui je suis contente ça m'a fait plaisir, ici on me laisse avec mes enfants (...) si t'es rentré en France ils vont rien faire à ton enfant »

- Représentation de la bonne santé

Nous avons également posé la question de la représentation de la bonne santé qui peut différer selon la culture ou le genre.



a) Il n'y a rien de grave dans le corps, on n'a pas de douleur :

E 1 : « j'ai pas malade y a rien de grave dans mon corps »

E8 : « comme je peux dire mon mari à la bonne santé, il n'est pas malade, il n'a pas de souci, il peut dire qu'il est en bonne santé, il n'a pas mal à la tête, ni de douleur c'est pour ça on dit la bonne santé »

E10 : « c'est quelqu'un qui ne se plaint pas de douleur (...) pour moi quand on vous demande c'est quoi le problème de la santé pour moi c'est quelqu'un qui n'a pas de douleur »

b) C'est un tout, cela comprend le corps et l'esprit :

E4 : « quelqu'un qui se sent bien, qui se sent bien, qui n'a pas mal...rien...qui n'a aucune douleur dans son corps ou qui est tranquille dans son esprit »

E5 : « c'est quelqu'un qui n'a pas de pépin physique, mais la bonne santé c'est aussi psychologique parce que...la bonne santé pour moi c'est un tout, il faudrait qu'on soit stable en ce qui concerne le corps c'est-à-dire physiquement mais il faudrait aussi que psychologiquement, moralement on soit stable »

E7 : « si quelqu'un est en bonne santé, il est pas malade et puis il a pas de problème dans sa tête et puis tout est bien chez eux »

c) On peut être suivi par un docteur et on peut être pris en charge :

E1 : j'ai un docteur à chaque fois si j'ai quelque chose je pars là-bas c'est lui qui me regarde et lui-même il dit t'as pas de souci t'es en bonne santé donc je sais que je suis en bonne santé »

E9 : « quelqu'un qui est en bonne santé c'est quelqu'un qui va régulièrement pour suivre sa santé, qui a un moyen d'aller à l'hôpital, pour payer ses médicaments, dormir au chaud, c'est la base »

d) On peut travailler :

E1 : « parce que même si je trouve du boulot, je peux bosser »

e) On n'a pas de maladie chronique :

E2 : « c'est quelqu'un qui n'a pas de maladie particulière et qui se porte bien... surtout qui n'a pas de maladie particulière parce qu'on peut avoir des maux de tête bon c'est des trucs passagers mais quelqu'un qui a une maladie genre diabète ou je sais pas c'est des gens qui souffrent qui sont pas en bonne santé donc pour moi être en bonne santé c'est être sans avoir une maladie particulière ou pathologie de grave »

f) C'est un ressenti :

E3: « the way you're free about yourself, when you are sick you know inside you, you are sick »

E11: « j'ai bonne santé parce que j'étais en Côte d'Ivoire dans mon pays la façon que j'étais maintenant c'est la même chose »

g) C'est difficile à définir car parfois on l'ignore soi-même :

E6: " c'est quelqu'un qui se sent mieux apparemment parce que quelqu'un peut se sentir mieux apparemment mais il est malade, un malade qui s'ignore par exemple. C'est un peu difficile de définir ça parce que comme là apparemment vous êtes en bonne santé mais je ne sais pas ce qui se passe en vous (...) apparemment vous vous portez bien médicalement peut-être vous avez des problèmes de santé »

E10 : « des fois la personne peut avoir des problèmes psychologiques se rendre compte qu'elle a des problèmes psychologiques donc je peux pas le définir »

DISCUSSION

I] Matériel et méthode

a) Le recrutement

Le recrutement des participants a eu lieu de deux manières différentes selon la volonté des CADA qui ont accepté de nous aider.

Ainsi pour le premier, ce sont les travailleurs sociaux qui ont d'abord parlé aux migrants du projet et seuls ceux qui acceptaient de participer ont été mis en contact avec moi, il y a donc pu y avoir un biais dans la sélection.

Pour le deuxième CADA je suis directement allée me présenter et présenter l'étude aux personnes y résidant, cela a évité le biais de sélection qui existait pour le premier.

Même si le but d'une enquête qualitative n'est pas de donner des données représentatives, on peut voir que l'échantillon recruté est très hétérogène et permet d'avoir une vision globale sur la santé des migrants.

En effet nous avons interrogé cinq femmes, quatre hommes et deux couples. Cela est représentatif puisqu'il y a à peu près autant d'hommes que de femmes immigrés selon l'étude de l'INSEE en 2014 (29). De plus la plupart se situe dans la tranche d'âge la plus importante parmi les migrants, celle des 25-54 ans (29).

Les conditions du voyage variaient également puisque trois personnes avaient pris l'avion et les autres étaient venus en bateau. Six des participants étaient seuls pendant le voyage, les cinq autres ont voyagé avec leurs enfants et/ou en couple.

Enfin l'échantillon est également hétérogène sur le pays d'origine des participants et on peut penser, même s'il n'existe pas de chiffres sur les pourcentages de migrants selon le pays d'Afrique sub-saharienne que l'échantillon est représentatif avec des personnes venant surtout de Guinée, de Côte d'Ivoire ou du Congo.

Toutefois, on peut noter une barrière linguistique pour certains participants qui ne parlaient pas très bien français et cela a pu jouer dans les données recueillies avec une perte d'informations.

b) L'entretien

Nous avons choisi la méthode de l'entretien semi-directif qui nous semblait la plus adaptée au type d'étude que l'on réalisait, toutefois cela fut parfois difficile au vu de la population étudiée. En effet certaines personnes, comme expliqué plus haut ne parlaient pas un français courant, et donc s'exprimaient peu malgré des questions ouvertes et même parfois ne comprenaient pas bien ces questions. Je me suis donc adapté selon le niveau de langue des personnes. La culture jouait également dans l'expression des personnes puisque on peut voir que les personnes venant de Côte d'Ivoire se manifestaient beaucoup moins que des personnes venant de Guinée.

Le guide d'entretien fut réalisé grâce à l'aide d'un comité de pilotage avec des personnes qualifiées sur l'étude qualitative (Pr BOURREL et Dr OUDE-ENGBERINK) mais également sur la santé des migrants (Dr JAUME, Médecins du Monde). Celui-ci fut ensuite adapté selon les réponses des personnes permettant ainsi une meilleure qualité dans les données recueillies.

Les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone ce qui a pu gêner la parole de certains (une personne surtout a semblé inquiet en montrant le dictaphone). Par ailleurs, les entretiens ont été pratiquement tous réalisés au domicile des personnes (sauf deux réalisés dans une pièce commune du CADA) et cela favorise la confiance et la prise de parole. Nous avons également évité la présence d'une tierce personne en sélectionnant des personnes parlant français ou anglais, nous n'avons donc pas eu besoin d'un interprète qui par sa présence aurait pu entraîner un frein aux recueils de données.

Enfin, il faut souligner l'inexpérience de l'investigateur qui a pu avoir un impact sur la réalisation de l'entretien et le discours des participants. C'était en effet la première fois que je réalisais des entretiens et la méconnaissance des techniques de relance et de reformulation a pu influencer les données. Toutefois au fur et à mesure des entretiens,

l'expérience augmente et il me semble avoir réussi à être le plus neutre possible mais également m'être adaptée selon la personnalité du participant qui dans mon étude différait d'autant plus que les personnes étaient de pays d'origine différent.

c) Méthode et analyse

Nous avons utilisé la méthode phénoméno-pragmatique pour cette étude car elle nous semblait la plus adaptée au vu du sujet sur le ressenti des personnes.

Toutefois mon directeur de thèse et moi-même ayant peu d'expérience sur cette méthode, nous sommes entrés en contact avec le Pr BOURREL et le Dr OUDE-ENGBERINK (tout deux corédacteur de l'article sur l'intérêt de l'approche sémio-pragmatique peircienne dans la recherche qualitative) afin de nous aiguiller aux différentes étapes de l'analyse.

Tout d'abord le guide d'entretien a été réalisé en collaboration avec eux puis nous leur avons envoyé les premiers entretiens réalisés afin de vérifier sa fonctionnalité.

Par ailleurs, je me suis rendu à Perpignan pour rencontrer le Pr BOURREL afin de discuter avec lui de la méthode d'analyse des entretiens que celui-ci m'a expliquée.

Puis nous avons réalisé ensemble une analyse des quatre premiers entretiens en utilisant la technique de Peirce ce qui nous a permis de faire émerger plusieurs catégories. Ainsi on peut dire qu'il y a eu une triangulation partielle permettant de valider les résultats.

La triangulation étant « l'utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude » (20).

J'ai réalisé l'analyse des autres entretiens seule et nous n'avons utilisé aucun logiciel informatique d'aide à l'analyse.

Les retranscriptions ont été faites de manière la plus littérale possible toutefois elles n'ont pas été relues par les participants une fois terminées et celles-ci étant basées sur un enregistrement par dictaphone, la communication non verbale n'est donc pas prise en compte dans l'analyse.

II] Les résultats

Il y a peu d'études qui portent sur le ressenti des migrants, dans la littérature on trouve surtout des études quantitatives avec des statistiques pour connaître l'état de santé des migrants. De plus ces études sont pour la plupart centrées sur la prise en charge en France mais peu se sont intéressées au voyage que le migrant entreprend et comment il est vécu sur le plan de la santé. Cela confirme que notre étude a un caractère innovant.

Tout d'abord dans nos résultats on voit que raconter son histoire peut rendre malade. En effet on sait que lors d'un état de stress post-traumatique il existe un processus d'évitement persistant des stimuli (30). Les personnes ne veulent pas parler des événements traumatiques vécus, dans notre étude il peut donc y avoir des manques dans le recueil de données.

Le processus de guérison lors d'un état de stress post-traumatique passe par plusieurs étapes et la durée est dépendante du patient. Celle-ci doit être respectée, c'est pourquoi nous n'avons pas cherché à brusquer la parole des participants mais ceux-ci étaient juste amenés à parler de leur histoire.

Toutefois, on sait qu'il sera plus facile de s'exprimer sur son vécu lorsque le processus sera terminé, ainsi il serait intéressant de réaliser une étude sur le long terme afin de recueillir des données au fur et à mesure de la progression dans la guérison du migrant.

Certains des participants nous ont parlé de leurs réflexions avant le départ. En effet il est très difficile de quitter son pays, pour la plupart ils n'avaient jamais voyagé avant, c'était donc le seul endroit qu'ils connaissaient. C'est un endroit qui est lié à leur culture et où vivent les personnes qui comptent : la famille, les amis... Six des participants avaient un travail dans leur pays d'origine et donc un statut.

Les personnes en partant savent également que la route est dangereuse et que le chemin sera long. Il pourrait être intéressant de les interroger particulièrement sur leurs connaissances avant le départ par rapport au trajet mais également par rapport à l'arrivée en France et ce qu'ils en attendent.

Cependant on voit très bien dans les résultats que la notion de ne pas avoir le choix est prédominante. Tous les participants à l'étude avait une raison forte de vouloir quitter leur pays, que ce soit pour des raisons politiques ou plus personnelles.

Aucun ne parle d'une envie de venir en France, certains même m'ont signalé ne pas avoir voulu venir mais les circonstances ont fait qu'ils y ont été obligé.

Cela influe directement sur leur ressenti de leur état de santé. Le fait de ressentir cette migration comme une obligation, d'être déraciné sans en avoir eu le choix est à prendre directement en compte lorsqu'on parle de leur état de santé.

De plus, même lors du voyage il n'y pas de choix possible, il faut continuer à avancer, revenir en arrière n'est pas pensable. Pendant le voyage ils réalisent qu'ils ne peuvent plus revenir dans leur pays. Premièrement parce que c'est trop dangereux, il y a beaucoup d'agressions sur la route, l'un des participants nous a expliqué la difficulté de sortir de Libye que ce soit côté méditerranée pour venir en Europe mais également côté africain si l'on veut retourner dans son pays d'origine.

Deuxièmement parce que les personnes ne s'imaginent pas revenir en arrière après tout ce qu'elles ont vécu, ce serait comme si toutes ces violences, ces difficultés vécues sur la route n'auraient servi à rien et même si l'un des participants nous a parlé du regret d'être parti, aucun ne nous a signalé vouloir faire demi-tour au cours de leur voyage.

Pour eux avancer est la seule manière de survivre. Ils nous parlent souvent lors de moments difficiles sur la route : « c'est le moment où » ; « j'ai donc décidé de » ; « c'est pourquoi nous » ; on se rend donc compte que la dangerosité du voyage et les traumatismes subis sont la raison qui les ont poussé à continuer d'avancer. Ce sont des moments où ils n'avaient pas le choix, ils devaient prendre une décision et la seule qui paraissait logique était de traverser et de venir en Europe.

Il faut donc lors de la prise en charge d'un migrant se rendre compte de ce ressenti de migration subie pour lui que ce soit lorsqu'il est parti de son pays d'origine mais également lorsqu'il s'est retrouvé sur la route.

Nous nous sommes intéressés à savoir quel était le ressenti de l'état de santé des migrants pendant le voyage. Or on se rend compte au cours de l'entretien que aucun d'entre eux ne s'est soucié de sa santé pendant le voyage.

En effet les conditions sur la route qui sont violentes ainsi que le manque de moyen (pas de médecins sur place, seulement parfois des médicaments traditionnels) entraîne un manque d'intérêt forcé de leur état de santé. Certains participants nous ont dit ne même pas y avoir pensé et une seule des participantes a pris des médicaments avec elle en pensant à sa santé.

Deux des participants avaient des maladies chroniques qui ont été bouleversées par le voyage mais ils n'ont pas pu s'en soucier plus au cours du parcours. Quatre femmes interrogées étaient également enceintes au cours du voyage et celles-ci n'ont pas cherché à prendre en charge leur grossesse. Cela peut être dû à un aspect culturel puisque dans leur pays d'origine la grossesse est rarement suivie comme en France, ainsi certaines ont même paru surprise quand je leur ai demandé si elles avaient pu voir un médecin pour leur grossesse.

Même si dans cette étude, l'échantillon n'est pas représentatif, ce fort pourcentage de femmes enceintes au cours du voyage avec quatre femmes sur sept interrogées peut nous interpeller. On pourrait alors envisager une étude sur cette population particulière et notamment axée sur l'accès à la contraception chez les migrants.

Le traumatisme psychique subi également sur la route les empêche de se soucier de leur santé. Ils sont souvent isolé, ont dû quitter leur famille et même si la plupart ont eu sur la route des personnes ressources qui les ont aidé à traverser, aucun ne nous a parlé de lien de confiance créé au cours du voyage.

Les migrants sont manipulés, transportés d'un endroit à un autre sans savoir pourquoi, sont torturés, témoins de massacres, sont peu nourris, ils ne peuvent jamais se reposer et tout ça les fait se renfermer sur eux-mêmes et ils sont donc dans l'impossibilité de créer du lien entre eux et de l'entraide.

Ainsi toutes ces conditions terribles, beaucoup ont comparé la route à l'enfer, entraînent une sensation d'irréalité comme nous l'a expliqué l'un des participants. Il est donc difficile de se soucier de sa santé lorsqu'on ne pense même pas être dans la vie réelle. Et cela mène même à une acceptation de tout ce qui peut arriver dont la mort et il n'y a donc plus aucune raison de se soigner.

Paradoxalement, on voit que lorsque les migrants arrivent en France, prendre en charge leur santé est l'une de leur priorité.

Tous nous ont signalé la chance de pouvoir être en France pour pouvoir se soigner gratuitement. Ils ont d'ailleurs tous vu des médecins, fait des opérations ou pris en charge leurs maladies chroniques.

Il faut toutefois signaler que aucun n'a eu de visites médicales obligatoires et que ce sont pour la plupart grâce aux diverses associations qu'ils ont pu avoir un accès aux soins.

La route a bien sûr beaucoup agit sur leur état de santé physique et psychologique mais alors qu'ils ne s'en souciaient pas avant ou en tout cas ne nous en parlaient pas, ils sont à l'arrivée en France beaucoup plus enclin à discuter de leur ressenti.

Ainsi on voit que le traumatisme psychologique est le plus important avec des états de stress post-traumatique compliqués et une prise en charge psychiatrique qui manque d'efficacité en France. Celle-ci a été peu réalisé et même lorsqu'elle l'est, elle n'est souvent pas réalisé complètement car elle ne prend pas en compte l'instabilité géographique, financière, administrative des migrants.

Les migrants se sentent seuls, ils ont peu de connaissance à leur arrivée et ont du mal à créer du lien avec les personnes en France.

Tout d'abord à cause de la langue, même si ils avaient quelques bases avant leur arrivée et que des cours sont donnés par des associations dans les centres d'accueil, les migrants ressentent toujours un clivage entre leur manière de parler et les français.

De plus, avec les traumatismes subis, beaucoup ont des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur qui les font se renfermer et vouloir rester à l'écart.

Enfin il y a le côté administratif qui les empêche de s'intégrer. Les trois participants qui avaient le statut de réfugié, commençaient à faire des activités, à se former à un métier et donc à s'intégrer et se sentaient de mieux en mieux. Les autres personnes sont dans une sorte d'attente de la vie sans savoir quelle direction elle prendra, s'ils resteront en France ou seront renvoyés. Ils vivent dans les centres d'accueil avec d'autres personnes qui ont le même statut et n'arrivent donc pas à créer du lien même entre migrants. Ils ne font rien de leur journée à part attendre et avoir l'angoisse de ne pas être accepté en tant que réfugié.

Et même si le statut leur est accordé, ils savent que la vie ne sera pas simple. Il y aura forcément une phase de transition. Les migrants ont quitté leur pays d'origine avec tout ce qu'ils connaissaient et doivent maintenant faire face à un monde inconnu avec pour certains des changements de statut important. L'un des participants était ingénieur informatique et dirigeait une grande entreprise et se retrouve maintenant sans travail. Toutefois l'acceptation du statut de réfugié et la vie en France leur permet de commencer à oublier, de se former à un métier et de s'intégrer. Tous les participants interrogés nous ont parlé de cette volonté d'intégration et de travailler.

Enfin nous pouvons dire un mot sur la représentation de la santé.

Nous avons posé à tous les participants la question sur la représentation de la bonne santé, il nous semblait important devant les différences culturelles de faire un point sur ce que chacun appelait être en bonne santé afin de pouvoir interpréter les résultats.

On peut voir si on classe ces représentations selon le genre que les femmes seules parlent plus souvent de choses subjectives avec le ressenti ou prenant en compte les maladies chroniques ou qu'on ignore comme dans les entretiens n°2, n°3, n°6 et n°11 alors que les hommes parlent de choses plus concrètes comme les douleurs physiques, le fait d'avoir un suivi ou de pouvoir travailler comme dans les entretiens n°1, n°9 et n°10.

Il y a toutefois peu de différences selon le pays d'origine, certains intégraient le corps et l'esprit alors que d'autres ne se souciaient pas de l'aspect psychologique mais cela ne dépendait pas du pays d'origine.

Il y a donc un aspect culturel dans les représentations de la bonne santé mais également personnel peut-être selon le vécu de la personne. Nous pourrions effectuer une étude centrée sur les représentations afin de connaître la valeur de l'influence culturelle ou du vécu sur ces représentations.

III] Les perspectives

Cette étude a permis de faire un état des lieux sur le ressenti des migrants par rapport à leur état de santé au cours de leurs parcours.

On voit ainsi que c'est une population avec des caractéristiques bien particulières qu'il faut prendre en compte lors de la prise en charge en médecine générale.

La culture est l'une de ces caractéristiques les plus importantes. Elle a été défini par G.N Fischer en 1990 : *«La culture est l'ensemble des modalités de l'expérience sociale, construites sur des savoirs appris et organisés comme des systèmes de signes à l'intérieur d'une communication sociale qui fournit aux membres d'un groupe un répertoire et constitue un modèle de significations socialement partagées, leur permettant de se comporter et d'agir de façon adaptée au sein d'une société »*(31).

Et il y a un véritable métissage culturel des migrants puisque ceux-ci sont de pays d'origines différents et même au sein d'un même pays d'ethnies différentes. Il faut prendre en compte cette complexité.

On peut prendre l'exemple de la grossesse puisque nombre de nos participantes étaient enceintes au cours du voyage. Or celle-ci est vécue de manière complètement différente selon la culture : *« Là, il ne faut pas annoncer sa grossesse, ailleurs, il faut éviter de manger certains poissons ou des tubercules qui ramollissent à la cuisson. Ailleurs encore, il ne faut pas que le mari mange certains types de viande pendant que sa femme est enceinte... Plus loin, il faut garder ses rêves, les interpréter et respecter les demandes qui sont faites dans le rêve car c'est l'enfant qui parle... »*(32). Ces représentations peuvent aller à l'encontre de la logique médicale apprise en France et sont donc parfois difficiles à accepter ou à comprendre.

De plus, nous en avons parlé plus haut, le migrant a une particularité puisqu'il vit entre deux mondes, celui d'avant et celui d'après la migration. Ceci peut être vécu très difficilement.

Thierry Baubet et Marie-Rose Moro en parlent car il est particulièrement présent chez les enfants de migrants : *« L'enfant de migrant naît ainsi dans un univers double, deux mondes culturels hétérogènes, dont certaines logiques sont difficilement conciliables :*

le monde de la maison et le monde de l'extérieur, auxquels répondent un ici et un ailleurs, un avant et un après la migration. » (33)

Ce métissage culturel et situationnel impacte de manière certaine la vie et la santé des migrants et ne doit pas être méconnu.

C'est dans cette optique que la clinique transculturelle a été développée.

Celle-ci s'appuie sur l'ethnopsychiatrie dont G Devereux est le fondateur qui elle-même combine la psychanalyse et l'anthropologie pour mieux soigner tout en prenant en compte les éléments culturels.

« L'approche transculturelle se fonde sur le postulat qu'il est nécessaire, pour comprendre et accompagner efficacement les familles, de prendre en compte leur(s) langue(s) maternelle(s), leurs affiliations culturelles, mais aussi leur expérience migratoire et leurs métissages dans toute démarche de prise en charge, médicale, sociale ou psychologique. » (34)

Pour une approche transculturelle, il est important de prendre conscience du contre-transfert qui est la manière dont le thérapeute se positionne intérieurement vis-à-vis du patient. Il est lié à « *l'histoire personnelle du thérapeute, à son âge, son sexe, son identité professionnelle, son appartenance culturelle et sociale et emprunte à l'histoire, la politique et la géographie* » (35).

Il faut alors mettre en jeu un processus de « décentrage qui vise à réduire la distance entre le patient et le thérapeute » (36).

Toutefois et c'est là, la difficulté de cette approche, il ne faut pas non plus entrer dans un effet inverse dans lequel on cherche à être trop différent et à vouloir faire une prise en charge « hors normes ». Les migrants ne souhaitent pas être traités de manière différente et être stigmatisés.

De plus il ne faut pas entrer dans une curiosité malsaine envers leur environnement culturel.

C'est donc là tout l'enjeu de l'approche transculturelle : ne pas nier la différence culturelle tout en évitant un intéressement excessif.

Ainsi la clinique transculturelle permet d'améliorer la prise en charge de cette population particulière et doit absolument être mis en place lors des consultations par le médecin généraliste.

Nous savons que la population migrante ne fera qu'augmenter dans les prochaines années et il est important d'enrichir nos connaissances sur la prise en charge en santé de ces patients.

Malheureusement il n'y a pas de formation dans le cursus médical pour l'instant sur l'approche transculturelle et cette notion de réflexion sur les moyens d'appréhender l'autre dans ses différences.

Il faut absolument développer nos compétences dans ce domaine en promouvant des formations pour tous les professionnels de santé.

Cela entre directement en ligne pour lutter contre l'inégalité d'accès aux soins.

CONCLUSION

La prise en charge de la santé des migrants sera probablement l'un des enjeux majeurs de l'ère actuelle. Le nombre de migrants est en croissance perpétuelle et d'après tous les scientifiques il augmentera de plus en plus que ce soit des migrations pour raison politique, économique ou climatique.

Il est donc capital de s'intéresser à la santé de cette population particulière afin de permettre une prise en charge adaptée.

Notre travail est une prémisse pour une meilleure connaissance de l'état de santé des migrants.

On y voit que l'intérêt de leur état de santé au cours du voyage est complètement annihilé par la difficulté du parcours migratoire et cette impression de parenthèse dans leur vie, ils avancent entre deux points car ils n'ont pas le choix. De plus il n'y a aucun accès possible à des soins sur la route, ils ne voient pas de docteur ou ont seulement accès à des médicaments traditionnels.

Toutefois à l'arrivée en France ils désirent fortement prendre en charge leur santé et en font même leur priorité.

C'est là que le médecin généraliste entre en jeu et il est important qu'il comprenne le ressenti d'un migrant au cours de son voyage et l'impact que cela a sur sa santé. C'est pourquoi la clinique transculturelle doit devenir un des points fondamentaux dans la formation d'un médecin généraliste.

En effet cela permettra non seulement une meilleure prise en charge des migrants mais également une ouverture d'esprit avec la possibilité pour le médecin généraliste de se questionner sur sa position par rapport aux idées d'un patient.

Notre travail ouvre également des portes sur de prochaines études pouvant approfondir le côté médical mais également anthropologique de la migration.

Lorsque l'on parle de la santé des migrants on ne peut de toute manière pas rester simplement sur le côté médical de la situation mais il est nécessaire d'avoir une vue globale, politique, géographique, économique, anthropologique... puisque tous ces paramètres vont influencer la santé.

Bibliographie

1. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire_ SOINS ET ACCOMPAGNEMENT; Guide pratique pour les professionnels. 2015^e éd.
2. Migration internationale, santé et droits de l'homme - | IOM Online Bookstore [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://publications.iom.int/books/migration-internationale-sante-et-droits-de-lhomme>
3. Projet de loi Asile et Immigration [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/projet-de-loi-asile-et-immigration>
4. D'une réforme à l'autre, l'asile en danger [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2018/02/13/dune-reforme-lautre-lasile-en-danger>
5. Parmet WE, Sainsbury-Wong L, Prabhu M. Immigration and Health: Law, Policy, and Ethics. J Law Med Ethics. 2017;45(1_suppl):55-9.
6. Migrations. État des lieux 2017 - [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/publication/migrations-etat-des-lieux-2017/>
7. Sommaire - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
8. Self-rated health and its association with perceived environmental hazards, the social environment, and cultural stressors in an environmental justice population | BMC Public Health | Full Text [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: [https://bmcpublichealth-biomedcentral-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/articles/10.1186/s12889-018-5797-7](https://bmcpublichealth.biomedcentral-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/articles/10.1186/s12889-018-5797-7)
9. Santé et vieillissement des immigrés | Cairn.info [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2005-3-page-89.htm?contenu=resume>

10. La crise des migrants en 25 questions [Internet]. L'Echo. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://bit.ly/1kaukGZ>
11. Europe | Flow monitoring [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <http://migration.iom.int/europe?type=arrivals>
12. Migration et santé : les principaux enjeux [Internet]. 2019 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
13. Rapport-SANTE-RETENTION-Cimade2.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2014/01/Rapport-SANTE-RETENTION-Cimade2.pdf>
14. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. The British Journal of Psychiatry. Avr2009;194(4):306-12.
15. Boston 677 Huntington Avenue, Ma 02115 +1495-1000. HIV screening and care for immigration detainees [Internet]. Health and Human Rights Journal.2013 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/hiv-screening-and-care-for-immigration-detainees/>
16. Wluczka M. Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants. Les Tribunes de la sante. 2007;n° 17(4):39-45.
17. Thèse médecine générale Laura FEDERICI 2013.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20Laura%20FEDERICI%202013.pdf>
18. Thèse Alice Mathieu_0.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu_0.pdf

19. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/444970/>
- 20 - Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. 2009;n°88:106-112.
- 21 - Kaufmann JC. L'entretien compréhensif : L'enquête et ses méthodes. 3^{ème} édition. Paris : Armand Colin; 2011, 128p.
- 22 - Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative I. *Exercer*, 2009;n°87:74–79.
- 23 - Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^{ème} édition. Paris, France : A. Colin ; 2016. 430p.
- 24 - Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013; n°105 : 4-11.
- 25 - Blanchet A. Les Techniques d'enquête en sciences sociales. Paris: Dunod; 1987.197p.
26. Husserl, E. (2003). *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris : Gallimard.
- 27 - Peirce CS. Pragmatisme et pragmaticisme. Paris: Éditions du Cerf; 2002,496p.
- 28 - Houser N. La structure formelle de l'expérience selon Peirce. *Études Phénoménologiques*. 1989;5(9/10):77–111.
29. Étrangers - Immigrés – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303358?sommaire=3353488>

30. What Is PTSD? [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
31. Fischer, G. N. (1990). Les domaines de la psychologie sociale : Le champ du social. Paris : Dunod
32. Moro MR, Les parents migrants sont aussi de bons parents..., [s.d], in : <http://www.marierosemoro.fr/>
33. Baubet T, Moro MR. L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances Psy.* 2000;no 12(4):111-7.
34. Transculturel (SHS). Apport de la Clinique Transculturelle [Internet]. Transculturel.eu. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://www.transculturel.eu/Apport-de-la-Clinique-Transculturelle_a414.html
35. Moro MR, Baubet T. Psychiatrie et migrations. Paris : Masson ; 2003
36. Moro MR, Moro Gomez I et coll. Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle. Grenoble : la pensée sauvage ; 2004

Annexe 1 : Autorisation du comité d'éthique



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cngc.fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 10 Décembre 2018

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Quel est le ressenti des migrants sur leur état de santé et comment et par qui sont-ils soignés tout au long de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues ?" –
AVIS n° -22111855

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « Quel est le ressenti des migrants sur leur état de santé et comment et par qui sont-ils soignés tout au long de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues ? ».

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 2 : Guide d'entretien

Introduction : Je me présente : je m'appelle Emma et suis interne en médecine. Je fais actuellement une étude afin de comprendre quelle est l'expérience des migrants sur leur santé tout au long du trajet jusqu'en France. Nous sommes intéressés par votre état de santé et comment cela s'est passé à ce niveau tout au long de votre voyage. Pour cela je vais vous poser des questions sur les besoins et les obstacles que vous avez rencontrés tout au long de votre voyage jusqu'en France. Mais avant je vais vous transmettre une fiche d'information et j'ai besoin de votre consentement pour utiliser ces données dans mon étude qui seront bien sûr complètement anonyme.

Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Questions socio-démographiques :

- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre âge ? fratrie, composition de la famille nucléaire ?
- Quel est votre pays d'origine ?
- Quelle est votre situation familiale ? Nombre d'enfants ?
- Quel est votre statut professionnel ?

1^{ère} question : « récit de voyage » qui risque d'englober l'ensemble des questions : les noter pour faire des relances

Parlez moi de votre voyage de votre pays d'origine jusqu'en France ?

- Si la personne ne sait pas par où commencer : poser des questions plus directives telles que : d'où êtes-vous parti ? Par quels moyens êtes-vous arrivé en France ? Quels pays avez-vous traversé ? Comment ça s'est passé ?

- Rester à l'affût d'une formulation sur ce qui les a poussés à partir.

2^{ème} question : la santé au départ

Comment jugiez-vous votre santé au moment de votre départ ?

- Si possible, investiguer sur les représentations de la « bonne santé » en demandant : *qu'est ce que c'est pour vous la santé ou se « sentir en bonne santé » ?*

3^{ème} question : la gestion tout au long

Comment avez-vous géré votre santé tout au long du trajet jusqu'en France ? (si la personne était malade) ou Quel genre de problème vous a conduit à avoir recours à quelqu'un pour un problème de santé (physique ou psychologique) ?

- Si la personne me dit ne pas avoir eu de problèmes de santé et n'avoir eu recours à personne : Comment auriez-vous géré si vous aviez eu des problèmes de santé ?

Pouvez-vous me dire ce qui, selon vous, s'est dégradé au niveau de votre santé tout au long du voyage et vous êtes-vous senti pris en charge pendant le voyage et comment ?

- Notez et listez les différents sentiments que l'interlocuteur mentionnera

4^{ème} question : à l'arrivée

Quelle aurait été la manière dont vous auriez souhaité être pris en charge pendant le voyage ? Et à l'arrivée ?

Annexe 3 : Lettre d'information remise aux patients

LETTRE D'INFORMATION

DESTINEE AUX PATIENTS POUR

LA PARTICIPATION A UNE THESE EN SANTE

Titre de la recherche : Le ressenti des migrants sur leur état de santé et comment et par qui sont-ils soignés tout au long de leur périple jusqu'en France à travers l'exploration de leurs expériences vécues.

Madame, monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste mon étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation. N'hésitez pas à me demander des informations complémentaires s'il y a des choses que vous n'avez pas comprises ou que vous souhaitez préciser.

JUSTIFICATION

La migration est en continuelle augmentation ces dernières années, particulièrement des pays d'Afrique sub-saharienne et du Moyen-Orient où les personnes fuient la violence et la précarité de leurs pays. Toutefois il n'existe toujours aucune loi protégeant les personnes en transit et les problèmes de santé durant la migration sont un problème majeur. Il y a peu d'études qui se concentrent sur le vécu des migrants pendant leur voyage et comment leur santé a été influencé par ce périple. C'est pourquoi j'ai décidé de faire cette étude.

BUT DE L'ETUDE

L'objectif de cet entretien est de comprendre votre expérience sur la santé tout au long du périple jusqu'en France et comment celle-ci a pu être géré pendant le voyage.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude consistera en un entretien individuel d'environ 25-30 minutes lors d'un créneau horaire que nous aurons fixé au préalable en fonction de nos disponibilités respectives.

Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement vocal par le biais d'un dictaphone.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toutes les informations recueillies pendant cette étude vous concernant seront traitées de façon **confidentielles et anonymisées**. Toutes les données enregistrées seront **détruites** à la fin de l'étude.

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués en fin d'étude.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

Investigatrice principale :

Mme Emma DURECU, 28 rue de l'école normale 34090 Montpellier, 0628596329

Directeur de thèse :

Mr Cyril Jaume, 18 Rue Henri Dunant, 34000 Montpellier, 04 99 23 27 17

Annexe 4 : Exemple d'analyse du Verbatim (entretien n°1)

Qualité 1 (sentiments, ressentis, émotions)	Faits 2 (actions, interactions, expériences,confrontation)	Concepts 3 (principe, lois, théories)
« parce que ça me rend mal »	« je peux pas vous raconter »	raconter son histoire rend malade
« je veux pas mourir maintenant »	« donc je préfère me sauver »	si l'on ne veut pas mourir on se sauve
« je me sens pas bien, c'est fatigué beaucoup sur la route »	« mais depuis que je suis ici, j'ai trouvé les papiers donc je me fais soigner »	Importance d'avoir ses papiers, de pouvoir se soigner. C'est une chance. « Dieu m'a donné la chance »

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La migration est en augmentation constante et elle devient de plus en plus compliquée avec des politiques de repli sur soi pour la plupart des pays européens. Les migrants sont donc une population particulière dans la prise en charge de leur santé de part leur vulnérabilité. Nous avons donc cherché dans cette étude quel était le ressenti de leur état de santé au cours de leur périple à travers l'exploration de leurs expériences vécues.

Méthode : Notre étude est une étude qualitative. Nous avons interrogé 11 migrants venants d'Afrique Subsaharienne recrutés dans deux CADA de Montpellier et nous avons effectué des entretiens semi-dirigés que nous avons ensuite analysés de manière phénoméno-pragmatique.

Résultats : Les conditions du voyage du migrant ne sont pas favorables aux soins. En effet il n'y a pas d'accès aux soins possibles, de plus la violence et les difficultés psychologiques rencontrées sur le parcours empêchent les migrants de trouver un intérêt à se soigner car ils sont comme dans un moment irréel de leurs vies. A l'arrivée en France ils ont au contraire, un fort besoin de prise en charge de leur santé, le voyage les ayant affectés physiquement et psychologiquement. Toutefois nos résultats montrent également la complexité de l'arrivée en France par leur instabilité géographique, administrative, les difficultés de communication, l'isolement et la méconnaissance du futur.

Conclusion : Ce ressenti particulier de leur santé doit être pris en compte dans la prise en charge d'un migrant ainsi que la difficulté de sa situation à l'arrivée en France. C'est pourquoi nous devons développer la pratique de la clinique transculturelle avec une formation approfondie au cours du cursus médical.

Mots-clés : parcours migratoire, migrants, santé, ressenti, accès aux soins, clinique transculturelle, analyse sémio-pragmatique