



**HAL**  
open science

# Santé globale des personnes en situation de demande d'asile à Marseille, étude de faisabilité du protocole PREMENTADA

Quentin Ecosse, Sarah Dempuré

## ► To cite this version:

Quentin Ecosse, Sarah Dempuré. Santé globale des personnes en situation de demande d'asile à Marseille, étude de faisabilité du protocole PREMENTADA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02978089

**HAL Id: dumas-02978089**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978089>**

Submitted on 26 Oct 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.



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Santé globale des personnes en situation de demande d'asile à Marseille,  
étude de faisabilité du protocole PREMENTADA.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 1<sup>er</sup> Octobre 2020**

**Par Madame Sarah DEMPURÉ**

**Née le 1<sup>er</sup> janvier 1991 à Poissy (78)**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**et**

**Par Monsieur Quentin ECOSSE**

**Né le 29 Octobre 1991 à Dijon (21)**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Président**

**Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur TINLAND Aurélie**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy**

**Assesseur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Santé globale des personnes en situation de demande d'asile à Marseille,  
étude de faisabilité du protocole PREMENTADA.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 1<sup>er</sup> Octobre 2020**

**Par Madame Sarah DEMPURÉ**

**Née le 1<sup>er</sup> janvier 1991 à Poissy (78)**

**et**

**Par Monsieur Quentin ECOSSE**

**Né le 29 Octobre 1991 à Dijon (21)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Président**

**Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur TINLAND Aurélie**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy**

**Assesseur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	<b>1 - Pr. Georges LEONETTI</b>
<b>Vice-Doyen aux affaires générales</b>	<b>2 - Pr. Patrick DESSI</b>
<b>Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller</b>	<b>3 - Pr. Philippe BERBIS</b>
	<b>4 - Pr. Patrick VILLANI</b>

### Assesseurs :

<b>aux études à la recherche</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Kathia CHAUMOITRE</b>
<b>à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Louis MEGE</b>
<b>Groupements Hospitaliers de territoire aux masters</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Justin MICHEL</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane BERDAH</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Noël ARGENSON</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Pascal ADALIAN</b>

### Chargés de mission :

<b>sciences humaines et sociales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre LE COZ</b>
<b>relations internationales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane RANQUE</b>
<b>DU/DIU</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Véronique VITTON</b>
<b>DPC, disciplines médicales &amp; biologiques</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Frédéric CASTINETTI</b>
<b>DPC, disciplines chirurgicales</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Thomas GRAILLON</b>

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	----------	------------------------------

### Chargés de mission

<b>PACES – Post-PACES</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Régis GUIEU</b>
<b>DFGSM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Anne-Laure PELISSIER</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marie-Aleth RICHARD</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marc BARTHET</b>
<b>Préparation aux ECN</b>	<b>:</b>	<b>Dr Aurélie DAUMAS</b>
<b>DES spécialités</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre-Edouard FOURNIER</b>
<b>DES stages hospitaliers</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Benjamin BLONDEL</b>
<b>DES MG</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Christophe BARTOLI</b>
<b>Démographie médicale</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Noémie RESSEGUIER</b>
<b>Etudiant</b>	<b>:</b>	<b>Elise DOMINJON</b>

### **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

**1er cycle** : **Madame Estelle**  
**2ème cycle** : **BOISSIER Madame**  
**Cécile NINA**

### **ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION**

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

**Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Béatrice CAORS**  
**Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Joannie HENRY**  
**Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

### **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

**Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**  
**Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCES Yves
	ASSADOURIAN Robert		FRANCOIS Georges
	AUFFRAY Jean-Pierre		FUENTES Pierre
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GABRIEL Bernard
	AZORIN Jean-Michel		GALINIER Louis
	BAILLE Yves		GALLAIS Hervé
	BARDOT Jacques		GAMERRE Marc
	BARDOT André		GARCIN Michel
	BERARD Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BERGOIN Maurice		GAUTHIER André
	BERLAND Yvon		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARPIN Denis		LOUCHET Edmond
	CHARREL Michel		LOUIS René
	CHAUVEL Patrick		LUCIANI Jean-Marie
	CHOUX Maurice		MAGALON Guy
	CIANFARANI François		MAGNAN Jacques
	CLAVERIE Jean-Michel		MALLAN- MANCINI Josette
	CLEMENT Robert		MALMEJAC Claude
	COMBALBERT André		MARANINCHI Dominique
	CONTE-DEVOLX Bernard		MARTIN Claude
	CORRIOL Jacques		MATTEI Jean-François
	COULANGE Christian		MERCIER Claude
	DALMAS Henri		METGE Paul
	DE MICO Philippe		MICHOTEY Georges
	DESSEIN Alain		MILLET Yves
	DELARQUE Alain		MIRANDA François
	DEVIN Robert		MONFORT Gérard
	DEVRED Philippe		MONGES André
	DJIANE Pierre		MONGIN Maurice
	DONNET Vincent		MONTIES Jean-Raoul
	DUCASSOU Jacques		NAZARIAN Serge
	DUFOUR Michel		NICOLI René
	DUMON Henri		
	ENJALBERT Alain		

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

**EMERITAT****2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

**2009**

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

**2010**

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

**2011**

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

**2012**

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

**2013**

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

**2014**

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TSIMARATOS Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	TURRINI Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VALERO René
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VELLY Lionel
PETIT Philippe	SARLES Jacques	VEY Norbert
PHAM Thao	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
POINSO François	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
RACCAH Denis	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RAOULT Didier	SIMON Nicolas	XERRI Luc
REGIS Jean	STEIN Andréas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	
REYNAUD Rachel	THIRION Xavier	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THOMAS Pascal	
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)**

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah	DEVILLIER Raynier	LOOSVELD Marie
ANGELAKIS Emmanouïl ( <i>disponibilité</i> )	DUBOURG Grégory	MAAROUF Adil
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	DUCONSEIL Pauline	MACAGNO Nicolas
BARTHELEMY Pierre	DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André
BEGE Thierry	ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BELIARD Sophie	FABRE Alexandre	NGUYEN PHONG Karine
BENYAMINE Audrey	FAURE Alice	NINOVE Laetitia
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	FOLETTI Jean-Marc	NOUGAIREDE Antoine
BERTRAND Baptiste	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BEYER-BERJOT Laura	FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile
BIRNBAUM David	FROMNOT Julien	PESENTI Sébastien
BONINI Francesca	GASTALDI Marguerite	RADULESCO Thomas
BOUCRAUT Joseph	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BOULAMERY Audrey	GIUSIANO Bernard	ROBERT Philippe
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROMANET Pauline
BOUSSEN Salah Michel	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BUFFAT Christophe	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
CAMILLERI Serge	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
CARRON Romain	GUERIN Carole	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
CASSAGNE Carole	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
CERMOLACCE Michel	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
CHAUDET Hervé	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
CHRETIEN Anne-Sophie	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
COZE Carole	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CUNY Thomas	KASPI-PEZZOLI Elise	TOMASINI Pascale
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	L'OLLIVIER Coralie	TOSELLO Barthélémy
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
DAUMAS Aurélie	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DEGEORGES/VITTE Joëlle	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VELY Frédéric
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DESPLAT/JEGO Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
*DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre*  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
*BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019*  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)  
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)  
 ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301****MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303****MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

**NEPHROLOGIE 5203**

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NUTRITION 4404****NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**NEUROLOGIE 4901****ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)  
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)  
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  
 MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 OVAERT Caroline (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANÇON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802****THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001****UROLOGIE 5204**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

# Remerciements

Nous remercions tous les membres de notre jury :

**Le Pr Lançon Christophe**, qui nous fait l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**Le Pr Auquier Pascal** qui nous fait l'honneur de juger notre travail et qui nous a guidés dans la réalisation de ce protocole. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**Le Dr Cermolacce Michel** qui nous fait l'honneur de juger notre travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**Le Dr Tinland Aurélie**, notre directrice de thèse, qui nous a permis de toucher du doigt le travail de recherche, grâce à ce sujet passionnant, qui souligne son humanité. Nous te remercions pour ton investissement, tes précieux conseils et ton soutien infaillible tout au long de ce travail malgré un emploi du temps très chargé.

**Le Dr Khouani Jérémy**, qui a accepté de participer à notre jury de thèse, et avec qui nous avons collaboré avec plaisir durant tout ce travail.

Nous remercions M. Bulteau, chef de service de la SPADA de Marseille, ainsi que toute son équipe, qui nous ont accueillis malgré leurs disponibilités restreintes.

Nous remercions Mme Lesauvage, directrice territoriale de l'OFII et le Dr Truze, médecin coordinateur de l'OFII de nous avoir reçu.

Nous remercions la plateforme d'interprétariat Osiris de nous avoir formés à cette pratique si complexe.

Nous remercions le Dr Borlot, le Dr Tamby et toute l'équipe de la PASS de Marseille pour notre travail de collaboration.

Nous remercions toute l'équipe MARSS, et notamment Mme Boutayeb Aïcha pour son aide logistique précieuse.

Nous remercions le Dr Aubas Caroline, le Dr Diouaba René, M. Grard Julien, Mme Isabelle Clothilde, et toute l'équipe du laboratoire de santé publique du Pr Auquier pour leur aide concernant notre travail de bibliographie.

Nous remercions l'équipe du garage de l'APHM pour leur disponibilité et leurs leçons de conduites.

Nous remercions Mme Dempuré Odile pour sa relecture si juste, et M. Dempuré Raphaël pour son travail de traduction.

Nous remercions toutes les personnes, riches de leur bilinguisme, qui nous ont aidé à favoriser nos inclusions, via leurs traductions : Mme Ahriz Dalia, M. Diakite Adama, Mme Dempuré Odile, M. Dempuré Raphaël, Mme Gladkova Polina, M. Kaya Théo, Mme Lejeune Isabelle, Mme Lustremant Marjorie et M. Meyer Paul.

Nous remercions avant tout, toutes les personnes qui ont accepté de participer à notre étude, et nous ont enrichi de leurs expériences ; et notamment Helen qui a accepté de tester ce questionnaire en avant-première.

# Remerciements de Sarah

A Michel, qui par sa présence, adoucissait la douleur de l'exil...

**Merci à toute ma famille, qui aux quatre coins de France, sait toujours se retrouver avec bonheur :**

A mes parents, vous avez toujours su m'accompagner dans mes projets, aussi « kamikaze » soient-ils, grâce à votre présence si rassurante et douce. Papa tu m'as donné goût en la science et maman tu m'as ouverte à l'art. La psychiatrie, sur vos traces ?

A mon frère, mon duo depuis toujours, des Bo Bun à Sartrou, aux escapades londoniennes, un dooguy n'aurait pas pu rêver meilleur petit cookie.

A maminou, ta bonne humeur de tout temps est ta plus grande force, et c'est elle qui fait de toi une mamie extraordinaire. Pouet pouet <3

A ma Maëlle, mon bœuf, cousine rêvée, binôme de voyage, meilleur coloc, duo de cuisine, copilote et besty for ever. Quel bonheur de t'avoir tout prêt de moi.

Aux Toulousains pour votre accueil inconditionnel, tonton Alain, tata Vivi alias Edward aux mains d'argent, Salomette et sa bassecour et Thibaut.

Aux Bordelais, Babeth pour tes petits mots si doux, Stephy pour nos grandes aventures, Nailys ma filleule d'amour pleine de fougue et Elina petite princesse qui sera un jour ma première dame.

A ma belle-famille, pour votre joie de vivre : Annie, Jean-Louis, Sandrine, Fred, Lucy, Alessia, Selena, Loane, Léna et bébé Chelsea.

A Ochja et Nazca, même si vous ne savez pas lire, vos câlins méritent une petite ligne.

**Merci à tous mes amis, récents ou anciens, de rendre ma vie plus belle :**

A ma Mimi, ma plus ancienne amie. Il est loin le temps de sims et des chtibiloutes à l'orange, mais ta présence à mes côtés me fait un plaisir immense.

A tous les PP, toujours présents durant ces 10 années : quelle belle équipe ! Vivement les 10 prochaines. Ma Juju, tu sais toujours trouver les mots justes (ou la danse juste, tout dépend). Ton rire est une arme, continue d'en faire un si bel usage. Amour, mon petit être roux, c'est un bonheur de faire des escapades aux quatre coins du globe avec toi. Sandrine, ma parpine, le petite Momo a réussi à te kidnapper beaucoup trop loin. Mais ne t'inquiète pas, j'ai encore quelques tours dans mon sac pour te ramener près de moi, parce que c'est doux la vie avec toi. Jeannette, tu fais les meilleurs cakes du monde, certes, mais c'est ta douceur et ta constance qui font de toi une amie en or. Léa, i'll be there for you... à notre coloc, nos apéros, nos bonnes bouffes, nos skypes et tout le reste. Thominou, petit rappeur de la banlieue martégoise, si tu es l'un des seuls bonhommes de la bande des PP, pas de hasard : intelligence, humour et humanité font de toi le mec parfait. Baptou, de nos trajets dans la grenouille, à nos nuits sur l'autoroute en passant par nos révisions avec « mamie » et nos danses pendant lesquelles « tu te gaves », merci pour ces belles années !! Sophie, mi koala/mi GPS, tu es avant tout la meilleure hôtesse de ce groupe. Vive les retrouvailles ! Prissou, ma petite poupette, grâce à toi je suis habillée comme une reine ahah. Vivement notre prochain restau de copines ! Claire, avec nos escapades dans les meilleurs concerts de la région, on se la coule douce dans notre vie de ruth's man avec Jouffrey le plus bô. Mythique !

Aux pintades du CHET, en espérant que vous soyez aussi inacceptables pour ma soirée de thèse que pour les autres. Caro, la meilleure des cointernes, tu sais toujours m'impressionner par tes belles réflexions sur la vie, mais c'est ton originalité et ton humour qui font de toi une amie merveilleuse. Marion, ta folie nous amène toujours dans des aventures extraordinaires, et ton intelligence rendent les moments passés ensemble passionnants. Mathilde, ta douceur n'a d'égal que ta gentillesse : il me tarde de te retrouver à Lyon. Merci à vous trois d'être aussi parfaites.

A ma belle Julia, ma découverte de l'externat, ton intégrité m'impressionne chaque jour (et ce compliment c'est parce que je travaille, je travaille, je travaille !)

Au TIP Crew, Damien et Marine, et à toutes nos escapades à Paris et ailleurs. Déjà petits potes au CCM, c'est un bonheur de vous avoir près de moi au sein de cette spé fabuleuse. Vivement la retraite sur l'île de Damdam.

A Maridou et Dianou, pour ces années d'amitié, de week-end de bonheur, de (presque pour certaines) voyages au bout du monde. Et à Diane bis et Benja, présent !

A Audrey et Charles, où comment un week-end de formation peut provoquer de superbes rencontres.

A Clément, mon doudou sans gant, toi-même tu sais !

A Adama, chaque jour tu fais la preuve de ta force et de ta résistance. Tu m'impressionnes. Vivement notre week-end parisien, on ne perd pas espoir.

A Helen, tu m'as fait partager tes expériences difficiles avec simplicité, et je suis heureuse d'avoir travaillé sur ce sujet. Tu prouves chaque jour par ta joie comme la vie est belle. Angel, déjà 1 an, quel bonheur de te voir grandir et de voir ta maman s'épanouir à tes côtés.

A Vincent, petite bobo de St Etienne, c'était un plaisir d'être ta cointerne puis ta collègue !

A Friends, parce que je suis « celui qui passe sa thèse ».

### **Merci à toutes les personnes avec qui j'ai échangé durant mes études et qui ont su me faire partager leur savoir :**

A Quentin, c'est le hasard de nos études qui a provoqué notre rencontre, mais c'est notre entente qui a rendu cette thèse si agréable. C'était un plaisir de lâcher des bof à tes paragraphes, de passer tout ce temps à discuter, et de rendre ce travail dont nous sommes si fiers. A nous la fiesta, et à nous la suite !

A l'équipe du secteur 13, en attendant avec impatience les retrouvailles : Sandrine, Duduche, Carmenita, Emma, Pasqualine et tous les autres.

A l'équipe MARSS, pour votre humanité et votre ouverture d'esprit, en attendant de vous revoir vite : Aurélie meilleure directrice de thèse, Aïcha petite cuisinière, Charlotte ma ptite bobo, Emilie ma coupine, Julien le gymnaste, Nico le pote de ma mère, René finisseur des assiettes, Christophe, Hermann et Caro.

A l'équipe des consult ado, à votre recherche constante pour vous améliorer, et votre envie d'avancer. Merci de m'avoir donné goût en cette belle discipline qu'est la psy adolescente : Valérie pour tout ce que tu m'as appris et le reste, Françoise pour être mon meilleur binôme de garde et de crème dessert, Johan pour tes précieux conseils dans la rédaction de ma thèse, Karine ma chouquette si forte, Anne et Audrey pour votre humanité et notre trio MNA, Marie-Laure pour tes engagements, Roger pour ta sagesse, Camille pour ta bonne humeur.

A l'équipe du CAP, merci pour votre bonne humeur de jour comme de nuit et pour ce surnom que je garderai jusqu'à ma retraite : Alex Régis et Romain le trio de choc et vos vidéos de gens tous nus, Lolote et Momo, Arnaud mister cheese, Naïs, Anna madame pizza, Délia, Anaïs, Cécile, Amina, Jeremy, Vincent, Florian et les autres.

Pour finir, mon poupou, le plus compliqué de tous les remerciements de ma vie, non parce que je ne te remercie pas, mais parce qu'au contraire je ne sais par où commencer. Ton calme sans faille ? Ton amour ? Ton humour ? Ta douceur ? Et même si tu perds les clés tous les jours, et que tu ne sais pas encore reconnaître une carotte, chaque jour passé à tes côtés est une chance, et il me tarde de vivre toutes les aventures qui nous attendent. Mon petit crocro, maintenant je peux le dire : viens voir le docteur <3 (et oui, complètement !)

*« Quand deux fleuves se rencontrent, ils n'en forment plus qu'un, et par fusion nos cultures deviennent indistinctes. Elles s'imbriquent et s'encastrent pour ne former qu'un bloc d'humanité debout sur un socle. »*

Gaël Faye, Métis.

# Remerciements de Quentin

## A ma Famille,

A ma Mère, je te remercie maman de m'avoir transmis tes valeurs ; générosité, fidélité et perfectionnisme. Tu as toujours été là quand j'en avais besoin, dans les galères pour me remettre sur les rails et dans les moments de joie pour que tout soit toujours encore plus parfait. C'est le moment de te remercier du fond du cœur. Je t'aime.

A mon Père, je te remercie papa de m'avoir montré le droit chemin, l'équilibre entre les excès et la modération. J'espère avoir hérité de ta curiosité, ta lucidité et de ta coriacité. C'est bien connu, chez les Écosse on ne parle pas, mais ce coup-ci je te l'écris, sur un papier important, je t'aime.

A mon frère, merci Martin d'être ce que tu es, certains pensent qu'on se ressemble comme deux gouttes d'eau mais tu as bien des qualités qu'il me manque. Malgré ces cinq années d'écart, j'ai l'impression qu'on est en train de gommer ce retard a grande allure (et je ne parle pas de voiture ni de ta descente de bière). Je t'aime mon frère.

A mon papy, je te remercie d'être le papy idéal, fidèle a toi-même et fidèle au poste, toujours l'âme blagueur, indéboulonnable, un bon coup de fourchette et une santé de fer. Merci de m'avoir emmené voir les trains à la gare quand j'étais plus petit, d'avoir éveillé en moi l'esprit bricoleur du dimanche et de toujours raconter la petite histoire improbable. Je pense aussi à mamie, je t'aime papy.

A Ma famille de Rouvroy, Tata Ita, Alain, Éric, Benoit Cécilia, Julien, merci de vous être occupé de moi petit pendant les vacances, quand je pense à Rouvroy j'ai des milliers de souvenirs. J'adore les nouveaux que l'on créer depuis quelques temps (même s'ils sont un peu flous à cause de la gnôle...). Bises à Antoine, Fanny Gaëlle, Christophe et tous mes petits cousins/sines. Une pensée a Nono.

## A mes amis depuis collège et lycée,

Adrien, on forme une belle association de malfaiteur depuis plus de 15 ans et on est tombé qu'une fois pour une sombre affaire d'œufs. Merci pour toutes ces années. C'est vrai qu'on se ressemble malgré toutes nos oppositions. Je suis fier d'être un frère pour toi en plus de ton témoin de mariage.

Clément, Le raid, la balayette sous le préau, ça commence mal mais on s'est très bien rattrapé (je me rappelle de la soirée piscine rue Berb comme si c'était hier). Merci pour ta joie et ta bonne humeur que tu nous distille en toute discrétion. Tu es irréprochable sur l'orga et tu as une oreille qui écoute. En soit un ~~barman~~ ami parfait.

Rémi, merci le petit punk suisse de relever le niveau culturel de la bande, je savais que t'avais bon gout, bien avant qu'on se siffle la prune dans la mini en Irlande... J'ai hâte de me refaire un pogo en concert avec toi.

Hugo, n'oublions pas d'où l'on vient : Un pack de panaché, le magazine 16 sous pap et la musique au taquet sur un parking. Des années ont passé, maintenant tu es un papa heureux et j'ai hâte de te marier l'année prochaine. Merci pour toutes ces années de bonheur et pour celles qui arrivent.

Greg, merci d'être toi, T'es la perle rare d'un groupe. Depuis ton touchdown scotché a une chaise, en passant par nos discussions sur le banc du parc Paul et Henriette Dard jusqu'à ton magnifique HASTA LUEGO en Hongrie ! T'es un artiste, ta démesure te rend que plus attachant.

Guillaume, merci tu es le poto solide (et je ne parle pas de tes chevilles). Je vote pour toi à la mairie de Levallois Perret pour ton engagement dans la lutte contre les violences faites aux éléphants.

Thibault, merci mon titi pour ton sens de l'accueil et ta générosité. J'ai un milliard de souvenir rue Beauséjour et ça me fait toujours plaisir de vérifier s'il reste des graviers dans ta cave quand je rentre à Dijon. PS: merci pour les TP de physique-chimie !

Valentin, merci pour la dance de la déglingue et tout ce qui va avec !

Farid, merci d'être quelqu'un de bien, il ne faut pas que ça change.

Merci à Dylan, Ugo, David, Valentin et tous les autres bourguignons.

### **A mes amis de la Faculté de Médecine,**

Renaud, Mon grand renard, je vais d'abord te remercier pour tes spectacles préputial, tous tes one man show de l'externat ; ensuite pour ton rapport à la bouffe qui me fascine et enfin pour ces dernières années ou on a construit une amitié solide.

Etienne, si Johnny était encore là il serait assis à côté de toi pour ma soutenance ! Merci d'avoir partagé avec moi tes passions de la bricole que ce soit avec la cuisine ou avec le bois etc. (RIP notre table de beer pong led PCQM...)

Thomas, Toto la poêle Mauviele Président du monde ! je suis fier d'être dans les petits papiers d'une personnalité aussi importante que toi. Merci de me laisser gagner quand on se castagne, je sais que c'est ta façon de me montrer qu'on se kiff.

Damien, tu es le partenaire idéal pour l'apéro que ce soit dans les bons ou mauvais moments. Merci mon dam, tu seras, je le sais, un papa idéal.

Claude-Alexandre, mon claudiu, merci pour les années fac, on est dans le creux de la vague, j'espère que tu sais nager !

Merci Pop, merci Briche, et merci à tous les autres ...

Léa, j'ai travaillé sur ce sujet de thèse grâce à ta recommandation. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

### **A mes amis Dijonnais de Marseille,**

Benjamin, tu es VRAIMENT une belle personne mon Benj. Merci pour cette amitié ; quand tu me fais mourir de rire avec tes conneries ou quand on cause de gonzesse (tu vois c'que jveud) ! Ne change rien mon frère !

Paul tu me manques mon Paulo, reviens à Marseille, on formait une putain de belle équipe et pas qu'à la pétanque !!

Antoine-Sush, tu es un vrai chouinois et j'aime beaucoup ça, tu vas pouvoir venir chouiner tant que tu veux quand on sera voisin.

Henri, dans la même équipe ça ne marchera jamais mais en quuualitéééé de frère on arrive à faire de belles parties !

Milan, merci mylan, tu es une vraie duchesse...

Et mille mercé à Anaïs, Pierre, Marion, Perrine, Dalia, Alice, Mathilde, Pablo, Mathou, Lola, Audette, Noémie, Amédée, Elsa, ...

## **A mes co-internes devenus des amis,**

Anne, ton sourire infatigable et ta joie de vivre m'a sauvé de nombreuse crise de nerf en Pneumo... Merci Anne, tu es la première et la meilleure co-internes du monde !



Benoît, Merci j'ai appris énormément sur le plan médical à tes cotés et j'ai conforté mes connaissances sur l'apéritif ! T'es un chic type, j'espère que Paris ne t'éloignera pas trop.

Laurent, on ne faisait pas les fiers le premier jour en médecine interne, mais heureusement il y avait tes histoires, les histoires du père Laurent.

Manon, merci pour ta patience, grâce à toi l'endoc c'est ma passion. Stage riche en rebondissement mais qui n'a pas perturbé nos débriefes balcon-café-clopes. Je n'oublie pas la Pietri qui a gommé tous les clichés sur les Corses ! je déconne. Vous êtes aux top les endives vénères.

Et bien sûr Bastien, Sonia, Blandine, Julien, il me semble qu'on est sur le point de faire une raclette ?

Merci Esther, Camille, Mikaylo, Laurianne, ...

## **Confraternellement,**

Sarah, je suis sidéré d'avoir trouvé avec toi l'équilibre parfait pour un travail de thèse. On a été complètement asynchrone, on en a bavé, on a stressé, on a failli abandonner 100 fois ... Mais on a surtout bien profité et rigolé. Je suis extrêmement fier de ce travail et encore plus de l'avoir fait avec toi, la marâtre des « bof » ! Vivement l'apéro qu'on mérite...

Pascal, Que d'appréhension avant de commencer mon stage en cabinet. Mais quelle chance de travailler avec quelqu'un qui partage son savoir en restant à l'écoute. J'ai adoré nos réflexions pour optimiser le cabinet (et la médecine en général). Merci de m'avoir donné envie de faire de la médecine en cabinet !

Dr Boutaric, merci pour ce stage en pédiatrie. J'ai découvert et adhérer totalement à la pédiatrie en cabinet à travers votre pratique et votre personnalité ! Preuve en est j'ai validé mon DIU de pédiatrie !

Merci à toute l'équipe de pneumologie du CH d'Avignon, toute l'équipe de médecine interne du CHU de la Timone, merci à toute l'équipe d'endocrino du CHU de la Conception (+ l'équipe des covidiers).



Source : Aubry Pauline, directrice artistique et auteur de BD, "partir de l'OFPRA ? Ça m'a traversé l'esprit", Les jours.fr

*« De toutes les formes d'inégalités, l'injustice en matière de soins médicaux est la plus révoltante et la plus inhumaine »*

**Martin Luther King Jr., 25mars 1966**

# Table des matières

<b>1. RESUME</b>	<b>4</b>
<b>2. SIGLES ET ACRONYMES</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
3.1. INTRODUCTION GENERALE	8
3.1.1. <i>Contexte général</i>	8
3.1.2. <i>Notre étude : objectifs poursuivis et devenir</i>	8
3.1.3. <i>Genèse du projet</i>	9
3.1.4. <i>Présentation de la structure globale de la thèse</i>	10
3.2. GRANDS PRINCIPES DU DROIT D'ASILE EN FRANCE ET DEFINITIONS	11
3.2.1. <i>Migrant, immigrant/gré, émigrant/gré</i>	11
3.2.2. <i>Exilé</i>	13
3.2.3. <i>Demandeur d'asile</i>	13
3.2.4. <i>Réfugié</i>	14
3.2.5. <i>Débouté (sous-entendu du droit d'asile)</i>	14
3.3. TEXTES : A L'INTERNATIONAL ET EN FRANCE	14
3.3.1. <i>À l'international</i>	14
3.3.2. <i>En France</i>	14
3.4. PROCEDURE D'OBTENTION DE LA PROTECTION SUR LE SOL FRANÇAIS : LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE	15
3.5. QUI SONT LES DEMANDEURS D'ASILE A MARSEILLE ?	16
3.5.1. <i>Rapport OFPRA 2019</i>	16
3.6. SANTE DES DEMANDEURS D'ASILE/MIGRANTS : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	18
3.6.1. <i>Question de santé publique</i>	18
3.6.2. <i>Qualité de vie des demandeurs d'asile</i>	18
3.6.3. <i>Santé mentale des demandeurs d'asile</i>	19
3.6.4. <i>Santé somatique des demandeurs d'asile</i>	24
3.6.5. <i>Offre et utilisation du système de soin</i>	27
3.6.6. <i>Dispositifs d'accès aux soins à Marseille</i>	29
3.6.7. <i>Interprétariat en santé</i>	30
<b>4. MATERIEL ET METHODES DE L'ETUDE</b>	<b>32</b>
4.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET CRITERES DE JUGEMENT	32
4.1.1. <i>Objectif principal</i>	32
4.1.2. <i>Objectifs secondaires</i>	32
4.2. METHODOLOGIE	32
4.2.1. <i>Type d'étude</i>	33
4.2.2. <i>Durée de l'étude</i>	33
4.2.3. <i>Enquêteurs</i>	33
4.2.4. <i>Monocentrique</i>	33
4.2.5. <i>Population</i>	34
4.3. ÉTHIQUE	35
4.3.1. <i>Lettre d'information</i>	35
4.3.2. <i>Formulaire de consentement</i>	35
4.4. DEROULEMENT	35
4.5. CRITERES DE JUGEMENT ET VARIABLES RECUEILLIES	36

4.5.1.	<i>Évaluation de la faisabilité</i>	36
4.5.2.	<i>Forme du questionnaire</i>	37
4.5.3.	<i>Variables socio-démographiques, statut et situation sociale</i>	37
4.5.4.	<i>CIRS</i>	39
4.5.5.	<i>SF12</i>	40
4.5.6.	<i>RHS-15</i>	41
4.5.7.	<i>MINI</i>	42
4.5.8.	<i>BPRS</i>	42
4.5.9.	<i>Examens biologiques et adressages à la PASS</i>	43
4.5.10.	<i>Gestion des cas d'urgence</i>	43
<b>5.</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>44</b>
5.1.	TRAITEMENT DES DONNEES	44
5.2.	ANALYSES DES DONNEES	44
5.3.	RESULTATS DE L'ETUDE DE FAISABILITE	44
5.3.1.	<i>Faisabilité quant au lieu : La SPADA</i>	44
5.3.2.	<i>Faisabilité quant à l'espace pour les entretiens : le camion APHM</i>	46
5.3.3.	<i>Faisabilité quant au recrutement</i>	50
5.3.4.	<i>L'entretien</i>	53
5.4.	RESULTATS DES QUESTIONNAIRES	60
5.4.1.	<i>Caractéristiques de la population</i>	60
5.4.2.	<i>Parcours du demandeur d'asile</i>	64
5.4.3.	<i>Motif de demande d'asile</i>	65
5.4.4.	<i>Violence</i>	66
5.4.5.	<i>Données de santé</i>	68
5.4.6.	<i>Analyse associative</i>	74
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>81</b>
6.1.	LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE DE FAISABILITE	81
6.1.1.	<i>Freins organisationnels de l'étude et propositions</i>	81
6.1.2.	<i>Acceptabilité</i>	85
6.1.3.	<i>Pertinence des outils</i>	85
6.2.	CONCLUSIONS ET DISCUSSION DES RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES	87
6.2.1.	<i>Limites et apports de l'étude</i>	87
6.2.2.	<i>Santé mentale</i>	88
6.2.3.	<i>Comorbidités somatiques</i>	94
6.2.4.	<i>Impact de la COVID-19 sur notre étude</i>	96
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES</b>	<b>97</b>
<b>8.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>99</b>
8.1.	ANNEXE 1 : LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE EN FRANCE	99
8.2.	ANNEXE 2 : STRUCTURES INTERVENANTES DANS LE PARCOURS D'OBTENTION DU DROIT D'ASILE EN FRANCE	100
8.3.	ANNEXE 3 : DIFFERENTES FORMES DE PROTECTION	108
8.4.	ANNEXE 4 : DIFFERENTES PROCEDURES	109
8.5.	ANNEXE 5 : DROITS SOCIAUX DES DEMANDEURS D'ASILE	111
8.6.	ANNEXE 6 : DEROULEMENT DE LA PROCEDURE A L'OFPPRA	112
8.7.	ANNEXE 7 : DEFINITIONS DES TROUBLES ANXIEUX	113
8.8.	ANNEXE 8 : LETTRE D'INFORMATION	115

8.9.	ANNEXE 9 : FICHE DE CONSENTEMENT	117
8.10.	ANNEXE 10 : DOCUMENT DISTRIBUE A LA SPADA	119
8.11.	ANNEXE 11 : AUTORISATION DE STATIONNEMENT	123
8.12.	ANNEXE 12 : BILAN BIOLOGIQUE STANDARDISE	124
8.13.	ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE	125
8.14.	ANNEXE 14 : FICHE ETHOS	140
8.15.	ANNEXE 15 : ÉQUIVALENCE PATHOLOGIE/THERAPEUTIQUE SUIVIE	141
8.16.	ANNEXE 16 : DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISATION SF12	142
8.17.	ANNEXE 17 : DEMANDE D'AUTORISATION RHS-15	143
8.18.	ANNEXE 18 : BPRS	144
8.19.	ANNEXE 19 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ECHANTILLON	157
8.20.	ANNEXE 20 : SCHEMA D'HEBERGEMENT D'URGENCE POUR UN HOMME SEUL	158
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>159</b>

# 1. Résumé

Introduction Le nombre de personnes en situation de demande d'asile augmente chaque année en France, avec 138 420 nouvelles demandes d'asile en 2019. Paradoxalement la santé de ces personnes n'a été étudiée que dans des travaux de faible envergure ou avec des populations non représentatives.

Le parcours de cette population, depuis le pays de naissance jusqu'en France, la rend particulièrement vulnérable. Dépister les pathologies psychiatriques et somatiques des demandeurs d'asiles est donc un défi en termes de santé publique.

Matériel et méthodes L'objectif de notre étude pilote est d'évaluer la faisabilité de l'étude PREMENTADA, qui est une recherche standardisée mesurant la prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asiles à Marseille, sur un groupe de 1080 personnes.

Notre étude était prospective, observationnelle et monocentrique. Elle s'est déroulée aux alentours de la SPADA de Marseille sur une période d'inclusion de 9 mois. Les critères d'inclusions comprenaient : âge supérieur à 18 ans, procédure de demande d'asile en cours, enregistrement à la SPADA de Marseille et capacité à consentir à la participation à l'étude.

Nous avons mis en place un protocole de faisabilité articulé autour d'entretiens pour 51 demandeurs d'asile non-présélectionnés. Une équipe mobile de deux médecins formés (une psychiatre et un généraliste) se déplaçait à la SPADA pour réaliser les entretiens comportant un questionnaire quantifiant la santé avec un recueil de données socio-démographiques et passation des échelles SF-12, CIRS, RHS-15, BPRS et MINI

Notre objectif principal était évalué par le nombre de participants éligibles ayant répondu à toutes les questions lors de l'entretiens.

Résultats : Sur 139 patients éligibles, 51 ont participé à l'étude (37%). Tous les patients inclus ont répondu au questionnaire socio-démographique et aux questionnaires SF12, CIRS et RHS-15. Le questionnaire BPRS a été proposé à 26 patients pour lesquels 100% des réponses ont été obtenues. En revanche, la réalisation du questionnaire MINI dans sa totalité n'a pas été possible. La durée moyenne du questionnaire était de 43 minutes et 12 secondes. Sur le plan logistique, le lieu choisi était adapté au recrutement. L'interprétariat téléphonique utilisé a été très satisfaisant. Un binôme mixte professionnels de santé était nécessaire. Peu de bilans sanguins ont été réalisés enquêteurs mais de nombreuses comorbidités ont été découvertes.

Discussion : Les premiers résultats analysés des questionnaires laissent présager un état de santé psychique très dégradé et une santé somatique relativement bonne.

Les premiers résultats des bilans sanguins montrent toutefois une importante prévalence de pathologies somatiques, non déclarées lors des questionnaires.

Conclusion Le protocole PREMENTADA a démontré sa faisabilité dans l'ensemble, mais quelques ajustements sont nécessaires.

L'étude PREMENTADA, de grande envergure, permettra de vérifier nos résultats préliminaires et d'obtenir les informations nécessaires à l'accueil de la population des demandeurs d'asile sur le plan sanitaire.

**Mots-clés** : Demandeurs d'asile – Accès aux soins – Santé publique – Santé mentale – Santé somatique – Faisabilité – Marseille.

# Abstract

Introduction: The number of asylum seekers is increasing year after year in France, with 138 420 new asylum requests in 2019. Paradoxically, these people's health has only been studied either in small-scale works or without representative samples. This population's path, from their birth country to France, make it particularly vulnerable. Thus, to screen for asylum seekers psychiatric and somatic pathologies must be considered as a public health challenge.

Materials and methods: The aim of our pilot study is to evaluate the PREMENTADA work, which is a standardized research measuring the prevalence of psychiatric pathologies and somatic comorbidities found in Marseille's asylum seekers, based on a 1080 people group.

Our study was prospective, observational and monocentric. It was conducted in Marseille's SPADA surroundings on a 9 months inclusion period. Inclusion criteria included: be older than eighteen years old, asylum request currently going on, registering to Marseille's SPADA and the capacity to be able to consent to their involvement in the study.

We have designed a feasibility protocol consisting of interviews with 51 non short-listed applicants.

A mobile team composed of two doctors (a psychiatrist and a generalist practitioner) was going to the SPADA to realize the interviews including a survey quantifying the health with a compendium of socio-demographic data and procurement of SF-12, CIRS, RHS-15, BPRS and MINI scales.

Our main goal was to evaluate the number of eligible participants who responded to all of the questions.

Results: On 139 eligible participants, 51 responded to the study (37%). All of the included participants responded to the socio-demographic survey and to SF12, CIRS et RHS-15 questionnaires. The BPRS survey has been suggested to 26 patients whom all responded to the whole study.

However, the completion of the MINI survey has not been possible. The average duration of the questionnaire was about 43 minutes and 12 seconds. On a logistic matter, the chosen location was adapted to the recruitment. The phone interpreting has been really satisfying. A dual two persons team was necessary. Just a few blood samples have been realized but it has permitted to reveal numerous comorbidities.

Discussion: The first results suggest a very bad psychic health and relatively good somatic health. The first blood sample results however show a prevailing importance of somatic pathologies non declared during the survey.

Conclusion: The PREMENTADA protocol has demonstrated its global feasibility but still needs some adjustments. The PREMENTADA study will allow us to verify our preliminary results and to obtain necessary information in order to be able to welcome asylum seekers in health terms.

**Mots-clés** : Asylum seekers – Access to health – Public healthcare – Mental health – Somatic health – Feasibility – Marseille.

## 2. Sigles et acronymes

ADA	Allocation pour demandeur d'asile
APS	Autorisation provisoire de séjour
AGDREF	Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CADA	Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIM-10	Classification internationale des maladies
CIMADE	Communauté inter-mouvements auprès des évacués
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CMP	Centre Médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle avec complémentaire
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
DA	Demandeur d'asile
DSM	Diagnostic and statistical Manual of mental disorder
EDC	Episode dépressif caractérisé
ESPT (ou PTSD en anglais)	État de stress post traumatique
GUDA	Guichet unique des demandeurs d'asile
HCR	Haut-commissariat des nations unies pour les réfugiés
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISM	Inter Service Migrant
IST	Infection sexuellement transmissible
MARSS	Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social

MEAE	Ministère de l'Europe et des affaires étrangères
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et des apatrides
ONU	Organisation des nations unies
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
PADA (=SPADA)	Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PREMENTADA	Prévalence des pathologies mentales et des comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asile
RAEC	Régime d'asile européen commun
RHS-15	Refugee Health Screen 15
SF12	Short Form 12 Health Survey
SF 36	Short Form 36 Health Survey
SPADA (=PADA)	Structure de premier accueil des demandeurs d'asile
TAG	Trouble anxieux généralisé
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
UE	Union Européenne
UPE2A	Unité pédagogique pour élèves allophones arrivants

## 3. Introduction

### 3.1. Introduction générale

#### 3.1.1. Contexte général

Notre thèse s'inscrit dans un contexte général d'augmentation du nombre de demandes d'asile en France. Les données scientifiques et médicales les concernant sont peu nombreuses et le faible écho des publications scientifiques traitant du sujet confirme que le phénomène du droit d'asile évolue dans l'ombre, ignoré de l'opinion publique.

En termes de santé publique, il apparaît comme primordial de s'intéresser à cette population encore méconnue, afin de mieux l'accueillir et de mieux la soigner. Notre statut d'internes des Hôpitaux de Marseille, notre parcours professionnel, nos stages ainsi que notre formation nous rendent particulièrement sensibles à ce type de problématiques. De plus, la pluridisciplinarité de notre binôme (médecine générale et psychiatrie) nous offre la possibilité de travailler sur un sujet à la croisée de deux spécialités.

#### 3.1.2. Notre étude : objectifs poursuivis et devenir

Cette thèse a pour objectif essentiel d'évaluer la faisabilité de la future étude PREMENTADA (*prévalence des pathologies mentales et des comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asile*). Elle a vocation à fournir un travail préparatoire visant à optimiser les conditions de mise en place de l'étude PREMENTADA, cette dernière se proposant d'évaluer la prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les personnes en situation de demande d'asile à Marseille.

L'humilité de l'objectif poursuivi par cette thèse devrait aussi constituer son utilité majeure. Le protocole testé en conditions réelles devrait en effet permettre à la fois de garantir le bon déroulement de l'étude PREMENTADA, qui saura combler les failles et éviter les écueils mis en lumière par ce travail préparatoire, et de définir les moyens nécessaires à l'obtention de résultats rigoureux. Par le biais de ce travail effectué en amont de l'étude PREMENTADA, mais aussi grâce à l'élaboration d'un dossier GIRCI, le laboratoire de santé publique du Centre Hospitalier et Universitaire de Marseille devrait être en mesure de proposer une étude épidémiologique de grande envergure, englobant 1080 demandeurs d'asile.

À l'issue de cette étude préliminaire, le protocole sera retravaillé et modifié en fonction de nos observations et des premiers résultats de notre étude de faisabilité. Dès lors, deux internes en médecine pourront assurer la réalisation du protocole PREMENTADA dans le cadre de leur thèse d'exercice de médecine.

### 3.1.3. Genèse du projet

Mûs par une même motivation personnelle, c'est sans nous être au préalable concertés que nous nous sommes tous deux adressés au Docteur Aurélie Tinland afin de solliciter sa direction autour d'un sujet de thèse sur les personnes en situation de migration. Cette dernière nous a alors suggéré de former un binôme, suggestion qui s'est avérée précieuse comme nous serons amenés à le montrer ultérieurement, et qui entraine en parfaite adéquation avec le sujet qu'elle souhaitait nous proposer. Ce dernier concernait en effet la santé globale des demandeurs d'asile, plus précisément l'évaluation de la santé psychiatrique et somatique des demandeurs d'asile à Marseille, sujet à la fois en rapport avec nos attentes et nécessitant ce double regard médical que nos domaines respectifs (psychiatrie et médecine générale) permettaient de porter sur le sujet.

La mise en place de notre étude a logiquement débuté par l'exploration puis l'élaboration d'une bibliographie, réunie avec la collaboration des membres du laboratoire de santé publique. Cette longue phase initiale, nous a permis de faire un tour d'horizon des très nombreuses informations concernant les multiples aspects liés à la demande d'asile.

La rencontre avec les acteurs de terrain a correspondu à la seconde phase de la mise en place de notre projet. Si elle a pu rencontrer des obstacles et des réserves, telle que l'impossibilité pour la SPADA surchargée de nous venir en aide pour ce travail néanmoins validé sans hésitation, cette seconde phase a cependant été une étape essentielle et positive de notre parcours. Elle nous a notamment offert l'opportunité de rencontrer les équipes des structures PASS et MARSS qui nous ont fourni un appui matériel de première importance, mais aussi le Docteur Khouani, médecin à la PASS dont la pratique s'inscrit dans le droit fil de nos centres d'intérêt. Initialement contacté pour l'obtention d'informations concernant le fonctionnement de la structure au sein de laquelle il exerce, le rôle du Dr Khouani dans l'orientation de notre projet s'est avéré décisif. Il a en effet souhaité apporter son renfort à notre projet en proposant notre sujet pour un dossier GIRCI, proposition couronnée de succès puisqu'une subvention GIRCI fut accordée, à condition que notre panel initialement prévu pour englober 400 demandeurs d'asile soit élargi à 1080 inclusions. Devant l'impossibilité de mener une étude d'une telle ampleur, la décision fut prise de donner une nouvelle orientation à notre projet, sans pour autant le mutiler de ce qui constitue son noyau central.

Dans cette nouvelle configuration, notre travail devenait une étude préparatoire ayant pour mission de baliser le terrain de l'étude PREMENTADA et de fournir les premiers résultats obtenus grâce aux enquêtes menées auprès d'une population constituée de 51 demandeurs d'asile, comme défini par le calcul du nombre de sujets nécessaires à ce travail nouvellement réorienté.

Nous espérons, grâce à cette étude de faisabilité ainsi qu'à la dernière phase de notre travail, consacrée à la rédaction de cette thèse, concourir avec eux à la réalisation effective de cette étude de très grande envergure que sera l'étude PREMENTADA pour améliorer l'accueil des personnes en demande d'asile à Marseille.

### 3.1.4. Présentation de la structure globale de la thèse

Au vu de la complexité inhérente au phénomène de la demande d’asile et des nombreuses confusions véhiculées à son propos par les politiques et les *media*, il nous a semblé indispensable d’offrir dans cette introduction un état des lieux de la question de la demande d’asile. Soucieux de poser quelques bases donnant accès à une connaissance plus précise de la notion de droit d’asile, du contexte administratif et juridique et aussi des profils des demandeurs d’asile à Marseille, cet état des lieux intègre de multiples aspects du droit d’asile en France et fera l’objet de plusieurs renvois à des précisions placées en annexe afin d’éviter une trop grande dilution des données en lien direct avec l’axe central de notre travail.

Puis, nous exposerons notre travail de recherche, en développant le protocole de notre étude dans la partie “*Matériels et méthodes*”. Nous présenterons les résultats de notre étude de faisabilité, ainsi que les premiers résultats des questionnaires au sein de la partie “*Résultats*”.

Enfin nous discuterons ces résultats de faisabilité et ces données préliminaires dans la “*Discussion*” avant de conclure sur notre travail.

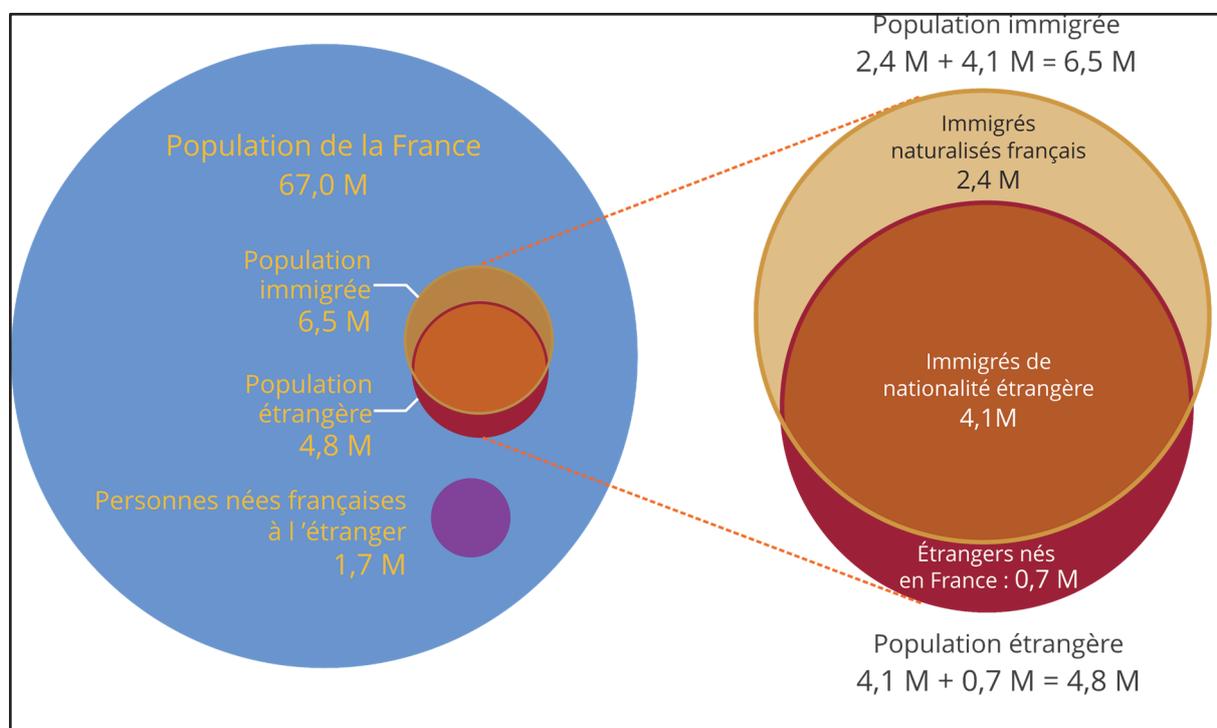
Les annexes seront à retrouver à la fin de notre travail de thèse.

## 3.2. Grands principes du droit d'asile en France et définitions

### 3.2.1. Migrant, immigrant/gré, émigrant/gré

Un migrant est une personne qui effectue une migration volontaire d'un pays vers un autre ou d'une région vers une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles<sup>1</sup>. Un migrant peut être étranger, ou avoir acquis la nationalité du pays d'accueil.

Les statistiques officielles évaluent à 6,17 millions d'immigrés présents en France en 2019, c'est-à-dire 9% de la population française totale<sup>2</sup>.



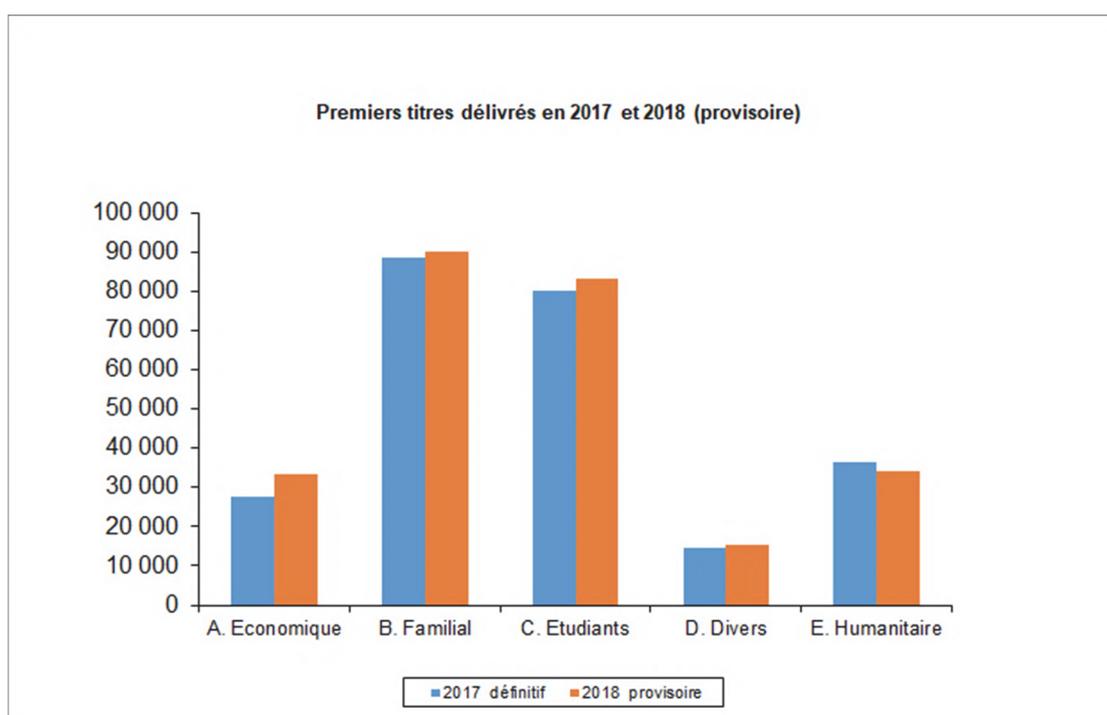
Source : Insee

Figure 1 : répartition de la population immigrée en France

Selon l'Organisation Internationale pour les migrations, un « migrant » *« s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit/a franchi une frontière internationale ou se déplace/s'est déplacée à l'intérieur d'un État, et ce quels que soient le statut juridique de la personne, les causes du déplacement ou encore la durée du séjour »*<sup>3</sup>.

De la fuite pour des raisons politiques ou économiques jusqu'à la recherche d'un monde meilleur, il existe différents types de migrations, classés comme suit par le Ministère de l'intérieur <sup>4</sup> :

- *La migration économique* : bien que ne formant pas une catégorie en droit international, ce terme est parfois employé pour désigner toute personne qui franchit/a franchi une frontière internationale ou qui se déplace/s'est déplacée à l'intérieur d'un État, exclusivement ou principalement pour améliorer sa situation économique.
- *La migration familiale* : s'entend comme la reconstitution de la cellule familiale sur le territoire national du pays d'accueil.
- *La migration pour les études*.
- *La migration humanitaire* : elle concerne les personnes ou les groupes de personnes ayant besoin de protection, y compris mais non exclusivement les réfugiés, les migrants en situation de vulnérabilité, les membres de la famille élargie de ces personnes, ou encore les personnes ayant besoin d'une assistance et de soins médicaux.
- *La migration pour raisons diverses autres que précitées*.



Source : Ministère de l'intérieur

Figure 2 : Nombre de premiers titres de demande d'asile délivrés, classés par catégorie

La distinction portée par le préfixe *é/im* repose sur l'adoption de tel ou tel point de vue. Un émigré/émigrant est un migrant du point de vue du pays de départ, tandis qu'un immigré/immigrant est un migrant du point de vue du pays qui l'accueille. Quant à la distinction portée par le suffixe *gr/grant*, elle relève de la temporalité puisqu'elle désigne l'action de migrer comme déjà accomplie (suffixe du participe passé : immigré/émigré) ou au contraire comme en train de s'accomplir (suffixe du participe présent : immigrant/émigrant).

### 3.2.2. Exilé

On parle d'acte volontaire pour définir la migration. Cela n'exclut cependant aucunement la notion de contrainte. C'est pourquoi pour mettre en avant cette notion de contrainte sous-jacente à la décision de migrer, on peut parler d'exil. Cette contrainte peut notamment être d'ordre psychologique, ou bien instaurée par un conflit politique, ethnique ou religieux, des persécutions, ou des violences ou tortures dans le pays d'origine<sup>5</sup>.

### 3.2.3. Demandeur d'asile

Un demandeur d'asile est une personne sollicitant la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examens individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile<sup>6</sup>.

En 2019, on dénombrait en France 138 420 demandeurs d'asile<sup>2</sup>.

	2018	2019	2019/18
<b>Premières demandes (A)</b>	<b>126 671</b>	<b>138 420</b>	<b>+9,3%</b>
<i>dont majeurs</i>	102 100	105 904	+3,7%
dont : procédure normale ou accélérée <sup>1</sup> (N)	92 329	103 137	+11,7%
procédure Dublin <sup>2</sup> (D)	34 302	35 228	+2,7%
<b>Réexamens<sup>3</sup> (B)</b>	<b>11 178</b>	<b>12 863</b>	<b>+15,1%</b>
<b>Demandes formulées hors GUDA<sup>4</sup> (C)</b>	<b>24 791</b>	<b>26 539</b>	<b>+7,1%</b>
<b>Total des demandes (A) + (B) + (C)</b>	<b>162 640</b>	<b>177 822</b>	<b>+9,3%</b>
<i>dont relevant de l'Ofpra (N) + (B hors Dublin) + (C)</i>	127 552	141 501	+10,9%
<i>dont majeurs relevant de l'Ofpra</i>	101 371	108 020	+6,6%

Champ : France entière ; Source : Ministère de l'Intérieur SI-Asile (chiffres arrêtés au 30 avril 2020), Ofpra

<b>Total des demandes d'asile enregistrées à l'Ofpra</b>	<b>123 625</b>	<b>132 826</b>	<b>+7,4%</b>
<b>Décisions OFPRA (hors mineurs accompagnants)</b>	<b>93 598</b>	<b>95 400</b>	<b>+1,9%</b>
<i>dont attribution de l'asile (F)</i>	24 613	22 295	-9,4%
<i>dont protection subsidiaire (f)</i>	10 572	8 211	-22,3%
Recours reçus par la CNDA	58 671	59 091	+0,7%
<b>Décisions CNDA (hors mineurs accompagnants)<sup>5</sup></b>	<b>47 314</b>	<b>66 464</b>	<b>+40,5%</b>
<i>dont annulations (G)</i>	8 717	13 980	+60,4%
<i>dont protection subsidiaire (g)</i>	2 703	4 643	+71,8%
<b>Total attribution de l'asile (F)+(G)</b>	<b>33 330</b>	<b>36 275</b>	<b>+8,8%</b>
<i>dont protection subsidiaire (f) + (g)</i>	<b>13 275</b>	<b>12 854</b>	<b>-1,3%</b>

Champ : France entière ; Sources : Ofpra ; CNDA

Tableau 1 : Nombre de demandes d'asile en 2018 et 2019

Source : OFPRA et CNDA

L'accroissement du nombre de personnes en situation de demande d'asile (+22% entre 2017 et 2018 et +9.3% entre 2018 et 2019) fait de la santé de cette population un enjeu majeur qui place la Santé Publique face à un défi important.

### 3.2.4. Réfugié

Selon la convention de Genève de 1951, s'entend par « réfugié(e) » une personne « *qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut, se réclamer de la protection de ce pays* » <sup>7</sup>.

Au sens juridique, il s'agit d'une personne ayant obtenu la reconnaissance et le bénéfice de la protection du pays d'accueil <sup>8</sup>.

### 3.2.5. Débouté (sous-entendu du droit d'asile)

C'est une personne dont la demande d'asile a été refusée par l'OFPRA et, après recours, par le CNDA.

## 3.3. Textes : à l'international et en France

### 3.3.1. À l'international

Le droit d'asile tire son origine du droit international et plus particulièrement de la Convention de Genève de 1951<sup>7</sup>. Cette convention apporte une définition au terme « réfugié » qui crée l'obligation pour les États signataires d'accueillir les personnes fuyant leur pays d'origine : « *Aucun État contractant n'expulsera ou ne refoulera en aucune manière un réfugié, contre sa volonté, vers un territoire où il craint d'être persécuté* ».

Le protocole de New York de 1967 retire les restrictions temporelles qu'imposent la convention de Genève de 1951.

Le régime d'asile européen commun (RAEC) constitue un ensemble de textes législatifs définissant des procédures communes aux états membres de l'Union Européenne en matière d'asile et de protection internationale. Parmi celles-ci nous retiendrons le règlement Dublin révisé (Dublin III) ainsi que le règlement EURODAC du 26 juin 2013. Le premier détermine l'état responsable de la demande d'asile et le second vise à créer une base de données commune avec les empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile de plus de 14 ans.

### 3.3.2. En France

Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 a ainsi rappelé la conception politique moderne du droit d'asile en France : « *Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la république* ». La loi relative au droit d'asile du 29 juillet 2015, suite à la crise migratoire, transpose les

directives européennes adoptées en juin 2013 pour réformer en profondeur le droit d'asile en France et permettre à tous ceux qui relèvent de ce droit d'être accueillis dignement en France <sup>9</sup>.

L'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives aux droits des étrangers apparaît dans le Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (ou CESEDA)<sup>10</sup>, dont la dernière version remonte au 01/01/2017.

### 3.4. Procédure d'obtention de la protection sur le sol français : le parcours du demandeur d'asile

Longue et complexe, la procédure d'obtention de la protection sur le sol français fait entrer en jeu une multiplicité de structures: Structure de Premier Accueil (ou SPADA), organisations associatives, Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (ou GUDA), Services de Police, Préfecture, Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (ou OFII), Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (ou OFPRA), Conseil National du Droit d'Asile (ou CNDA), Conseil d'État, Ministère de l'Intérieur, etc.

Quant aux procédures qui jalonnent le parcours du demandeur d'asile, elles peuvent prendre diverses formes (normale/accélérée/Dublin) et sont, elles aussi, très nombreuses: préenregistrement à la SPADA, enregistrement au GUDA, validation de l'enregistrement (Préfecture), entretien individuel devant l'OFII, transmission de la demande d'asile à l'OFPRA chargée de statuer sur celle-ci pour avis favorable ou au contraire rejet ou irrecevabilité, décisions entraînant à leur tour de nouvelles procédures de recours (CNDA puis éventuellement Conseil d'État) etc.

Enfin les formes de protection à la disposition du demandeur sont, elles aussi, diverses : statut de réfugié, d'apatride et protection subsidiaire etc.

Aussi préférons-nous renvoyer aux annexes. Les annexes 1 à 5 peuvent être considérées comme une partie de notre travail de recherche documentaire dans laquelle nous avons rédigé de nombreuses précisions et descriptions concernant le rôle de chaque structure, le déroulé de chaque procédure et les diverses formes de protection.

On y trouvera également des tableaux et figures.

- *Annexe 1 : Schéma résumant le parcours des demandeurs d'asile, source SOS Solidarités*
- *Annexe 2 : Structures intervenantes dans le parcours d'obtention du droit d'asile en France*
- *Annexe 3 : Différentes formes de protections*
- *Annexe 4 : Différentes procédures*
- *Annexe 5 : Droits sociaux des demandeurs d'asile*
- *Annexe 6 : Déroulement de la procédure à l'OFPRA*

## 3.5. Qui sont les demandeurs d'asile à Marseille ?

### 3.5.1. Rapport OFPRA 2019

#### 3.5.1.1. Augmentation des demandes de protection

Depuis le printemps 2015 nous observons une inflexion dans la hausse de la demande d'asile en Europe. Selon le rapport d'activité 2019 de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)<sup>11</sup>, le nombre de nouvelles demandes d'asile s'élève à 132 826 demandes globales (Hors « DUBLIN ») soit une augmentation de +7.4% par rapport à l'année précédente (2018).

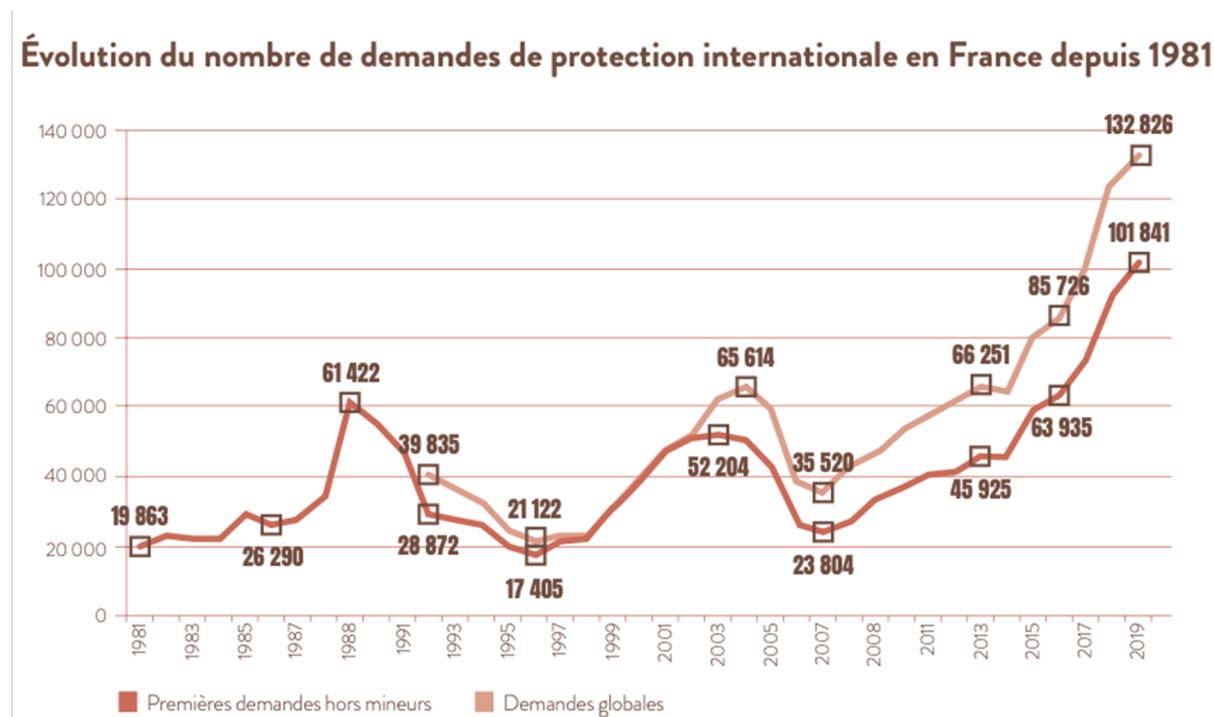


Figure 3 : Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981.

Source : rapport d'activité 2019 de l'OFPRA.

Presque la moitié (46% en 2019) des demandes sont enregistrées en région Ile de France. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a néanmoins vu son nombre de demandes d'asile croître significativement (+23% en 2019). C'est ainsi qu'en 2018, à Marseille, 4 796 demandes ont été enregistrées par le GUDA 13.

### 3.5.1.2. Caractéristiques des demandeurs d'asile en France

L'âge moyen des demandeurs d'asile s'établit à 30,7 ans en 2019. Les femmes représentent 33% des primo-demandeurs d'asile en France pour l'année 2016, soit 21 079 femmes sur 63 935 demandeurs d'asile, hors mineurs accompagnants<sup>12</sup>.

Les principaux pays de provenance des demandeurs d'asiles sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

**2 Principales nationalités des primo-demandeurs de protection internationale en 2019**  
(mineurs accompagnants inclus)

	Année 2019	Année 2018	Évolution % 2019/2018
Afghanistan	10 027	10 248	-2,2%
Albanie	8 032	8 303	-3,3%
Géorgie	7 757	6 751	14,9%
Guinée	6 651	6 669	-0,3%
Bangladesh	5 810	3 922	48,1%
Côte d'Ivoire	5 482	5 282	3,8%
Haiti	4 708	2 324	102,6%
Nigéria	4 586	3 108	47,6%
Rép. dém. Congo	4 294	3 964	8,3%
Syrie	3 745	4 960	-24,5%
Sous total 10 pays principaux	61 092	55 531	10%
Autres pays	62 590	58 695	6,6%
<b>TOTAL PREMIÈRES DEMANDES</b>	<b>123 682</b>	<b>114 226</b>	<b>8,3%</b>

*Tableau 2 : Principales nationalités des primo-demandeurs de protection internationale en 2019 (mineurs accompagnants inclus)*

*Source : rapport d'activité 2019 de l'OFPPA.*

Entre 2018 et 2019, on remarque une forte augmentation des demandes en provenance d'Afrique, avec notamment la présence de la Côte d'Ivoire, la Guinée et de la République démocratique du Congo parmi les dix principaux pays de provenance, ainsi qu'une augmentation de +47,6% des demandes émanant du Nigeria. Les principaux pays de provenance des demandeurs d'asile restent l'Afghanistan (10 014 premières demandes, mineurs accompagnants inclus), l'Albanie (8 023), la Géorgie (7 754) et la Guinée (6 651), pour l'année 2019<sup>13</sup>.

Certains motifs de demande d'asile restent récurrents : différents conflits politiques (République Démocratique du Congo), conflits armés (Afghanistan, Syrie, etc.), problèmes ethniques (la question kurde en Turquie). Élément remarquable pouvant interpeller, on note une augmentation des demandes d'asile pour motifs sociétaux tels que la traite des êtres humains, l'homophobie ou les violences faites aux femmes (Côte d'Ivoire, Nigéria, Mali, etc.).

## 3.6. Santé des demandeurs d'asile/migrants : état des lieux des connaissances

### 3.6.1. Question de santé publique

Pour la population française, l'évaluation de l'état de santé global est largement documentée <sup>14</sup>. Plus récemment, l'état de santé de certaines sous populations françaises, notamment celui de la population immigrée et de la population étrangère <sup>15</sup>, a fait l'objet d'études sérieuses.

Concernant la morbidité, les données épidémiologiques caractérisant les demandeurs d'asile sont rares et restent encore à explorer. À notre connaissance, il n'existe que très peu d'études sur la situation sanitaire des demandeurs d'asile en France <sup>16 17</sup>. Cela est probablement dû aux difficultés d'accessibilité de cette population qui n'a pas connaissance du système de soins ou n'y a pas accès<sup>18</sup>.

La connaissance de l'état de santé des demandeurs d'asiles est un véritable enjeu de santé publique. Nos sociétés doivent en effet faire face à l'augmentation des flux migratoires durant la dernière décennie (dans le monde et en France) <sup>19</sup> et à la grande vulnérabilité de ces personnes sur le plan sanitaire, économique et social.<sup>20</sup>

Cette vulnérabilité s'explique par l'épidémiologie dans le pays d'origine <sup>21,22,23</sup>, le parcours depuis le pays d'origine <sup>24</sup> et les conditions d'accueil dans le pays hôte <sup>25,26</sup>.

Les rapports d'activité d'associations spécialisées dans le suivi de demandeur d'asile souffrant de problème de santé constituent une source d'information : ainsi le COMEDE dans son rapport de 2019 <sup>27</sup> met en avant les principaux groupes de pathologies dont souffrent les demandeurs d'asiles avec, majoritairement, des troubles psychiques graves, puis des traumatismes physiques (accidentels ou liés à une agression), des maladies infectieuses (notamment les infections virales chroniques B et C) et enfin les maladies chroniques (en premier lieu maladies cardiovasculaires et diabète).

Nous développerons ces observations dans les paragraphes suivants (*paragraphes 3.6.5 et 3.6.6*).

### 3.6.2. Qualité de vie des demandeurs d'asile

Concernant la mesure de l'état de santé, il est nécessaire de prendre en compte l'aspect subjectif : la perception qu'ont les individus de leur propre santé a une incidence directe sur la manière dont cet état de santé sera évalué.

Bien que l'intérêt pour l'étude de la qualité de vie se soit accru dans certains pays comme la France<sup>31</sup>, peu d'études européennes et surtout françaises décrivent la qualité de vie des demandeurs d'asile.

Nous retiendrons une étude pilote italienne<sup>32</sup> sur la qualité de vie des réfugiés et des demandeurs d'asile. Elle tend à démontrer qu'une moins bonne qualité de vie (évaluée

par le questionnaire SF36) serait liée à l'âge et à la barrière de la langue (élément fondamental du processus d'intégration sociale). Dans cette étude, les réfugiés Africains ont déclaré avoir une meilleure qualité de vie que les autres, ce qui pourrait se traduire par une perception différente de la santé. Il n'a pas été mis en évidence une association significative entre le genre, la durée de séjour en France, le niveau d'éducation et la qualité de vie chez les réfugiés.

### 3.6.3. Santé mentale des demandeurs d'asile

La santé mentale des personnes en situation de demande d'asile est une priorité en santé publique <sup>33,34</sup>, tant par l'importance grandissante de cette population (138 420 nouvelles personnes en demande d'asile en 2019 en France) que par la prévalence des troubles psychiatriques, qui semble importante selon les études faites à ce jour.

L'évaluation de la santé mentale des DA est primordiale afin d'obtenir des données précises et valides permettant d'apporter des solutions concrètes.

Aujourd'hui, les études disponibles ne sont pas pleinement adaptées à cette problématique. En effet, la plupart des études rapportent des données de santé mentale concernant des populations proches de la population des DA (Migrants, réfugiés)<sup>35,36</sup>, mais peu sont spécifiquement basées sur cette population de demandeurs d'asile.

Quant à celles qui traitent de cette population, elles ne permettent pas de conclure, du fait de cohortes faibles ou de biais de sélection comme le recrutement en CADA, où les personnes sont déjà prises en charge par des travailleurs sociaux et ont donc accès aux soins et au logement ; la sélection directement sur un lieu de soin <sup>37</sup> etc.

Plusieurs études ont aussi été réalisées sans l'accès à un interprétariat de qualité. Cette barrière de la langue est alors un facteur limitant l'accès à l'anamnèse des troubles et aux informations cliniques.

Nous retrouvons donc une forte hétérogénéité dans les données recueillies au sein des études préexistantes, notamment en termes de prévalence <sup>38</sup>.

#### 3.6.3.1. Troubles psychiatriques chez les demandeurs d'asile

L'OMS définit la santé mentale comme "un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté".

Dans une étude de 2017 <sup>17</sup> de Veisse A. *et al.*, effectuée au Comede sur 16 095 personnes exilées reçues entre 2007 et 2016, on retrouve une prévalence globale des troubles psychiques graves s'élevant à 16,6%, plus importante chez les femmes (23,5% *versus* 13,8% chez les hommes). Il est à prévoir une prévalence semblable chez les demandeurs d'asile, car il existe une corrélation forte entre violences subies et pathologies psychiques graves.

Dans une étude publiée en 2016 par Führer *et al.* <sup>39</sup> et réalisée sur 214 demandeurs d'asile, on note qu'en plus d'une prévalence importante des troubles psychiques chez les

demandeurs d'asile, une grande partie (64,2%) de cette population présente plusieurs pathologies psychiatriques concomitantes.

Dans une revue systématique publiée en 2005 dans *Lancet*, Fazel *et al.* <sup>40</sup> évaluent la prévalence des troubles psychiques dans les pays « développés » entre 1996 et 2002, en regroupant 20 études. Elles réunissent 6743 réfugiés adultes et 260 enfants dans 7 pays différents. Les auteurs incluent chaque article correspondant au thème si l'entretien psychiatrique est effectué sur un public non sélectionné (par exemple, non sélectionné dans une structure de soin). Les résultats rapportent des prévalences particulièrement élevées concernant les PTSD.

#### 3.6.3.1.1. Troubles psychotiques chez les demandeurs d'asile

D'après la HAS, en population générale, l'incidence annuelle du trouble schizophrénique est de l'ordre de 0,1 pour 1000 habitants. La prévalence est d'environ 1 % dans la population générale.

Les troubles psychotiques et notamment la schizophrénie semblent surreprésentés chez les personnes en situation de migration ou leurs descendants, comme le montre la méta-analyse de Cantor-Graae et Selteen en 2005 <sup>41</sup>, qui retrouvent un risque relatif de 2,7 à la première génération de migration (95% [CI=2,3 - 3,2]) et une augmentation de ce risque à la 2<sup>ème</sup> génération (RR 4,5 95% [CI 1,5-13,1]).

De même, dans l'étude de cohorte prospective de Dykxhoorn *et al.* <sup>42</sup>, effectuée sur 1 796 257 résidents suédois (migrants ou non migrants), tous les troubles psychotiques (schizophrénie et troubles schizo affectifs) étaient plus élevés chez les migrants et leurs enfants que chez les personnes nées en Suède (RR 2,20, IC à 95% [1,96–2,47] ; RR enfants : 2,00, IC à 95% [1,79–2,25]). Pour tous les troubles psychotiques, les risques étaient généralement les plus élevés chez les migrants en provenance d'Afrique (RR schizophrénie : 5,24, IC à 95% [4,26–6,45]).

Dans l'étude de Hollander *et al.* <sup>43</sup>, les réfugiés sont confrontés à un risque accru de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques non affectifs par rapport aux migrants non réfugiés provenant de régions d'origine similaires.

Dans l'étude de Fazel *et al.* <sup>40</sup>, seules 2 études concernaient le trouble psychotique de 226 réfugiés et le taux de prévalence retrouvé était de 2%.

Aucune étude n'a été retrouvée sur les troubles psychotiques chez les demandeurs d'asile.

#### 3.6.3.1.2. Troubles anxieux chez les demandeurs d'asile

Les définitions de ces troubles extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM IV) sont rappelées en *annexe 7*. Dans la population générale âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble de ces troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 %.

Une revue systématique, de Lindert *et al.* <sup>38</sup>, publiée en 2008 dans la revue allemande *Psychotherapie, psychosomatique, médecine et psychologie* et intitulée "Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview" rapporte de nombreuses disparités dans les études.

Cette revue inclut 37 articles parmi les 348 étudiés publiés entre 1994 et 2007, touchant 35 populations différentes, 24051 migrants (entre 55 et 4503 participants par étude), et 18 pays. On note les prévalences des troubles anxieux suivants :

- Réfugiés : Anxiété : 5% à 90% - ESPT : 3,5% à 85,5%
- Demandeurs d'asile : Anxiété : 90% - ESPT : 4% à 68%
- Autres migrants : Anxiété : 6% à 47% - ESPT : 40%

Dans l'étude de Veisse *et al.*<sup>44</sup> sur la prévalence des troubles psychiques chez les exilés (16,6%), ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60%) et de traumatismes complexes (8%), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violences intentionnelles.

On retrouve une prévalence de 28% de PTSD chez les demandeurs d'asiles, dans une étude effectuée sur 238 demandeurs d'asile au sein d'un CADA aux Pays-Bas, PTSD mesuré à l'aide du Harvard Trauma Questionnaire<sup>45</sup>. Dans cette étude, on retrouve également une augmentation du risque de PTSD corrélée à un accompagnement social moindre, ainsi qu'à un stress post migratoire important.

Dans l'étude de Führer *et al.*<sup>39</sup>, la prévalence des troubles anxieux chez les DA est évaluée à l'aide du Harvard Trauma Questionnaire et présente des chiffres bien plus élevés que la prévalence en population générale : troubles anxieux 40,2% (VS 15% en population générale) et PTSD 18,2% (VS 2,2% en population générale).

Dans l'étude de Fazel *et al.*<sup>40</sup>, les prévalences d'ESPT retrouvées parmi 17 études et concernant 5499 adultes réfugiés rapporte 9% d'ESPT.

Malgré des prévalences très variables en fonction des études et de leur qualité, on retrouve systématiquement une forte prévalence des troubles anxieux chez les personnes en situation de demande d'asile.

#### 3.6.3.1.3. Troubles de l'humeur chez les demandeurs d'asile

##### ▪ **Dépression :**

En 2017, en France, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence de l'EDC dans l'année était estimée à 9,8% [9,3-10,2] et était 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes (6,4% ;  $p < 0,001$ )<sup>46</sup>.

Dans la revue de Lindert *et al.*<sup>38</sup>, on retrouve des prévalences de trouble dépressif très variables :

- Réfugiés : 3% à 81%
- Demandeurs d'asile : 3% à 81%
- Autres migrants : 5% à 59%

Dans l'étude de Veisse *et al.*<sup>44</sup>, pour les personnes atteintes de troubles psychiques, les tableaux dépressifs (22%) sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile.

Dans celle de Führer *et al.*<sup>39</sup>, la dépression est sur-représentée chez les DA, avec une prévalence évaluée à 54,7% (VS 9,8% en population générale).

Enfin, dans le travail de Fazel *et al.*<sup>40</sup>, les taux de prévalence de la dépression, mesurés sur 14 études et regroupant 3616 réfugiés d'un âge moyen de 33 ans, sont de 5% environ.

Comme pour les troubles anxieux, on retrouve une prévalence de la dépression élevée chez les personnes en situation de demande d'asile, et ce au-delà de la variabilité des résultats constatée d'une étude à l'autre.

#### ▪ **Trouble bipolaire :**

L'étude sur les migrants menée en Suède par Dykxhoorn *et al.*<sup>42</sup> décrit que le risque de troubles bipolaires non psychotiques était plus faible pour les migrants (RR 0,58, IC à 95% [0,52–0,64]) dans l'ensemble, et cela à tous les âges de la migration à l'exception de la petite enfance (RR 1,20 ; IC à 95% [1,01–1,42]).

Aucune étude n'a été retrouvée sur la prévalence des troubles bipolaires chez les demandeurs d'asile.

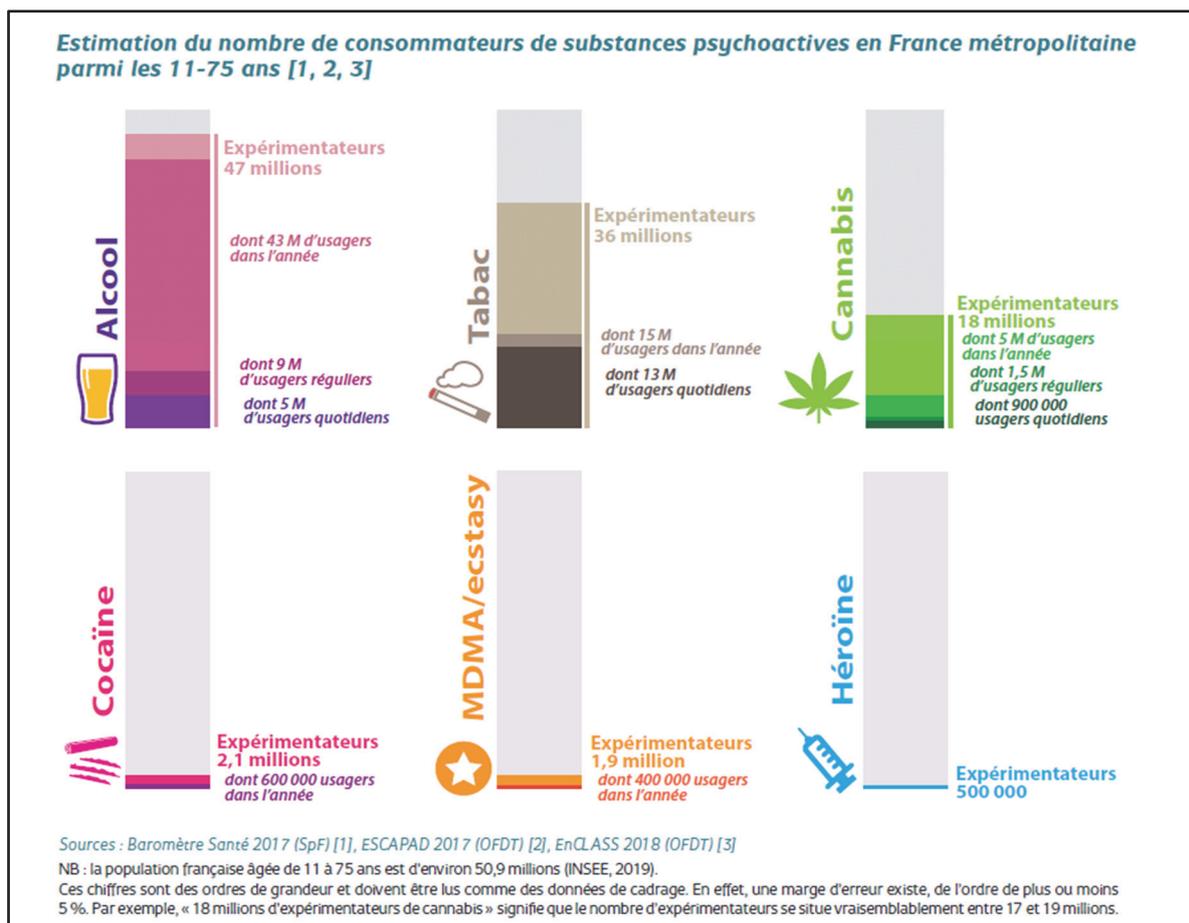
### **3.6.3.2. Addictions chez les demandeurs d'asile**

Il existe à notre connaissance peu de données sur les addictions chez les demandeurs d'asile.

Un article suédois de 2019 de Harris and Dikxhoorn<sup>47</sup> se basant sur des données de registres (entre 1984 et 1997) concernant 1 241 901 participants suggère des taux plus faibles de troubles addictifs chez les réfugiés et autres migrants par rapport aux Suédois natifs. Ces consommations moindres sont mises en lien avec des comportements différents, en termes de consommation, dans les pays d'origine. Ces différences au niveau de la consommation entre Suédois migrants et non migrants auraient en effet tendance à s'effacer au terme de l'augmentation de la durée de séjour en Suède.

Ces consommations seraient par ailleurs également augmentées chez les réfugiés atteints de PTSD. Ce dernier point laisse présager des chiffres différents chez les demandeurs d'asile, globalement plus touchés que les autres migrants par le PTSD. De la même façon, une étude de Salas *et al.*<sup>48</sup> publiée en 2018 met en évidence, sur une cohorte de 36 309 immigrés comparée à une cohorte de personnes originaires des États-Unis, le risque moindre de consommer chez les personnes immigrées (3 à 6 fois moins susceptibles de consommer).

Les consommations des Français rapportées par l'OFDT<sup>49</sup> sont décrites dans la figure suivante :



Source : OFDT

Figure 4 : Estimation du nombre de consommations de substances psychoactives en France métropolitaine

En 2017, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concerne 10 % des adultes français de 18 à 75 ans (15 % des hommes et 5 % des femmes) avec une moyenne d'environ 2,5 unités standards d'alcool par habitant et par jour.

Entre 2014 et 2017, la consommation quotidienne de tabac chez les Français âgés de 18 à 75 ans est évaluée à 27 % et concerne 30 % des hommes et 24 % des femmes.

En 2017, l'expérimentation du cannabis concerne 45 % des adultes de 18 à 64 ans. La consommation dans l'année s'élève à 11 % (15 % pour les hommes et 7 % pour les femmes). Un usage régulier est déclaré par 3,6 % de la population.

### 3.6.4. Santé somatique des demandeurs d'asile

Il existe une grande diversité de prévalence des motifs de consultation et/ou diagnostics somatiques chez les DA dans les différentes études. Globalement, on retrouve des catégories de symptômes et de diagnostics médicaux communs à chaque étude avec, notamment <sup>50</sup>, les pathologies musculosquelettiques, la traumatologie, les pathologies infectieuses, les pathologies obstétricales, les pathologies métaboliques, les pathologies pulmonaires, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies digestives, les pathologies dermatologiques <sup>51,52</sup>.

#### 3.6.4.1. Pathologies musculo squelettiques

L'une des principales plaintes somatiques des demandeurs d'asile est la douleur musculo-squelettique, en particulier les cervicalgies et les lombalgies <sup>53</sup>.

Il est aisé de mettre ces pathologies en lien avec les traumatismes physiques accidentels ou infligés, les conditions difficiles de vie et les travaux physiques volontaires ou forcés <sup>54</sup>, notamment lors du trajet de migration.

- Traumatismes « accidentels »

Nous n'avons pas retrouvé d'études portant spécifiquement sur ce sujet mais il est facile d'imaginer que les traumatismes orthopédiques et musculo-tendineux sont majeurs pour les exilés, notamment à cause de leur parcours jusqu'au pays d'accueil qui s'est révélé la plupart du temps difficile physiquement.

Nous considérons que la forte incidence de consultations pour douleur et pathologie ostéo-articulaire est en lien direct avec ces traumatismes accidentels durant le parcours du DA.

- Agressions physiques (hors agressions sexuelles)

Les conséquences physiques des violences et tortures qu'ont pu subir les exilés ne semblent pas non plus avoir fait l'objet de beaucoup d'études. Peut-être cela est-il dû au fait que la conséquence majeure de ces violences infligées se traduit par des troubles d'ordre psychologique.

Dans une étude française, sur 570 exilés survivants, 40,22% des individus ont subi une incarcération, 30,16% ont subi des violences répétées (durant plus d'une année). Les principales techniques de sévices et tortures utilisaient objet contondant (82,5%), coups de matraque (27,5%), arme tranchante (30%), techniques de brûlures (82,51%).

Des associations statistiquement significatives entre la déclaration de brûlures ( $p=0,0105$ ) ou d'incisions par armes tranchantes ( $p = 0,0009$ ) et la présence de cicatrices cutanées ont été mises en évidence<sup>55</sup>.

- Agressions sexuelles

En France, ce sont 14,47 % des femmes de 20 à 69 ans qui déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie. Près d'1/4 de ces femmes ont été victimes d'un viol, plus d'1/6 d'une tentative de viol et près d'1/3 d'attouchements sexuels (subis ou à faire). L'immense majorité d'entre elles rapporte une agression sexuelle, cumulée ou non avec d'autres violences sexuelles <sup>57</sup>.

Les femmes exilées sont particulièrement vulnérables face aux agressions sexuelles, et ce depuis leur pays de départ jusqu'à leur arrivée dans le pays d'accueil. L'étude française précédemment citée rapporte que 15,2% des individus ont subi des violences sexuelles dans leur pays d'origine <sup>55</sup>.

Une étude suisse sur 80 femmes demandeuses d'asile révèle que six femmes (7,5%) ont subi une agression sexuelle dans leur pays d'origine et deux femmes (2,5%) en Suisse <sup>56</sup>. Dix-huit grossesses non désirées ont été documentées dans cette même étude. La barrière de la langue, les différences culturelles et de croyances ainsi que les difficultés économiques empêchent les femmes exilées d'avoir accès à une contraception efficace.

Les femmes DA présentent des pourcentages importants d'interruptions volontaires de grossesse mais aussi de pathologies obstétricales et de complications périnatales <sup>58</sup>.

### 3.6.4.2. Maladies infectieuses

S'agissant des maladies infectieuses, les études de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) permettent d'observer des taux de prévalence significativement plus importants dans certaines populations d'immigrés, en particulier pour le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose <sup>59</sup>. Cela s'explique par la forte prévalence de ces pathologies infectieuses dans certaines régions du monde, qui augmente le risque d'exposition des populations originaires de ces régions. Le phénomène s'explique également par les conditions d'accès aux soins souvent difficiles et par la précarité socio-économique de ces populations en France.

Ces résultats concordent avec le rapport sur l'état de santé des DA de l'équipe de M. Hobs. <sup>60</sup>

L'étude montre une forte prévalence, par rapport à la population hôte, de pathologies infectieuses dont la tuberculose, le HIV, les Hépatites B et C, les infections gastro intestinales (e.g. Salmonella spp., Shigella spp.) et les helminthiases. (e.g. Schistosoma spp., Strongyloides stercoralis, Ascaris lumbricoides)<sup>54,61-63</sup>

- Tuberculose

L'étude de Greenaway *et al.* recommande le dépistage de la tuberculose latente devant la forte prévalence de cette pathologie, principalement due à la réactivation d'une tuberculose latente en tuberculose maladie chez les populations exilées <sup>64</sup>.

Entre les mois de novembre 2015 et octobre 2016, un total de 15 cas de tuberculose a été déclaré à l'ARS par les médecins de la PASS de Calais, dès le diagnostic établi. Parmi ces cas, 9 présentaient une forme pulmonaire dont 3 étaient bacillifères. Aucune forme multirésistante n'a été identifiée. Les enquêtes autour des cas n'ont pas permis de dépister d'autres cas de tuberculose maladie ou d'infection tuberculeuse latente, ni d'établir de lien épidémiologique entre les cas <sup>17</sup>.

Une étude italienne de 2017 consistait à dépister par radiographie thoracique, et de façon systématique, la tuberculose, chez les DA dans un centre d'accueil du nord de l'Italie. Il en résulte 535 cas de tuberculose sur 100 000 patients dépistés (> 0,5%), ce qui, d'après les auteurs représente une prévalence 80 fois plus élevée que la population italienne <sup>65</sup>.

- Pathologies parasitaires

Deux études, une allemande et une autre italienne, mettent en évidence l'importante prévalence des pathologies gastro-intestinales infectieuses bactériennes<sup>66</sup> et parasitaires<sup>67</sup>.

Des études complémentaires démontrent que la présence de parasites dans les selles des exilés dépend à la fois du pays d'origine<sup>68</sup> et du parcours migratoire du DA<sup>69</sup>.

Ces pathologies ont des prévalences très faibles en France (Anguillulose : 20 cas autochtones depuis 1995<sup>70</sup>). On peut noter que 92% des personnes atteintes de bilharziose se trouvent en Afrique sub-saharienne<sup>71</sup>.

- VIH

La forte prévalence de VIH chez les personnes en situation de migration est la conséquence de celle du VIH dans le pays d'origine, des facteurs de vulnérabilité liés aux trajets de migration et des inégalités d'accès, en termes de prévention et de traitement, dans le pays hôte et le pays d'accueil<sup>72,73</sup>.

Parmi la population de migrants, les demandeurs d'asile sont particulièrement vulnérables au VIH. Cela peut s'expliquer par le manque d'accès à la prévention dans le pays d'origine ou pendant la migration vers le pays hôte notamment et par l'augmentation du risque d'exposition aux agressions sexuelles<sup>74,75</sup>.

Il n'existe à notre connaissance que très peu de chiffres concernant la prévalence du VIH dans la population migrante en Europe<sup>76,77</sup>.

Une étude au Royaume Uni rapporte une prévalence de VIH chez les demandeurs d'asile et réfugiés de 3,819 pour 100<sup>78</sup> et dans une étude en Italie une prévalence de 1,5%<sup>79</sup>.

En France, fin 2016, près de 172 700 personnes soit 0,26% de la population Française vivaient avec le VIH et environ 6 000 nouvelles contaminations sont intervenues au cours de la même année<sup>80</sup>.

- Hépatites virales

Les données de la littérature concernant les patients exilés atteints d'hépatite sont très limitées.

En Grèce, on retrouve une forte prévalence d'hépatite B chez les exilés albanais et asiatiques<sup>81</sup>.

Une étude sur 130 DA montre que 20 patients (15,4%) présentent une sérologie HBsAg positive et 69 (53,1 %) une sérologie anti-HBc positive faisant suspecter une infection récente ou une hépatite B chronique; 3 individus soit 2,3% présentent des anticorps anti HCV<sup>82</sup>.

En France, 3.1 millions de personnes ont été en contact avec l'hépatite B (guérie ou chronique), soit une prévalence de 7,1% et une part importante de la population est vaccinée. En Afrique Sub-saharienne, la prévalence du VHB actif s'élèverait à 10%<sup>83</sup>.

### 3.6.4.3. Pathologies métaboliques et chroniques (exemple du diabète)

En Europe, la prévalence, l'incidence et la mortalité du diabète sont plus élevées chez les migrants que dans les populations natives <sup>84</sup>.

C'est le cas aux Pays Bas où la prévalence de diabète est plus importante dans la population immigrée que dans la population native <sup>85</sup>.

On retrouve des résultats similaires au Royaume Uni <sup>59</sup> et en France <sup>87</sup>.

Le profil génétique explique en partie ces différences de prévalence, mais il ne faut pas négliger les difficultés socio-économiques associées aux difficultés d'accès aux soins qui peuvent également expliquer ces chiffres <sup>88</sup>.

### 3.6.5. Offre et utilisation du système de soin

En théorie, tous les demandeurs d'asile ont droit à la CMU et à la CMU-C. Il est prévu, depuis les annonces faites par le premier ministre le 6 novembre 2019<sup>28</sup> suite à un comité interministériel sur l'immigration et l'intégration, que la prise en charge des frais de santé par les régimes de la sécurité sociale soit conditionnée à la résidence en France (résidence en France depuis plus de 3 mois). Ces données laissent penser qu'une aggravation des difficultés d'accès aux soins des demandeurs d'asile est à prévoir. Aussi ce long délai aboutit à une mobilisation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et ne permet un accès qu'aux soins urgents durant les trois premiers mois de présence en France.

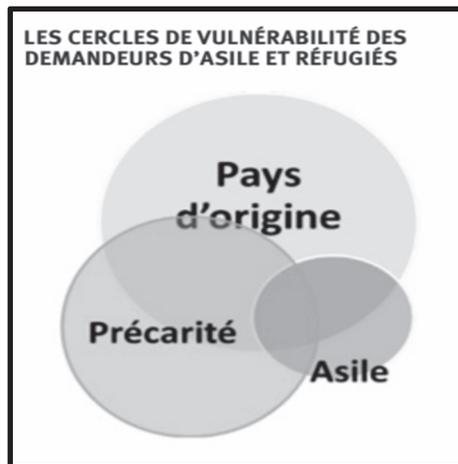
Par ailleurs, l'état de santé des DA pâtit d'importants retards dans l'accès aux soins : délai de domiciliation, délai de rendez-vous à la CPAM, délai d'ouverture des droits CMU.

Dans l'observation du Comede<sup>29</sup>, sur l'année 2011, 637 obstacles à l'accès aux soins ont été documentés, concernant 263 patients du Comede. La plupart de ces obstacles à l'accès aux soins relèvent des dysfonctionnements de la sécurité sociale : erreurs liées à la méconnaissance du statut juridique des personnes dans 35% des cas, difficultés d'accès à la CPAM (interprétariat, insuffisance de traçabilité des dossiers lors d'envois multiples d'un service à l'autre...) dans 25% des cas et erreurs de procédure dans 22% des cas. Enfin, 18% des obstacles sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins.

Un autre problème est la transmission du dossier médical du demandeur d'asile entre le premier pays d'asile et le pays de réinstallation. Ainsi certains professionnels se plaignent du manque d'informations en amont ou même d'informations erronées qui empêchent de préparer l'accueil dans les meilleures conditions.

Comme l'explique Marc Wluczka<sup>30</sup>, ancien médecin chef de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), une vulnérabilité particulière est due au cumul de plusieurs vulnérabilités :

- Les problématiques liées au pays d'origine (causes du départ souvent en lien avec de lourds traumatismes ; préexistence de pathologies provenant du pays d'origine où l'accès aux soins est souvent moindre)
- La demande d'asile en elle-même ou plus largement le parcours migratoire, traumatisants à la fois physiquement et psychologiquement
- La précarité qui touche une part importante de ce public l'expose à des problèmes spécifiques tels que le retard et la rupture des soins, les pathologies infectieuses ou les affections cutanées et dentaires.



*Source : Demandeurs d'asile et réfugiés : les limites pratiques de l'accès universel aux soins, France Terre d'Asile.*

*Figure 5 : Cercle de vulnérabilité des demandeurs d'asile et réfugiés*

La prise en compte des différences culturelles a également une grande importance, notamment en ce qui concerne le rapport au corps, au médecin et aux soins. La prise en charge personnalisée et de longue durée qui s'avère nécessaire pour ces patients, est particulièrement difficile à mettre en place dans les contextes de travail à flux tendu ayant si souvent cours dans les établissements publics de santé.

De la même façon, la pénibilité inhérente aux missions de soins peut entraîner des violences soignantes à l'encontre de certaines spécificités culturelles (ex : barrière de la langue) ou des conséquences de la précarité (ex : manque d'hygiène) des demandeurs d'asile. L'interprétariat lors des démarches administratives et des consultations joue un rôle primordial car c'est le seul moyen d'instaurer une compréhension entre le demandeur d'asile et le médecin, compréhension nécessaire à la formulation d'un diagnostic précis et à une prise en charge efficace. Or l'accès aux services de traduction adéquats est particulièrement difficile en dehors des zones urbaines de taille conséquente, notamment lorsqu'il s'agit de langues peu pratiquées et enseignées en France ou même en Europe.

La connaissance et la compréhension du réseau français de soins et de l'éventail des prises en charge existantes en France, culturellement et administrativement différentes de ce que connaît les demandeurs d'asiles, sont probablement un facteur supplémentaire de limitation d'accès aux soins.

### 3.6.6. Dispositifs d'accès aux soins à Marseille

#### 3.6.6.1. PASS

Les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ont été instaurées dans les établissements de Santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions de 1998. Leur mission est d'accompagner les personnes en situation de précarité et nécessitant des soins dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.

À Marseille, il est fréquent de recevoir les personnes en situation de demande d'asile dans ces permanences afin de leur offrir l'accès aux services d'une équipe pluridisciplinaire, constituée d'assistants sociaux, de médecins, d'une infirmière et d'agents d'accueil.

De la même façon que les PASS, se sont développées des associations, ayant pour mission de favoriser l'accès aux soins. Les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde sont des dispositifs de facilitation de recours aux soins et à la prévention, et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir. En 2018, Médecins du Monde compte 14 CASO et 1 Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement (CAOA). Médecins du Monde y offre un accueil médico-social inconditionnel, et dispense des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses, ainsi qu'un dépistage spécifique pour certaines pathologies. Une prise en charge psychosociale et de santé mentale se développe progressivement.

Les personnes accueillies sont la plupart du temps des personnes exilées, migrantes, ou en demande d'asile. Elles sont reçues gratuitement avant d'être orientées vers les structures médico-sociales du territoire (Permanences d'Accès aux Soins de Santé, structures de Protection Maternelle et Infantile, Centres Médico-Psychologiques, etc.), et peuvent être accompagnées dans leurs démarches administratives afin d'obtenir une couverture maladie.

#### 3.6.6.2. CMP

Sur le plan administratif, la répartition des structures de soins en santé mentale est organisée en France au travers de secteurs géo démographiques. Dès lors, toute personne, avec ou sans accès aux droits de santé, peut bénéficier d'un accueil en CMP (Centre Médico-Psychologique).

Pour les demandeurs d'asile sans logement, l'orientation vers un service de psychiatrie fonctionne à Marseille selon la date de naissance.

Toutefois, pour les raisons précédemment exposées, il est peu fréquent que les demandeurs d'asile bénéficient d'une orientation vers un CMP de leur propre initiative.

Dans ce contexte, plusieurs initiatives se sont développées concernant l'accès aux soins de santé mentale à Marseille, notamment centré sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La structure MARSS (Mouvement et Action pour le Rétablissement Social et Sanitaire) en est un bon exemple. Elle est aujourd'hui à la fois une équipe de l'AP-HM composée d'une quinzaine de salariés et un mouvement qui comprend de nombreux citoyens volontaires qui participent à différentes actions ayant toutes pour objectif plus de justice sociale. MARSS est né en 2005, et a développé un travail de rue, à la rencontre des personnes subissant la précarité, mais aussi divers projets expérimentaux dans différents domaines, ayant tous pour objectif de réduire les inégalités et les injustices (comme le projet « Un chez soi d'abord », les programmes d'auto-support par les pairs, d'inclusion professionnelle en milieu ordinaire...). Cette structure a également un rôle de formation et de recherche.

Concernant les personnes en situation de demande d'asile, qui représentent une part non négligeable de la file active, cette structure a pour vocation de leur offrir un accès aux soins, par la pratique de l'« aller vers », grâce à un accompagnement médico-social. Cette pratique leur permet notamment d'améliorer leur connaissance du réseau Marseillais, et ainsi de devenir acteur de leurs prises en charge.

### 3.6.7. Interprétariat en santé

Conformément à la loi de Santé du 27 janvier 2016<sup>89</sup> et au respect de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France <sup>90</sup>, des procédures internes existent dans la plupart des structures de soin pour permettre l'accès à des services d'interprétariat professionnel, par téléphone ou en présentiel.

L'interprétariat par téléphone est un outil précieux lors des consultations non planifiées ou dans le cas d'une langue rare <sup>91</sup>.

La présence d'un interprète permet d'améliorer la qualité des échanges et une meilleure prise en compte des émotions et des échanges non verbaux <sup>92</sup>.

Extrait de “Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques” <sup>93</sup> :

“La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir, d'une part, aux patients et aux usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome ; et d'autres parts, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

L'intervention de l'interprète s'inscrit dans son cadre professionnel, dans le respect des principes déontologiques. Il doit mobiliser l'ensemble des compétences requises et s'inscrire dans une démarche de formation tout au long de sa vie professionnelle <sup>94</sup>.”

Quatre temps peuvent être distingués :

- Avant l'entretien : Un temps d'échange entre l'interprète et le professionnel de santé est recommandé lors des consultations difficiles. Cela permet à l'interprète de s'approprier le contexte précis, de préparer les termes techniques à mobiliser et de gérer ses émotions pour rester stable dans la traduction.

- Au début de l'entretien : Le consentement du patient est un prérequis à l'intervention de l'interprète. L'interprète est invité à exposer le cadre déontologique de sa fonction (confidentialité, secret professionnel, fidélité de traduction, impartialité...).
- Pendant l'entretien : Le professionnel veille à accorder le temps nécessaire pour la restitution des propos. Il s'adresse à l'utilisateur car le langage non verbal est important. Il veille à garder le contrôle de l'entretien et évite au maximum d'utiliser le jargon professionnel ou l'explicite.
- Après l'entretien : Un moment d'échange entre le professionnel de santé et l'interprète est recommandé, notamment dans le cas d'entretiens émotionnellement difficiles mais aussi pour éviter que l'interprète se retrouve en tête à tête avec l'utilisateur.

## 4. Matériel et méthodes de l'étude

Comme vu précédemment, la population des demandeurs d'asile est particulièrement vulnérable et les cliniciens doivent faire face à certaines particularités concernant les soins. Ils doivent en avoir connaissance or les données de santé disponibles, à l'heure actuelle, ne permettent pas d'avoir une vue globale sur la santé des demandeurs d'asile. Les études retrouvées traitent du sujet de la santé globale des migrants ou de celle des réfugiés, sans aborder spécifiquement la question de la santé des personnes en demande d'asile. Elles se fondent par ailleurs sur des échantillons non représentatifs, ne sont pas basées en France, ou ne sont pas méthodologiquement robustes. En France, le nombre de demandeurs d'asile augmente d'environ 10% à 25% chaque année, passant de 100 555 en 2017 à 138 420 en 2019.

En raison de toutes ces particularités, il paraît primordial d'évaluer la santé globale des demandeurs d'asile.

L'étude PREMENTADA (Prévalence des pathologies mentales et comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asile), propose de dépasser ces obstacles. Notre étude a pour but d'évaluer la faisabilité du protocole PREMENTADA dans les conditions réelles. Nous nous appuyons donc sur le protocole initial de l'étude PREMENTADA, dans une dynamique d'échange avec les enquêteurs de cette étude.

### 4.1. Objectifs de l'étude et critères de jugement

#### 4.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la faisabilité du protocole de l'étude PREMENTADA.

#### 4.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires consistent à obtenir de premiers résultats concernant la prévalence des pathologies mentales et somatiques chez les personnes en demande d'asile en France.

### 4.2. Méthodologie

Pour effectuer cette étude de faisabilité, notre travail consistait à tester, dans les conditions réelles, le protocole de l'étude PREMENTADA.

Afin d'obtenir un échantillon représentatif au sein de cette population mal connue et en accord avec les recommandations présentes dans l'article de Enticott *et al.*<sup>96</sup>, nous avons

veillé à respecter les principaux outils méthodologiques décrits dans la littérature comme efficaces pour le recrutement.

Il s'agit d'outils tels que :

- Avoir a priori pour objectif de recruter un échantillon représentatif
- Recruter dans un cadre d'échantillonnage fiable
- Faire un enregistrement des taux de réponse
- Effectuer une longue période de recrutement
- Avoir un engagement avec le groupe des réfugiés et des demandeurs d'asile et avoir recours à une variété d'efforts supplémentaires pour y parvenir.

#### 4.2.1. Type d'étude

Notre étude est une étude de faisabilité du protocole de l'étude PREMENTADA.

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle et transversale, de prévalence des pathologies mentales et comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asile à Marseille.

#### 4.2.2. Durée de l'étude

La durée d'inclusion a été de 9 mois (Octobre 2019 à Juin 2020).

#### 4.2.3. Enquêteurs

Nous avons été 2 enquêteurs à effectuer les inclusions : Melle DEMPURE Sarah, 29 ans, interne en psychiatrie (7<sup>ème</sup> semestre) et M. ECOSSE Quentin, 28 ans, interne en médecine générale (6<sup>ème</sup> semestre).

#### 4.2.4. Monocentrique

Nous avons effectué nos inclusions au sein de la structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA) de Marseille.

Notre choix s'est porté sur ce lieu car tous les demandeurs d'asile des départements des Alpes de Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse ont l'obligation de passer au moins une fois à cet endroit afin d'obtenir un rendez-vous pour déposer un dossier de demande d'asile.

Nous souhaitons ainsi limiter au maximum le biais d'échantillonnage.

Ces demandeurs d'asile ne sont pas recrutés dans un lieu de soin ou dans un lieu d'hébergement, ce qui est une première limite opposée au biais de sélection.

Lors de ce recrutement, nous avons également créé une fiche de recrutement traduite, avec toutes les informations inscrites dans plusieurs langues, afin de limiter encore le biais d'échantillonnage.

## 4.2.5. Population

### 4.2.5.1. Taille de l'échantillon

Le nombre de sujets nécessaires de l'étude PREMENTADA étant de 1080 sujets, nous avons estimé que l'inclusion de 50 patients permettrait d'aborder la question de la faisabilité de manière satisfaisante.

### 4.2.5.2. Population cible

La population cible de l'étude englobait toutes les personnes en procédure de demande d'asile. Étaient considérées comme en procédure de demande d'asile les personnes :

- Détentrices d'un récépissé de passage en préfecture au guichet unique de demande d'asile (GUDA).
- Non détentrices d'un récépissé de passage en préfecture mais étant déjà enregistrées à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (SPADA) de leur ville de résidence et ayant un rendez-vous au GUDA déjà fixé. Ceci est objectivé par le document officiel de rendez-vous au GUDA.

### 4.2.5.3. Population source

La population source était composée des personnes demandeuses d'asile des départements des Alpes de Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse se présentant à la SPADA de Marseille, estimée à 6000 nouveaux demandeurs d'asile par an.

### 4.2.5.4. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Avoir un âge > 18 ans ;
- Être en procédure de demande d'asile comme définie pour la population cible ;
- Se présenter à la SPADA de Marseille ;
- Avoir les capacités cognitives de consentir à la participation à l'étude.

### 4.2.5.5. Critères d'exclusion

Aucun.

### 4.2.5.6. Critères de non-inclusion

- Existence de troubles cognitifs (démence, retard mental) ou de difficultés de langage (dysphasie, aphasie) limitant la compréhension et l'expression ;
- Présence d'un enfant dont la responsabilité est à la personne en situation de demande d'asile lors de l'inclusion.

## 4.3. Éthique

L'étude a été conduite dans le respect de la déclaration d'Helsinki (6<sup>ème</sup> révision).

### 4.3.1. Lettre d'information

Chaque personne incluse dans cette étude a reçu une lettre d'information (*Annexe 8*). Celle-ci était traduite par traducteur assermenté (ISM<sup>95</sup>) à la demande de la personne.

### 4.3.2. Formulaire de consentement

Chaque personne incluse dans cette étude a rempli un formulaire de consentement (*Annexe 9*). Il pouvait être traduit par un traducteur assermenté (ISM<sup>95</sup>) à la demande de la personne.

## 4.4. Déroulement

- 1 - Recrutement de toute personne sortante de la SPADA, hors critères de non-inclusion.
- 2 - Explication de l'étude à la personne et proposition de participation. Cette explication se fait en français ou en anglais à l'oral, ou bien à l'aide d'un document écrit explicatif de l'étude traduit en plusieurs langues : arabe, allemand, anglais, bambara, espagnol, italien, portugais, russe, soninké et turc.

*En Annexe 10, on pourra retrouver le document explicatif en plusieurs langues.*

- 3 - Si la personne accepte de participer oralement à l'étude, elle est conduite vers le camion APHM garé aux alentours de la SPADA.

*En Annexe 11, l'autorisation de stationnement de la ville*

- 4 - Installation du participant volontaire dans une salle de consultation du camion.
- 5 - Signature du questionnaire de consentement et lettre d'information.
- 6 - Proposition d'interprétariat téléphonique via la plateforme ISM  
Si recours à la plateforme : présentation de la situation à l'interprète et de l'interprète au participant.
- 7 - Déroulement du questionnaire, avec reformulation des questions non comprises.
- 8 – Proposition de réaliser un bilan sanguin a la PASS avec choix d'une date en fonction du calendrier proposé par le Dr Khouani.

*En Annexe 12 : le bilan sanguin proposé à la PASS Timone*

9 - Le binôme d'internes enquêteurs colligeait systématiquement dans un « carnet de bord » tous les éléments permettant d'étudier la faisabilité de l'étude, à savoir :

- Les impressions des enquêteurs lors de l'entretien ;
- Les motifs de non-inclusion ;
- Les motifs de refus : indisponibilité, incompréhension, barrière de la langue, autre (refus non motivé) ;
- Pour chaque questionnaire : réalisé ou non, de façon complète ou incomplète ;
- La durée du questionnaire ;
- Le lieu de l'entretien ;
- La langue dans laquelle l'entretien s'est déroulé ;
- L'utilisation de l'interprétariat téléphonique ISM ;
- La date prévue pour le bilan sanguin à la PASS ;
- La réalisation du bilan sanguin par le patient ;
- Le remplissage complet ou non des questionnaires d'acceptabilité ;

## 4.5. Critères de jugement et variables recueillies

Le questionnaire global a été co-construit avec l'équipe du Laboratoire de santé publique dirigé par le Pr Auquier.

*La totalité du questionnaire est disponible en Annexe 13.*

### 4.5.1. Évaluation de la faisabilité

Nous reportions chacun des critères utiles pour juger de la faisabilité sur un carnet de bord dédié :

- Tout élément sur les conditions de recrutement et de recueil de données,
- Le temps d'attente sans pouvoir inclure de personnes,
- Le nombre de personnes éligibles rencontrées,
- Le nombre et les raisons des non-inclusions,
- La durée des entretiens.
- Des questions sur le questionnaire étaient également posées à toutes les personnes, de manière à évaluer leur perception de la difficulté des questions, et sur la durée du questionnaire.
- Le nombre de personnes volontaires pour se rendre à la PASS était également noté.
- Le nombre de personnes s'étant réellement rendues à la PASS suite au rendez-vous a été recueilli auprès des équipes de la PASS.
- Tout élément de contexte qui nous semblait pertinent était également inscrit, tout verbatim, ainsi que nos ressentis, à la manière des journaux de bord des chercheurs qualitatifs.

## 4.5.2. Forme du questionnaire

Le questionnaire réalisé était un hétéro-questionnaire. Chaque personne pouvait bénéficier, si elle le souhaitait, de la traduction du questionnaire en anglais par les enquêteurs, ou du recours à interprétariat téléphonique via la plateforme ISM<sup>95</sup>.

Le questionnaire comprenait 14 blocs de questions, sur divers thèmes détaillés ultérieurement.

C'était un questionnaire anonyme.

## 4.5.3. Variables socio-démographiques, statut et situation sociale

Le questionnaire sociodémographique a été élaboré en collaboration avec notre directrice de thèse, le Dr Tinland Aurélie, afin d'obtenir la totalité des éléments nécessaires au traitement des données.

Nous nous sommes appuyés sur une revue de la littérature menée en phase exploratoire de notre étude pour identifier les facteurs de vulnérabilité socio-démographiques pertinents dans la population des demandeurs d'asile.

Les différentes parties du questionnaire sont les suivantes :

### 4.5.3.1. Données démographiques

Afin de garantir l'anonymat, le nom des participants n'a pas été demandé. En revanche, les enquêteurs du questionnaire ont intégré une cotation afin de pouvoir coordonner les examens biologiques et les questionnaires.

La cotation choisie était la suivante : N° du jour et du mois de recrutement suivi du N° de passage de la personne recrutée.

Exemple : Le premier jour du premier mois de l'année, on coterait la personne, pour le premier entretien de la journée, comme ceci : 010101.

Nous avons parlé de sexe biologique afin d'obtenir une réponse claire des personnes transgenres et transsexuelles.

### 4.5.3.2. Statut socio-économique

Plusieurs mesures du statut et de la situation sociale des sujets ont été introduites dans notre questionnaires :

- Composition de la famille avec le nombre d'enfant et la situation matrimoniale. Pour cette dernière, nous avons dû distinguer plusieurs possibilités complexes : séparation due à la migration, prise en compte du mariage religieux, situation de polygamie.
- Situation et activité professionnelle ont été classées selon la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de 2003 proposée par l'institut national de la statistique et des études économiques <sup>97</sup>. Cette nomenclature est celle utilisée pour la codification lors des enquêtes.
- Recueil des diplômes obtenus basé sur la cotation proposée par le code du travail <sup>98</sup>.

- Évaluation du niveau de maîtrise de la langue française par une échelle graduée de 1 (*pas du tout*) à 4 (*sans difficulté*) intégrant une distinction entre langue parlée/écrite/lue.

#### **4.5.3.3. Logement**

Nous nous sommes basés sur la typologie européenne Ethos <sup>99</sup> pour caractériser les situations des personnes interrogées concernant le logement.

*Fiche Ethos 2007 en Annexe 14.*

#### **4.5.3.4. Alimentation**

Il est très difficile de réaliser un profil nutritionnel exhaustif. En nous basant sur une étude française <sup>100</sup>, nous avons fait un choix restreint mais pertinent de questions portant sur l'accès à l'alimentation (barrière financière notamment), les pratiques alimentaires (alimentation équilibrée ou non) et l'estimation du poids déclaré.

#### **4.5.3.5. Consommation de toxiques**

Dans cet item nous avons cherché à répertorier les consommations, à les quantifier et à en connaître la fréquence. Ces questions ont l'avantage d'être standardisées et reproductibles.

##### Tabac

Les recommandations françaises et internationales recommandent un dépistage systématique de l'usage de tabac chez tous les patients <sup>101</sup>.

##### Cannabis

Pour le cannabis, nous avons repris une partie des questions concernant le tabac.

##### Boissons alcoolisées

Concernant l'alcool nous avons emprunté au questionnaire international AUDIT<sup>102</sup> les questions permettant de quantifier la consommation de boissons alcoolisées, une boisson alcoolisée standard correspondant à 10 grammes d'alcool pur <sup>103</sup>.

#### **4.5.3.6. Vie sexuelle**

Nous avons construit le questionnaire sur la vie sexuelle autour du relevé des risques liés aux infections sexuellement transmissibles (IST), des orientations sexuelles, de l'influence de celles-ci sur la demande d'asile et de l'évaluation de la satisfaction concernant la vie sexuelle.

Les demandeurs d'asiles peuvent venir de pays ayant une forte prévalence d'IST et dont la politique en matière de prévention n'est pas la même qu'en France <sup>104</sup>.

Les personnes persécutées dans leurs pays d'origine en raison de leur l'identité de genre et/ ou de leur orientation sexuelle peuvent prétendre à une protection au titre de l'asile<sup>75</sup>.

La satisfaction concernant la vie sexuelle dans le territoire d'accueil est un indicateur de qualité de vie.

#### 4.5.3.7. Variables concernant le trajet

Le questionnaire cherchait à caractériser l'origine géographique des participants, leur déplacement et leur arrivée en France. La recherche de ces informations avait pour but d'effectuer par la suite des analyses associatives. Par exemple, certaines maladies ont une prévalence nettement différenciée selon les zones géographiques.

La durée du trajet est indispensable car elle conditionne la prévalence de pathologies psychiatriques ou somatiques.

Le soutien social, comme la présence de proches à l'arrivée en France et/ou l'accompagnement social par des associations pourraient modifier la qualité de vie et la santé globale ressentie des demandeurs d'asile.

#### 4.5.3.8. Variables concernant les événements de vie

Il est indispensable de connaître les expériences violentes vécues (en tant que victime ou témoin) pendant la période pré migratoire, durant le trajet ou en période post migratoire et de définir leur type.

#### 4.5.3.9. Statut administratif (la demande d'asile)

Cet item nous permet de connaître le statut administratif et juridique en termes de procédure de demande d'asile.

### 4.5.4. Échelle CIRS

L'échelle CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) <sup>105</sup> a été développée en 1968 par Linn *et al.*

Grâce à un hétéro-questionnaire, cette échelle permet une évaluation complète de la morbidité, sur la base de 14 items correspondant à chacune des pathologies classées par système d'organes, avec une cotation de 0 à 4. On obtient alors un score final cumulé entre 0 et 56.

Ainsi sont exploités 14 systèmes d'organes, parmi lesquels le système cardiaque (cœur uniquement), l'hypertension artérielle, le système vasculo-hématopoïétique, l'appareil respiratoire, le système ophtalmologique et ORL, l'appareil gastro-intestinal supérieur et inférieur, le système hépatique, rénal, l'appareil génito-urinaire, les téguments musculo-squelettiques, le système nerveux central et périphérique, le système endocrinométabolique et les troubles psychiatriques et comportementaux.

Chaque maladie doit être classée individuellement dans le système approprié.

En présence de plusieurs pathologies au sein d'un même système, seule la plus sévère est cotée<sup>106</sup>.

Le manuel de directives pour la cotation de l'échelle CIRS rédigé par Salvi *et al.*<sup>107</sup> est traduit par l'agence nationale de la qualité dans les hôpitaux et cliniques<sup>108</sup>. Il est d'une aide précieuse pour la cotation des différents items.

Cette échelle a été initialement développée pour rendre compte de l'état de santé de la population gériatrique<sup>109</sup>. Elle a ensuite été validée pour les soins primaires<sup>110</sup>.

Par ailleurs, la CIRS présente une bonne corrélation entre les comorbidités et la qualité de vie liée à la santé<sup>111</sup>. Par rapport à d'autres échelles de morbidité comme le décompte des pathologies chroniques, l'index de Charlson ou Adjusted Clinical Group system and Duke Severity of Illness Checklist<sup>141,142</sup>, elle serait la plus adaptée concernant l'évaluation de la qualité de vie.

La Cumulative Illness Rating Scale a été récemment testée sur des populations précaires (sans abris) en Australie. L'étude montre une sévérité des multi-morbidités supérieure à celle de la population générale<sup>112</sup>.

La CIRS ne nécessite pas d'autorisation d'utilisation.

*Annexe 15, on pourra retrouver le tableau d'équivalences pathologie / thérapeutique suivie*

#### 4.5.5. Échelle SF-12

Le score SF12 (Short Form 12 Health Survey) est une échelle mise au point par Ware *et al.* qui a pour but d'évaluer la qualité de vie à partir de composantes physiques et mentales.

La qualité de vie est définie par l'OMS<sup>113</sup> comme *“la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement”*.

Basé sur le score SF-36 (Short-Form 36 Health Survey), il a été validé en français dans une étude sur 9000 personnes pour les composantes somatiques et psychiatriques, révélant une corrélation très haute<sup>114</sup> (0,94- 0,97) avec le SF-36 déjà validé<sup>115,116</sup> en français<sup>117</sup>. Il semble donc très intéressant à utiliser du fait d'un nombre de question réduit par trois, pour une information recueillie quasi similaire.

Il se compose d'un score résumé physique (PCS-12) et d'un score résumé psychique (MCS-12). Il comprend 12 questions.

Il s'agit d'un test générique qui permet d'explorer des dimensions variées et d'effectuer des comparaisons. Par rapport aux autres tests de qualité de vie génériques, il donne la possibilité d'obtenir une évaluation des symptômes et un jugement global de la santé perçue<sup>118</sup>.

C'est un auto-questionnaire.

Le score résumé physique (PCS-12) se compose de quatre sous-scores : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé perçue.

Le score résumé psychique (MCS-12) comprend également quatre sous-scores : vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique.

Ce test a été validé pour l'évaluation de la santé mentale dans les études épidémiologiques, notamment concernant la dépression et les troubles anxieux (Gill SC *et al.*). Il a été reconnu dans cette étude comme équivalent aux tests RAND-MHC12 pour le screening des troubles mentaux, meilleur que le GHQ-12 et similaire au K6 concernant les diagnostics de dépression<sup>119</sup>.

Pour l'ensemble des questions, la personne interrogée peut répondre par une réponse cotée de 1 à 5.

*Demande d'autorisation en annexe 16.*

#### 4.5.6. Échelle RHS-15

L'échelle Refugee Health Screener-15 est un outil de screening des troubles mentaux qui est spécifique de la population des réfugiés, auprès de laquelle il a été validé<sup>120</sup>.

Le RHS-15 ne se limite pas aux troubles psychotraumatiques. C'est un outil sensible : sensibilité de 90% pour le diagnostic de PTSD mesuré par des items issus du Harvard Trauma Questionnaire et du New Mexico Refugee Symptom Checklist-121 ; sensibilité de 100% pour les diagnostics d'anxiété et de dépression mesurés par les sous échelles du Hopkins Symptom Checklist-25<sup>121</sup>. Il est également spécifique (91% pour l'anxiété, 93% pour la dépression, et 94% pour le PTSD). Il aborde également les troubles somatoformes.

Le RHS-15 comprend 15 items. Les 14 premiers sont évalués sur une échelle de Likert à 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Un score global peut être obtenu, allant de 0 à 56 pour les items de 1 à 14, et de 0 (aucun) à 10 (extrême) pour l'item 15 qui est un « thermomètre des problèmes émotionnels ». Les scores les plus élevés correspondent à des niveaux plus importants de troubles psychiques. La positivité est admise si on obtient un score global supérieur ou égal à 12 pour les items de 1 à 14, ou un résultat de l'item 15 supérieur ou égal à 5 points sur 10. Ce questionnaire peut être réalisé en 5 à 10 minutes. La possibilité de le remplir individuellement en auto-questionnaire est un atout en termes d'acceptabilité, mais il peut également être rempli avec l'aide d'un tiers ; il suffit alors de préciser "self-administered" ou "not self-administered". Les deux modalités ont été validées.

Il est adapté à la population cible et au contenu identifié. Il concerne en effet des signes cliniques et du vécu subjectif, ainsi que des signes cliniques retrouvés particulièrement chez les populations en migration (ex : douleurs non systématisées dans la dépression).

Une autorisation d'utilisation a été demandée aux auteurs et obtenue (*annexe 17*). Le chercheur doit s'engager à utiliser cette échelle dans sa forme actuelle et dans son but initial d'utilisation.

### 4.5.7. MINI

Chez l'adulte la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un court entretien diagnostique structuré, validé en langue française, permettant d'évaluer la présence ou l'absence des principaux troubles psychiatriques (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs). Il dure environ 25 minutes en français et peut être utilisé aussi bien en épidémiologie qu'en screening clinique<sup>122</sup>. C'est un test reconnu comme acceptable par les personnes interrogées<sup>123</sup> en France.

Dix-sept catégories de troubles sont explorées se basant sur la classification des troubles du DSM<sup>124</sup> et de la CIM.

La MINI est structurée en items de dépistages et en items de diagnostics :

- S'il est répondu positivement aux items de dépistage, alors les items de diagnostics doivent être évalués.
- S'il est répondu négativement aux items de dépistage, alors l'entretien peut poursuivre sur les items de dépistage du trouble suivant.

Il ne s'agit pas d'une échelle de sévérité d'un trouble psychiatrique<sup>125</sup>.

Elle est particulièrement intéressante pour notre étude car elle permet un screening de tous les troubles psychiatriques des personnes interrogées, en passant au cours d'un seul et même entretien par une étape de dépistage puis de diagnostic. La MINI existe dans de nombreuses langues, mais étant passée sous forme d'entretien, elle nécessite une langue commune entre la personne interrogée et l'enquêteur.

Le MINI ne nécessite pas d'autorisation d'utilisation.

### 4.5.8. Échelle BPRS

L'échelle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) a été développée par David Lukoff, Ph.D., Keith H. Nuechterlein, Ph.D., et Joseph Ventura, M.A<sup>126</sup> et a été validée en français<sup>127</sup>. L'échelle de cotation psychiatrique brève est une procédure d'évaluation rapide et efficace pour mesurer les changements de symptômes chez les patients suivis en psychiatrie. Elle comprend une description précise et complète des symptômes caractéristiques majeurs. Cet hétéro-questionnaire évalue chaque catégorie de pathologies psychiatriques en estimant l'intensité des symptômes actuels (sur les deux dernières semaines), via des questions structurées, regroupées en trois facteurs : symptômes positifs – désorganisation ; anxiété-dépression et symptômes négatifs<sup>127</sup>.

Les cotations pour les items 1 à 14 sont basées sur les réponses des patients aux questions. Les items 15 à 24 sont basés sur le comportement du patient durant l'interview. La période d'évaluation à prendre en compte est uniquement celle de l'interview.

Les items sont cotés de 1 à 7 (1 étant défini comme sans symptômes).

Cette échelle a pour intérêt de fournir une description précise, rapide et simple des symptômes. Elle n'est habituellement pas utilisée pour un diagnostic mais a été utilisée ici dans le but de pouvoir dépister les pathologies non dépistées par le RHS-15. Le questionnaire BPRS ne nécessite pas d'autorisation d'utilisation.

*Le BPRS est disponible en annexe 18.*

#### 4.5.9. Examens biologiques et adressages à la PASS

Notre collaboration avec la PASS a permis d'obtenir, pour chaque personne incluse, un rendez-vous pour la réalisation d'un bilan sanguin complet standardisé (*Annexe 12*).

À l'issue de l'entretien il était proposé systématiquement à chaque participant un bilan sanguin de dépistage. Les participants étaient libres d'accepter ou non le rendez-vous proposé. Si la personne acceptait, les enquêteurs proposaient un rendez-vous auprès de la PASS Timone.

Ce rendez-vous était conforme aux horaires de disponibilité des infirmiers/ières de la PASS. La date de rendez-vous convenue ou le refus étaient systématiquement répertoriés dans un registre. Une fois à la PASS, une personne extérieure à l'étude affiliait les numéros de participation aux bilans, afin de garantir l'anonymat.

L'objectif étant de déterminer la proportion de patients réalisant le bilan sanguin à la fin de l'étude.

#### 4.5.10. Gestion des cas d'urgence

Si un patient nécessitait des soins somatiques ou psychiatriques en urgence, les enquêteurs l'orientaient vers une structure compétente avec laquelle ils échangeaient concernant la personne adressée.

À la fin de l'entretien, les enquêteurs répondaient aux questions non médicales concernant la procédure d'asile, le courrier ou d'autres procédures administratives, dans les limites imposées par nos compétences dans ces domaines.

Lorsqu'un patient avait besoin d'aide en termes de logement ou pour s'alimenter, une planche d'informations avec les principales associations disponibles à Marseille lui était remise.

## 5. Résultats

### 5.1. Traitement des données

Le recueil des données s'est effectué au moyen d'un CRF papier, et d'un carnet de bord pour chaque enquêteur. Chaque individu a reçu un numéro pour l'étude, correspondant à son ordre de passage (de 1 à 51). Aucune donnée permettant l'identification des personnes n'a été recueillie (aucun élément lié au nom ou prénom). L'échantillon faible et le binôme d'enquêteur permettait de reconnaître les individus et d'éviter les doublons.

La saisie des données a été réalisée par les enquêteurs grâce au logiciel Wepi. Les principaux contrôles de cohérence ont été intégrés à l'e-CRF, et les enquêteurs ont pu apporter les corrections nécessaires directement lors de la saisie.

### 5.2. Analyses des données

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0 sous Windows. Elle a été conduite en conformité aux bonnes pratiques épidémiologiques.

Les variables qualitatives sont présentées sous forme de proportions, intervalle de confiance et effectifs, les variables quantitatives à l'aide des moyennes et écart-type, ou médiane et quartiles. Pour chaque variable la proportion de données manquantes est précisée.

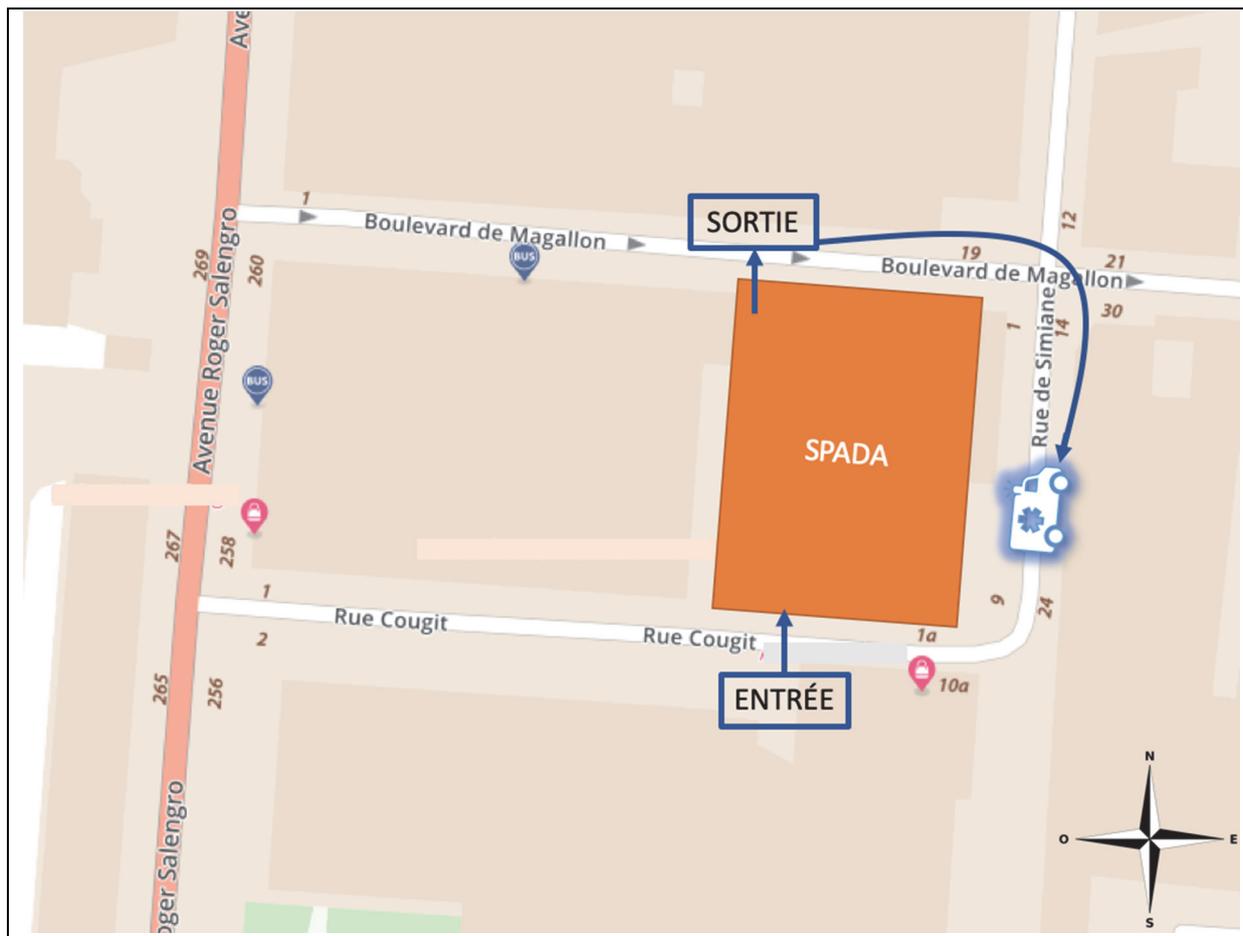
Les comparaisons entre plusieurs groupes sont présentées sous forme de box plot. Le trait horizontal le plus bas représente la valeur de 10% des effectifs, le trait inférieur de la boîte représente la valeur du premier quartile 25% des effectifs (Q1), le trait horizontal gras représente la médiane qui partage la série en deux groupes d'effectifs égaux, le trait supérieur de la boîte représente 75% des effectifs (Q2), et le trait horizontal le plus haut la valeur de 90% des effectifs.

### 5.3. Résultats de l'étude de faisabilité

#### 5.3.1. Faisabilité quant au lieu : La SPADA

Les 24 premiers entretiens (soit 43 % des entretiens) se sont déroulés devant la SPADA de la Halle Puget rue Puvis de Chavannes, du 21/10/2020 au 14/05/2020. Les 26 derniers entretiens ont eu lieu, après le déménagement de la SPADA, rue Magallon (Bougainville)<sup>128</sup>.

Les nouveaux locaux de la SPADA situés à Bougainville étaient en parfaite adéquation avec le protocole de notre étude, car tous les demandeurs d'asile patientaient rue Cougit dans la file d'attente de la SPADA puis sortaient à l'opposé de la structure, Bd de Magallon.



Source : Via Michelin.com

Figure 6 : Plan du lieu des inclusions

Les nouveaux locaux de la SPADA nous ont semblé parfaitement adaptés à la réalisation de l'étude PREMENTADA. Les demandeurs d'asile bénéficiaient d'un espace plus spacieux, le circuit de la plateforme était bien organisé et la signalétique adéquate. L'organisation à la SPADA en circuit (entrée Rue Cougit et sortie Bd de Magallon) facilitait notre recrutement. Comme le signale le directeur de la SPADA lors de notre visite des lieux : *"Ici, nous avons beaucoup plus de place, l'équipe est plus en sécurité et bénéficie de salles de repos, les personnes reçues ne se marchent pas dessus, et dans le contexte du Covid, cela nous rassure. La salle d'attente est bien organisée, et nous avons plusieurs idées pour continuer à améliorer l'accueil. On aimerait rendre le lieu plus humain."*

Les demandeurs d'asiles étaient recrutés à la sortie de la SPADA (Bd de Magallon) pour limiter les biais de recrutement.

Aucune des journées de recrutement n'a interféré avec le fonctionnement de la SPADA.

Nous nous sommes sentis bien accueillis dans ce lieu, le personnel a d'ailleurs fondé beaucoup d'espoir dans notre travail. Nous avons le sentiment de leur apporter du soutien, comme en témoigne l'un des premiers échanges avec l'un des accueillants de la SPADA :

*“Bonjour, comment se passent vos entretiens ? [...] C’est vraiment important pour nous que les demandeurs d’asile acceptent de vous répondre car ils se livrent souvent à nous et nous n’avons pas le temps ni les compétences pour accueillir leur parole”.*

### 5.3.2. Faisabilité quant à l’espace pour les entretiens : le camion APHM

Pour cette étude il était indispensable de trouver un lieu évoquant un lien de soins et respectant la confidentialité des entretiens. Ce lieu devait être proche de notre population source et ne pas entrer en conflit d'intérêt avec la politique migratoire.

Nous avons donc choisi de créer une unité mobile en suivant l'exemple des missions de la PASS Rimbaud, qui utilisait déjà le camion de consultation de l'AP-HM.

Ce camion était garé au garage général de l'AP-HM situé entre la rue Brochier et l'Hôpital de la Conception. Le camion était disponible tous les jours de la semaine hormis le lundi, réservé à la PASS Rimbaud. Les garagistes étaient prévenus à l'avance de chaque journée d'utilisation du camion. Il était possible de conduire le camion avec un permis B. Les frais d'essence et d'assurance étaient financés par l'AP-HM.

L'accès à la SPADA de la Halle Puget nécessitait une autorisation de stationnement (*Annexe 11*) à solliciter auprès de la mairie. Cette autorisation n'était plus nécessaire après le déménagement de la SPADA à Bougainville.

Nous n'avons rencontré aucun problème pour accéder à la SPADA de Bougainville en camion. Néanmoins, la taille du camion et la difficulté à conduire dans les rues étroites de Marseille ajoutaient une contrainte à la mise en place des entretiens. Le trajet aller était d'environ trente minutes et le retour variable en fonction de la circulation. Nous devions être prudents sur l'ensemble du trajet et pour les manœuvres.

La présence du camion de la SPADA n'a créé aucun attroupement de foule. Il était tout de même fréquent que des personnes viennent nous rencontrer en pensant avoir des soins, des tests COVID ou des masques.

Le camion était suffisamment spacieux et confortable pour le déroulement des entretiens. De plus il était équipé d'un système d'éclairage intérieur et d'une ventilation climatisée. Il permettait d'effectuer un interrogatoire en respectant le secret médical car il était insonorisé et les deux salles de consultation étaient à l'abri des regards.

Nous avons ressenti quelques réticences de la part des personnes arrivant devant le camion, qui semblaient éprouver une forme de crainte avant de voir l'intérieur du véhicule. Toutefois, dès l'ouverture du camion, les personnes s'apaisaient car elles voyaient que l'espace était effectivement aménagé pour des consultations médicales et des entretiens.



*Photographie 1 : camion de consultation AP-HM*



*Photographie 2 : camion de consultation AP-HM*



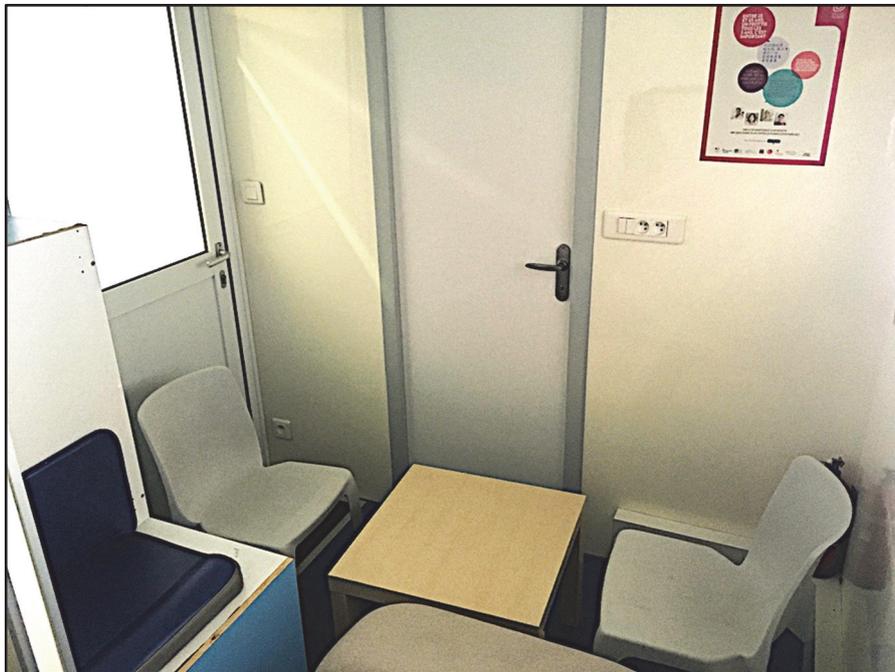
*Photographie 3 : camion AP-HM garé rue Simiane avec deux enquêteurs.*



*Photographie 4 : conduite dans les rues de Marseille*



*Photographie 5 : Intérieur du camion (Salle 1 de consultation)*



*Photographie 6 : Intérieur du camion (Salle 2 de consultation et d'examen clinique)*

### 5.3.3. Faisabilité quant au recrutement

#### 5.3.3.1. Intérêt d'un binôme mixte d'enquêteurs

Nous étions 2 enquêteurs, une femme de 29 ans, Sarah, interne en psychiatrie et un homme de 28 ans, Quentin, interne en médecine générale. Nous avons réalisé l'importance d'être en binôme à divers niveaux :

Tout d'abord concernant les dangers encourus. La SPADA nous était en effet initialement décrite comme un lieu dangereux. L'un des patients nous a d'ailleurs ainsi dépeint les alentours de la SPADA : *“Les seules violences que j'ai vécues en France, c'est devant la SPADA, ici c'est la zone, ça deal, on dort dehors, les gens se battent avec des couteaux, on se fait voler...”*. La directrice territoriale de l'OFII nous avait également mis en garde face aux violences, notamment suite aux règlements de compte à l'arme blanche ayant eu lieu auparavant à cet endroit. Le déménagement des locaux a d'ailleurs été prévu principalement pour augmenter l'espace de premier accueil des personnes, dans le but d'éviter les attroupements et donc de limiter les violences.

En second lieu, parce que le binôme facilitait nos postures face aux personnes interrogées. Il était rassurant de ne pas être seul, de pouvoir “débriefier” à la fin des entretiens ou encore de pouvoir prendre le relais quand l'un des enquêteurs semblait trop touché par un récit, les histoires évoquées étant parfois extrêmement difficiles à entendre.

Par ailleurs, le fait d'appartenir à deux spécialités médicales différentes était un atout majeur. Sarah, interne en psychiatrie, était principalement responsable de la connaissance du réseau social de Marseille, des questions centrées sur la transculturalité, et était également en mesure d'évaluer et d'adresser les personnes nécessitant une prise en charge psychiatrique. Quentin, interne en médecine générale, disposait de toutes les connaissances concernant la santé somatique, était en lien avec la PASS, était capable de repérer une urgence médicale somatique et avait une bonne connaissance du parcours légal des demandeurs d'asile. Cette complémentarité nous permettait entre autres de nous sentir légitimes dans nos rencontres avec les demandeurs d'asile.

Enfin, le fait que nous soyons un binôme homme-femme était là aussi positif. Chaque genre se voyait en effet connoté de diverses façons, selon les représentations de chacun : certains hommes refusaient de parler à une femme ou ne parvenaient pas à se représenter une femme médecin ; a contrario, certaines femmes étaient plus à l'aise avec une femme et rassurées par sa présence.

#### 5.3.3.2. Population

A la sortie de la SPADA, chaque demandeur d'asile remplissant les critères d'inclusion pouvait participer à l'étude après une brève explication orale de l'étude. Pour les personnes allophones une traduction écrite de l'information (*disponible en annexe 4*) a été proposée, sans elle, nous aurions eu une population non représentative à cause de la non-compréhension de notre travail. La traduction turque a été proposée plus tard (à partir du 12 mai 2020).

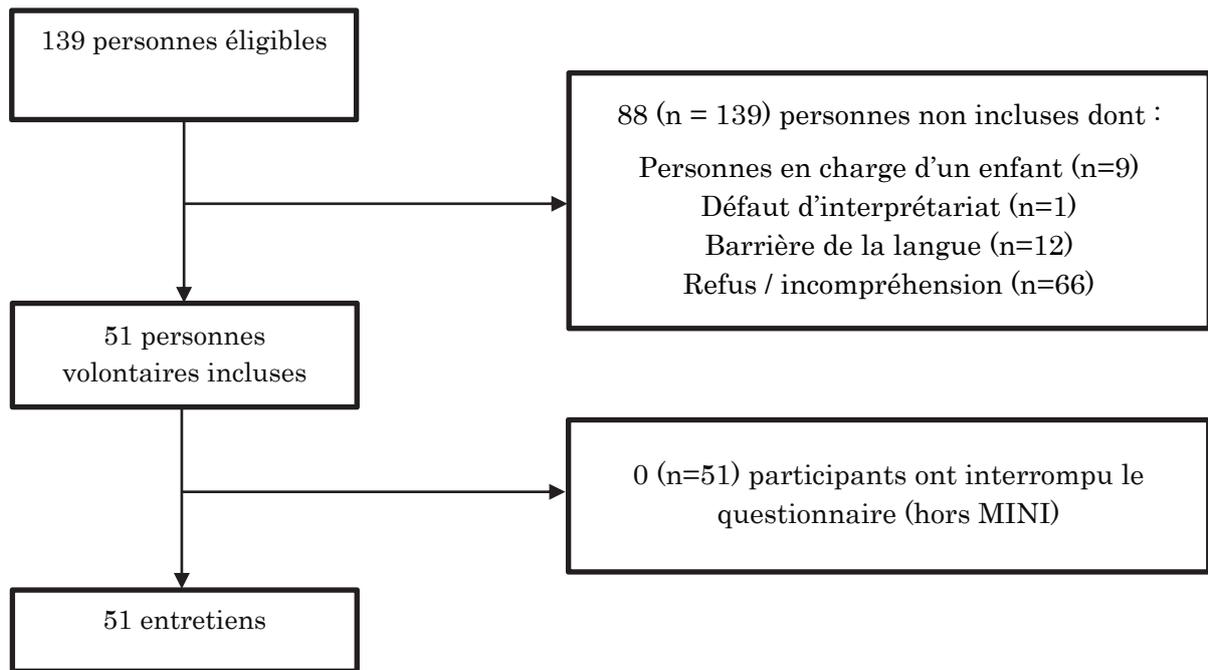


Figure 7 : Diagramme de flux de l'échantillon

139 personnes étaient éligibles durant la période d'inclusion, qui a débuté en octobre 2019 et s'est terminée en juin 2020. Sur les 139 personnes éligibles, 51 personnes ont participé à l'étude (38% des personnes éligibles). Aucune des personnes ayant accepté de participer ne présentait de critères de non-inclusion.

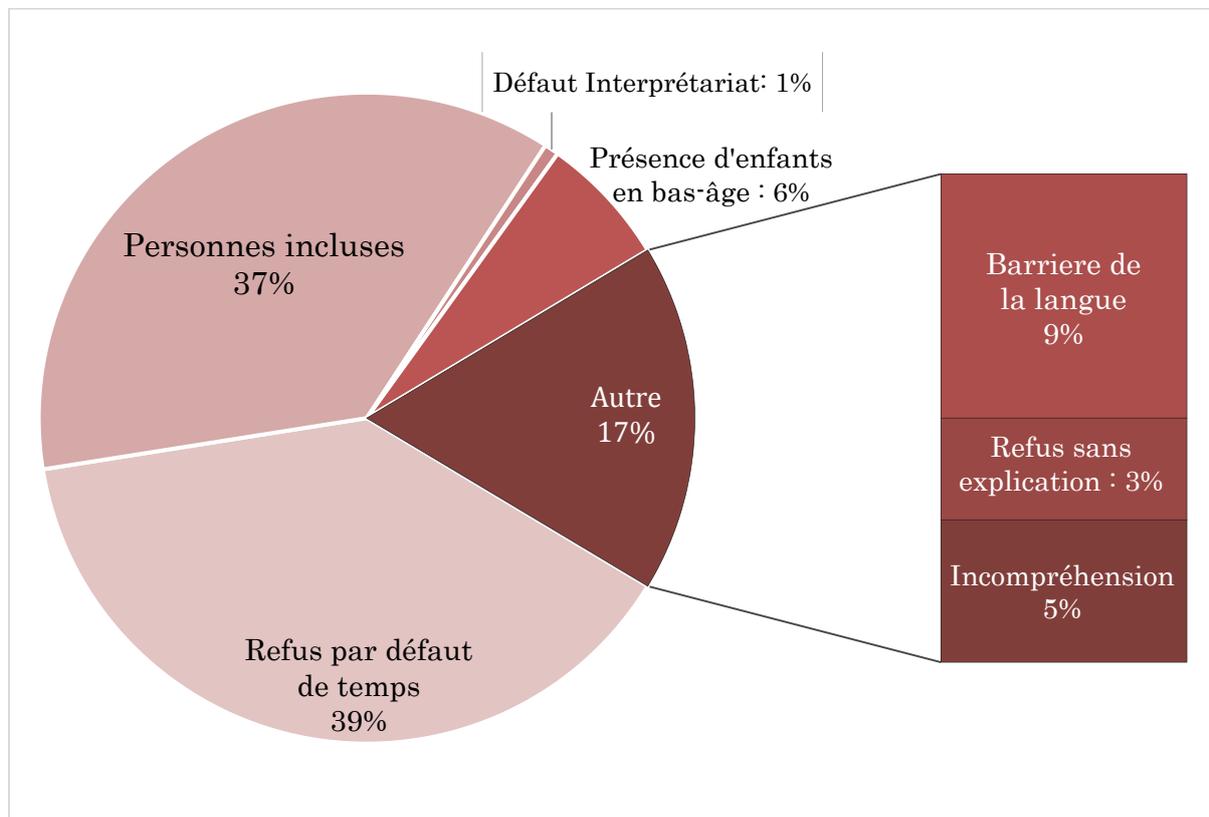


Figure 8 : Caractéristiques de l'ensemble des personnes éligibles n=139 (100%).

Le carnet de bord nous a permis de relever les informations suivantes :

Parmi les 88 personnes non incluses dans l'étude, 9 personnes présentaient des critères de non-inclusions (présence d'enfant en bas âge avec la personnes éligible) et une personne n'a pu être incluse car le service d'interprétariat téléphonique ISM n'a pas trouvé de traducteur disponible dans la langue du volontaire (Mandingue).

A cause de la barrière de la langue, 12 personnes n'ont pas participé à l'étude ; 54 personnes étaient indisponibles au moment de la proposition de l'entretien, la durée de l'entretien ne concordant pas avec leur emploi du temps ; 7 personnes ne comprenaient pas l'étude malgré une explication dans la langue du patient et 5 autres personnes ont simplement refusé de participer à l'étude sans explication.

	Avant le 12 mai 2020 <b>n = 20</b>	Après le 12 mai 2020 <b>n = 68</b>	<b>Total (n=88)</b>
Non inclus (Présence d'enfants en bas âge)	2	7	9
Défaut d'interprétariat		1	1
<b>Barrière de la langue</b>			
	Turque 4	Albanais 2	12
	Russe 3	Arabe 1	
	Autres 1	Serbe 1	
Refus (Défaut de temps)	8	46	54
Incompréhension	1	6	7
Refus sans explication	1	4	5

*Tableau 3 : Caractéristiques des personnes non incluses en fonction des périodes d'inclusions*

L'étape du recrutement s'est bien déroulée dans l'ensemble, car contrairement à nos attentes, il y a eu moins de refus. Dans l'ensemble les personnes éligibles étaient volontaires comme ce jeune homme qui nous a expliqué : *“Je n'ai rien à faire de mes journées, je ne travaille pas, je n'ai pas de logement, alors si je peux passer mon temps avec vous, et qu'en plus ça puisse profiter aux autres personnes dans ma situation, je le fais !”*.

Une phase d'anxiété a été ressentie par les enquêteurs au début des entretiens. En effet, nous avons eu des difficultés à aller vers les gens au début, nous n'étions pas très à l'aise et nous avions des craintes sur le déroulé des entretiens. Après quelques entretiens et le bon contact global avec les personnes, nos craintes se sont rapidement estompées et nous étions de plus en plus à l'aise.

Parfois, l'attente devant la SPADA était difficile : comme par exemple cette journée où nous avons attendu trois heures devant la plateforme, sous la pluie, pour finalement ne faire qu'une seule inclusion. En moyenne le temps d'attente était long avant de recruter ; environ trente minutes à une heure avant de recruter et effectuer l'entretien d'une seule personne.

### 5.3.4. L'entretien

#### 5.3.4.1. Aspects légaux et éthiques

##### 5.3.4.1.1. Informations des participants

Une note d'information écrite était remise en main propre à chaque participant de l'étude avec explication orale détaillée de l'étude (*Annexe 8*).

##### 5.3.4.1.2. Recueil de l'accord des participants

Chaque patient éligible acceptant de participer a signé un formulaire de consentement (*disponible en annexe 9*) en deux exemplaires, un pour le participant et un pour les enquêteurs. La plupart des personnes incluses donnaient leur accord en signant le formulaire de consentement immédiatement après l'information, mais certaines personnes préféraient signer le consentement une fois le questionnaire terminé.

#### 5.3.4.2. Questionnaire

##### 5.3.4.2.1. Questionnaire de faisabilité

	Effectifs (n=51)	Fréquences (%)
<i>« Est que le vocabulaire et les formulations utilisés vous ont parus clairs et adaptés ? »</i>		
Oui	41	80,4
Non	9	17,6
NSP	1	1,9
<i>« Trouvez-vous la durée de l'entretien acceptable ? »</i>		
Oui	43	84,3
Non	6	11,8
NSP	2	1,9

*Tableau 4 : Résultats du questionnaire de faisabilité*

La plupart des personnes interrogées (80,4%) a jugé le questionnaire compréhensible. 17,4% n'ont pas compris toutes les questions. 84,3% des demandeurs d'asile ont trouvé la durée de l'entretien acceptable. Plus de 10% trouvaient le questionnaire trop long.

#### 5.3.4.2.2. Durée

La durée moyenne des entretiens était de 43,2 minutes (43 minutes et 12 secondes)

La durée d'entretien la plus courte était de 20 minutes (3 entretiens ont duré 20 minutes). La durée d'entretien la plus longue était de 85 minutes.

Les questionnaires MINI ont été réalisés pour les 5 premiers entretiens et les questionnaires BPRS pour les 27 derniers participants. Il n'y a donc aucun entretien incluant les deux questionnaires.

	Durée (en minutes)	Effectifs (n=51)
<b>Entretien en Français</b>		
Durée moyenne	41,8	27
Le plus court	20	3
Le plus long avec MINI	85	1
Le plus long sans MINI	60	1
Durée moyenne sans MINI	37,4	27
Durée moyenne sans BPRS (sans MINI)	36,3	12
Durée moyenne avec MINI (sans BPRS)	78,3	3
Durée moyenne avec BPRS (sans MINI)	36,5	15
<b>Entretien en Anglais par les enquêteurs sans interprétariat</b>		
Durée moyenne	41	18
Le plus court	30	3
Le plus long avec MINI	85	1
Le plus long sans MINI	60	1
Durée moyenne sans MINI	37,6	18
Durée moyenne avec MINI (sans BPRS)	70	2
Durée moyenne avec BPRS (sans MINI)	40	10
<b>Entretien en Anglais avec interprétariat téléphonique (plateforme ISM)</b>		
Entretien en Anglais sans MINI, sans BPRS	45	1
<b>Entretien avec interprétariat physique :</b>		
Durée moyenne	62,5	4
Entretien en arabe sans MINI, sans BPRS	73,3	3
Entretien en turque sans MINI, avec BPRS	30	1
<b>Entretien en Turquie avec interprétariat téléphonique (plateforme ISM)</b>		
Entretien en Turquie sans MINI, avec BPRS	45	1

*Tableau 5 : Durée des questionnaires en fonction de la langue et du nombre de personnes.*

La durée des questionnaires semblait acceptable pour la plupart des personnes (84% des personnes), mais nous avons parfois ressenti de l'impatience, notamment pour les personnes qui étaient accompagnées ou avaient accepté de participer malgré un impératif.

Nous avons d'ailleurs le sentiment que certains entretiens étaient abrégés pour cette raison, comme noté dans notre carnet de bord : “*Sarah est en train de poser les questions de plus en plus vite, sûrement parce qu'elle ressent la pression que met monsieur X, l'accompagnant de la personne interrogée, pour qu'on finisse rapidement : il souffle à chaque nouvelle page du questionnaire*”.

#### 5.3.4.2.3. Interprétariat

	Effectifs (n=51)	Pourcentages (%)
Français	27	53
Anglais	19	37
Arabe	3	6
Turc	2	4

*Tableau 6 : distribution des langues dans l'échantillon*

Au total 24 participants étaient allophones, soit 47% de l'effectif des participants.

Les entretiens en anglais ont été menés par les enquêteurs, sans interprète. Trois entretiens ont été réalisés en présence physique d'un interprète, en langue arabe. Deux entretiens ont été réalisés en turc (l'un via un interprétariat présentiel car l'oncle du participant était présent, le second était un professionnel contacté par téléphone via la plateforme ISM).

Les entretiens ayant nécessité l'utilisation de la plateforme téléphonique ISM ont duré en moyenne 45 minutes. Les traductions se sont déroulées en turc et en anglais. L'interprète a compris très rapidement le sujet de notre étude et la traduction des questions semblait excellente car les réponses des participants étaient pertinentes. Nous avons trouvé la plateforme d'interprétariat ISM tout à fait adaptée à ce type de situation : la réponse était rapide, le nombre de langues disponibles important, les interprètes avaient l'accent du pays demandé, ce qui évitait des incompréhensions (ex : Anglais du Nigeria). Une seule langue nous a manqué durant nos entretiens, le traducteur téléphonique n'étant pas disponible. Il s'agissait de la langue mandingue, correspondant à un ensemble de langues de l'Afrique de l'Ouest.

Lorsque nous-mêmes traduisions en anglais, le questionnaire se déroulait rapidement car nous en avons une bonne connaissance. Nous avons de plus une relative aisance dans la langue permettant de le faire comprendre. Toutefois, la traduction n'était pas d'excellente qualité, nous n'avions pas l'accent du pays d'origine de chaque personne et par ailleurs, le questionnaire traduit à l'oral n'était pas validé scientifiquement.

Lorsque nous avons recours à la plateforme d'interprétariat ISM, l'interprétariat était de très bonne qualité, mais non validé scientifiquement pour les questionnaires. L'entretien prenait aussi beaucoup plus de temps que sans interprète.

Parfois, les personnes étaient accompagnées de leur propre traducteur. Le bénéfice résidait dans le fait que les personnes se sentaient en confiance et que la traduction était rapide, adaptée à la personne. Cette traduction n'était cependant pas validée pour les tests et de plus la présence d'un proche ne permettait pas de respecter le secret médical.

#### 5.3.4.2.4. Recueil des caractéristiques socio-démographiques

Les 51 participants ont répondu à la totalité des questions portant sur les caractéristiques socio-démographiques.

#### 5.3.4.2.5. Recueil des consommations de toxiques

La totalité des personnes a répondu à cette partie du questionnaire.

Les enquêteurs n'ont pas eu de problèmes particuliers concernant la collecte de ces données.

Les illustrations incluses dans le questionnaire permettaient aux personnes interrogées de bien comprendre les questions.

#### 5.3.4.2.6. Échelles

Ce tableau récapitule le taux de participation à chaque questionnaire proposé :

Questionnaires	Effectifs (n=51)	Pourcentages
CIRS	51	100
SF12	51	100
RHS15	51	100
BPRS	27	53
MINI	5	9,8

*Tableau 7 : Pourcentage de participation au questionnaire*

- **CIRS**

La durée d'entretien pour l'échelle CIRS était rapide. Elle nécessitait une connaissance de la médecine somatique afin de coter correctement les pathologies.

- **SF-12**

La durée du questionnaire SF-12 était correcte. Les questions étaient acceptables mais nous avons le sentiment qu'elles n'étaient pas bien interprétées par les personnes interrogées. En effet, certaines questions avaient pour vocation d'évaluer la qualité de vie au sein d'une population caucasienne. Ainsi, lorsque nous demandions par exemple si les personnes se sentaient limitées dans leur vie sociale par leur état de santé, elles nous répondaient régulièrement qu'elles n'avaient pas de vie sociale. En ce sens, ce type de question semblait peu acceptable pour un public en demande d'asile. De même, il était difficile de coter les douleurs physiques non systématisées, en lien chez les demandeurs d'asile avec des difficultés psychologiques, car elles étaient parfois assimilées aux douleurs somatiques et cela faussait le questionnaire concernant la qualité de vie. De plus, cette échelle initialement pensée comme un auto-questionnaire a dû fonctionner comme un hétéro-questionnaire pendant nos entretiens car la majorité des personnes interrogées ne pouvait pas lire ni écrire en français.

Dans l'ensemble, cette échelle nous a semblé moyennement adaptée à la population de notre étude.

#### ▪ **RHS-15**

La durée moyenne de la RHS-15 était acceptable pour les participants et pour les enquêteurs.

Ce questionnaire, construit pour une population de réfugiés/demandeurs d'asile, était très simple à comprendre. Le fait d'utiliser une échelle de Likert, dont les réponses étaient symbolisées par des pictogrammes, était bien compris, les questions étaient courtes et faciles à traduire, le résultat était facile à interpréter.

Aussi dans l'ensemble, le RHS-15 était un questionnaire tout à fait acceptable par les personnes interrogées.

#### ▪ **MINI**

5 personnes ont participé aux questionnaires MINI parmi les 51 entretiens, soit 9,80% de la population incluse. Parmi ces 5 participants aucun n'a répondu entièrement au questionnaire. Un participant a répondu à 80% du questionnaire pendant 40 minutes, soit 70 minutes d'entretien total. L'entretien s'est déroulé en français. La compréhension était ressentie comme « bonne » par le participant et les enquêteurs mais la durée de l'entretien était jugée trop importante, ce qui a motivé l'arrêt de l'entretien avant la fin du questionnaire MINI. Trois autres participants ont mis un terme à l'entretien à cause de la durée du questionnaire MINI. Pour l'un d'entre eux, c'est l'incompréhension des questions qui a justifié l'interruption de l'entretien après 5% du questionnaire. Ces questionnaires MINI se sont déroulés en anglais et en français.

Après ces cinq entretiens infructueux, nous avons estimé que le MINI était inadapté à notre enquête. En effet, les questions du MINI étaient très précises et donc très difficilement interprétables en anglais. La complexité du questionnaire et sa durée rendaient en outre l'entretien désagréable. La seule fois où le questionnaire a pu être entièrement fait, nous avons noté dans le carnet de bord : *“Ce questionnaire est tellement long que j'ai mal à la tête”*. Nous avons alors perdu notre faculté à nous concentrer sur l'écoute de la personne et étions à ce stade devenus incapables de poser un quelconque diagnostic.

Nous avons alors cherché une autre échelle pour évaluer les troubles psychiques des personnes.

#### ▪ **BPRS**

27 patients ont répondu au questionnaire BPRS soit 53% de la population incluse.

La BPRS a été introduite au cours de notre étude à partir du 19 mai 2020, suite aux difficultés rencontrées avec le MINI.

L'ensemble des patients interrogés sur la BPRS a répondu à la totalité des questions que comprenait le questionnaire et les enquêteurs ont coté tous les items de la partie “observation”.

Ce questionnaire, bien que non prévu pour un dépistage des pathologies psychiatriques, semblait tout à fait adapté pour un premier entretien. Les questions étaient compréhensibles, rapides et acceptables.

La partie “observation” du questionnaire (qui, pour rappel, correspond aux 12 dernières questions), nécessitait une bonne connaissance de la clinique psychiatrique et de sa sémantique. Dans notre binôme, c’est logiquement Sarah qui était responsable de cette partie car Quentin ne se sentait pas à l’aise avec ce questionnaire. Il avait d’ailleurs l’impression de surcoter certains items en raison du manque d’expérience pour évaluer les symptômes psychiatriques majeurs.

#### 5.3.4.2.7. Vie sexuelle

9 participants, soit 17,6% des participants, n’ont pas souhaité répondre à la question « *Avez-vous utilisé des préservatifs* » et 26 (51%) d’entre eux n’ont pas voulu répondre à la question « *Était-ce pour vous protéger d’une infection sexuellement transmissible ?* ». Une personne n’a pas désiré répondre sur son genre et deux personnes n’ont pas souhaité répondre à la question portant sur l’orientation sexuelle.

Ces questions ont été très compliquées à introduire. À plusieurs reprises, il nous a fallu chercher nos mots et nous n’étions pas à l’aise. Dans bon nombre de cas, c’est Quentin qui posait ce type de questions. Nous avons en effet l’impression que dans l’imaginaire collectif et notamment peut être dans celui des populations interrogées, une femme ne peut pas poser ce genre de question à un homme. Malgré notre rôle de médecin, censé nous apporter du recul et de l’assurance dans ce type de situation, il nous a été très difficile de poser ces questions aussi frontalement. Notamment concernant le genre car, sortie de son contexte épidémiologique, cette question est peu posée en médecine et dans la vie courante. C’est en général au fil des discussions et des entretiens que la question du genre est abordée et non via un questionnaire dichotomique.

#### 5.3.4.2.8. Parcours du demandeur d’asile

98 % des participants ont répondu à tout le questionnaire sur le pays d’origine, le trajet et l’arrivée en France. L’un des participants (2%) n’ayant pas répondu à tout le questionnaire a refusé de répondre à la question concernant le motif de sa demande d’asile.

De nombreuses questions sur la procédure d’asile sont manquantes, notamment sur les délais avant l’entretien à l’OFPRA et la durée d’examen de la demande d’asile. Douze participants n’ont pas répondu à la question portant sur le type de procédure de demande d’asile. 100 % des participants ont donné leur date de premier passage à la SPADA mais parmi les 51 participants, seulement 88% ont été reçus à la préfecture.

Cette partie était psychologiquement très éprouvante pour les enquêteurs.

Nous étions en effet souvent les premières personnes auxquelles les individus recrutés pouvaient se confier. Il n’était pas rare que ces personnes pleurent, qu’elles entrent dans les détails de leur récit de vie et de migration et que nous soyons les spectateurs de leurs difficultés. Il était d’ailleurs nécessaire d’être très attentifs à accompagner les personnes lorsqu’elles se livraient. Il nous fallait notamment veiller à leur éviter d’entrer dans les

détails afin de leur épargner les reviviscences traumatiques, ainsi qu'à leur permettre de clore leur récit pour ne pas favoriser les décompensations psychiatriques.

Plusieurs personnes ont exprimé leur satisfaction de nous avoir parlé, comme ce monsieur à qui nous avons donné les coordonnées du CMP : *“Mais c'est ça un psychologue ? C'est pour que je parle ? C'est vrai que ça m'a fait du bien de me livrer à vous. Je n'avais encore jamais raconté mon histoire depuis mon départ”*.

#### 5.3.4.3. Adressages à la PASS

Ce tableau résume le nombre d'adressages à la PASS pour réalisation du bilan sanguin.

		Effectifs (n=51)	Fréquences (%)
	Volontaire pour le bilan sanguin	30	58,8
	Rendez-vous proposé	30	58,8
	Refus	21	41,2
Motif de refus	Suivi médical	9	17,6
	Pas intéressé	12	23,5
<b>Bilan sanguin réalisé</b>		<b>6</b>	<b>11,7</b>

*Tableau 8 : Résultats de faisabilité concernant le bilan sanguin de dépistage à la PASS*

Plus de la moitié des participants (59% n=51) était volontaire pour réaliser un bilan sanguin à la PASS du CHU de la Timone, mais sur l'ensemble de l'effectif seuls 6 participants (soit 11,7%) s'y sont effectivement rendus, c'est à dire 20 % des participants volontaires ayant reçu un RDV pour un prélèvement sanguin de dépistage.

## 5.4. Résultats des questionnaires

Sur un total de 51 inclusions entre octobre 2019 et juin 2020, tous les entretiens ont été analysés.

### 5.4.1. Caractéristiques de la population

*En Annexe 19, on retrouvera le tableau résumant les caractéristiques socioéconomiques de l'échantillon.*

#### 5.4.1.1. Âge

L'âge des personnes interrogées variait de 19 à 44 ans, avec une médiane de 27 ans et une moyenne à 28,18 ans.

#### 5.4.1.2. Sexe

L'échantillon comprend 46 hommes (90,2%) et 5 femmes (9,8%).

#### 5.4.1.3. Orientation sexuelle

Parmi les 51 personnes incluses, 2 participants se sont déclarés homosexuels (4%) et 2 personnes n'ont pas souhaité répondre. Les autres personnes étaient hétérosexuelles.

#### 5.4.1.4. Origine géographique

39 (76%) demandeurs d'asile étaient originaires d'Afrique Subsaharienne avec 11 (21,6%) personnes originaires du Nigéria, 8 (15,6%) de Guinée, 7 (13,7%) de Côte d'Ivoire, 2 (3,9%) du Mali, 2 (3,9%) du Sénégal, 2 (3,9%) du Cameroun, 1 (1,9%) du Congo, 1 (1,9%) de Gambie, 1 (1,9%) du Gabon, 1 (1,9%) du Ghana, 1 (1,9%) du Liberia, 1 (1,9%) d'Ouganda et 1 (1,9%) de Tanzanie.

Il y avait 6 (11,7%) personnes originaires d'Algérie, 4 (7,8%) demandeurs étaient originaires d'Europe avec 3 (5,9%) originaires de Turquie et 1 (1,9%) originaire du Kosovo. 2 (3,9%) demandeurs étaient originaires du Moyen-Orient, dont 1 (1,9%) originaire d'Afghanistan et 1 (1,9%) originaire de Syrie.

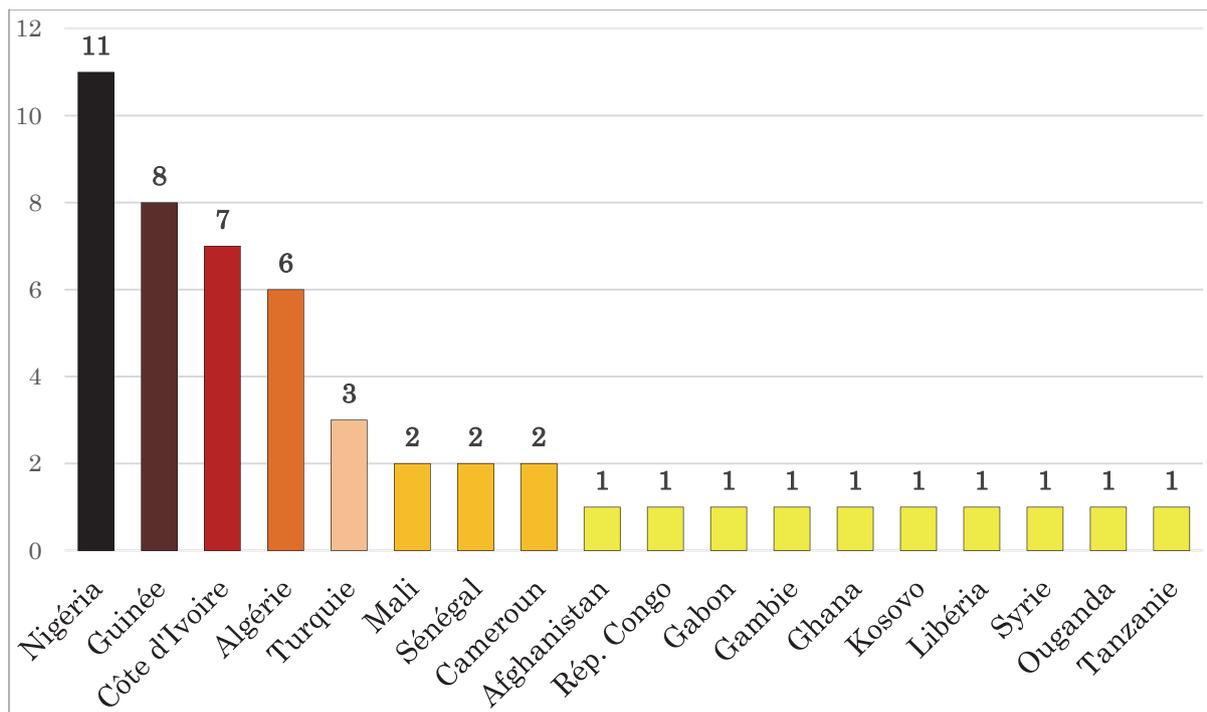
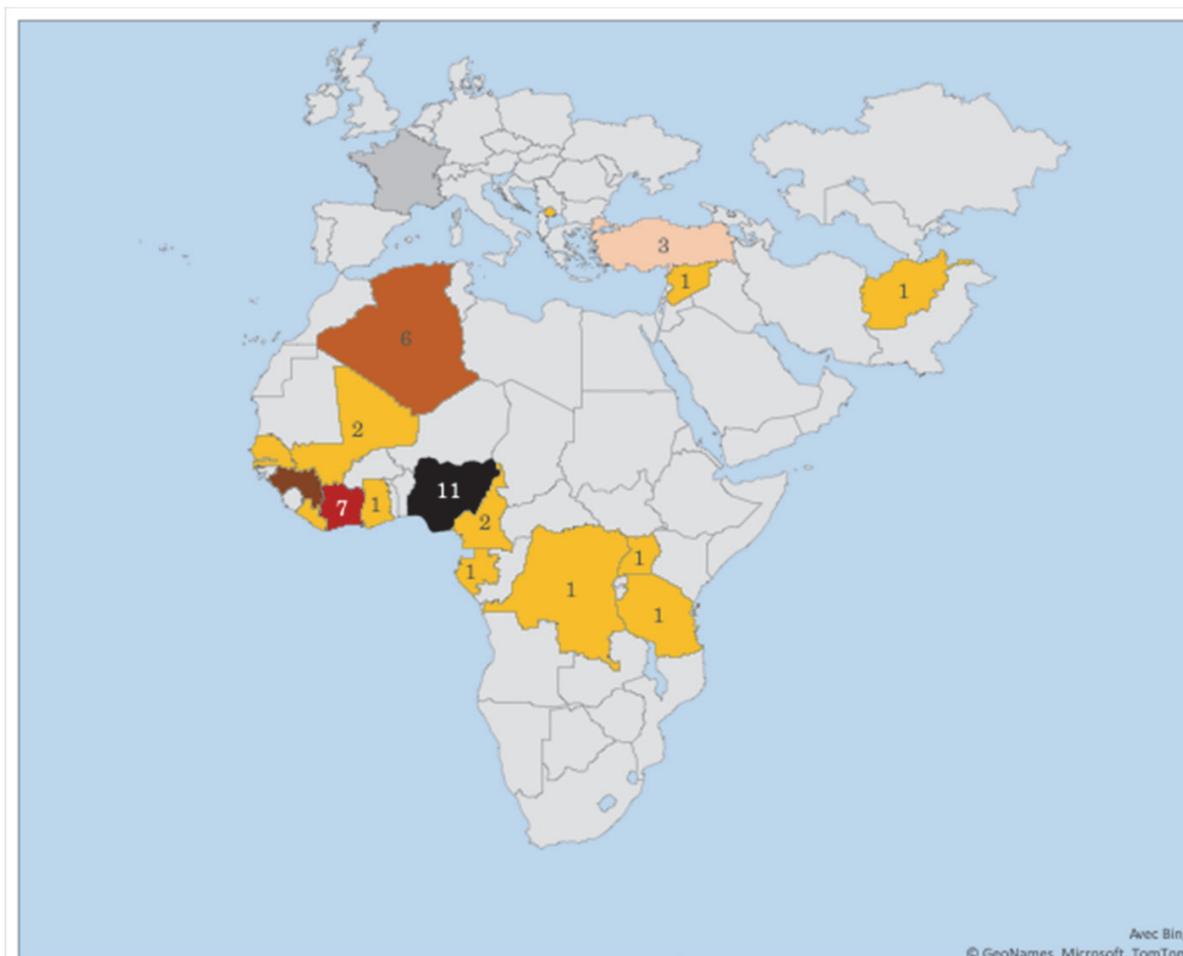


Figure 9 : Nombre de personnes incluses en fonction du pays de naissance



Carte 1 : Nombre de personnes incluses par origine géographique de provenance

#### 5.4.1.5. Famille

36 personnes interrogées étaient célibataires (jamais mariées) soit 70,6% de l'effectif. 58,8% des personnes incluses avaient des enfants et 47,4% avaient deux enfants. 43,1% des personnes avaient des proches français avant de quitter le pays d'origine.

#### 5.4.1.6. Travail

36 personnes, soit 70,6 % des personnes interrogées, étaient actuellement sans emploi ou n'avaient jamais travaillé. 15,7% des demandeurs interrogés étaient actuellement artisans, commerçants, chefs d'entreprises ou collaborateurs.

#### 5.4.1.7. Éducation

Concernant l'éducation, 39,2% des personnes interrogées avaient atteint l'éducation supérieure, 27,5% l'éducation secondaire et 15,7% n'avaient pas dépassé l'éducation primaire. 17,6% des personnes interrogées n'avaient pas de diplôme.

#### 5.4.1.8. Langue

13 (25%) personnes interrogées parlaient français sans difficulté ; 23 (41%) ne parlaient pas du tout ou avec beaucoup de difficultés le français.

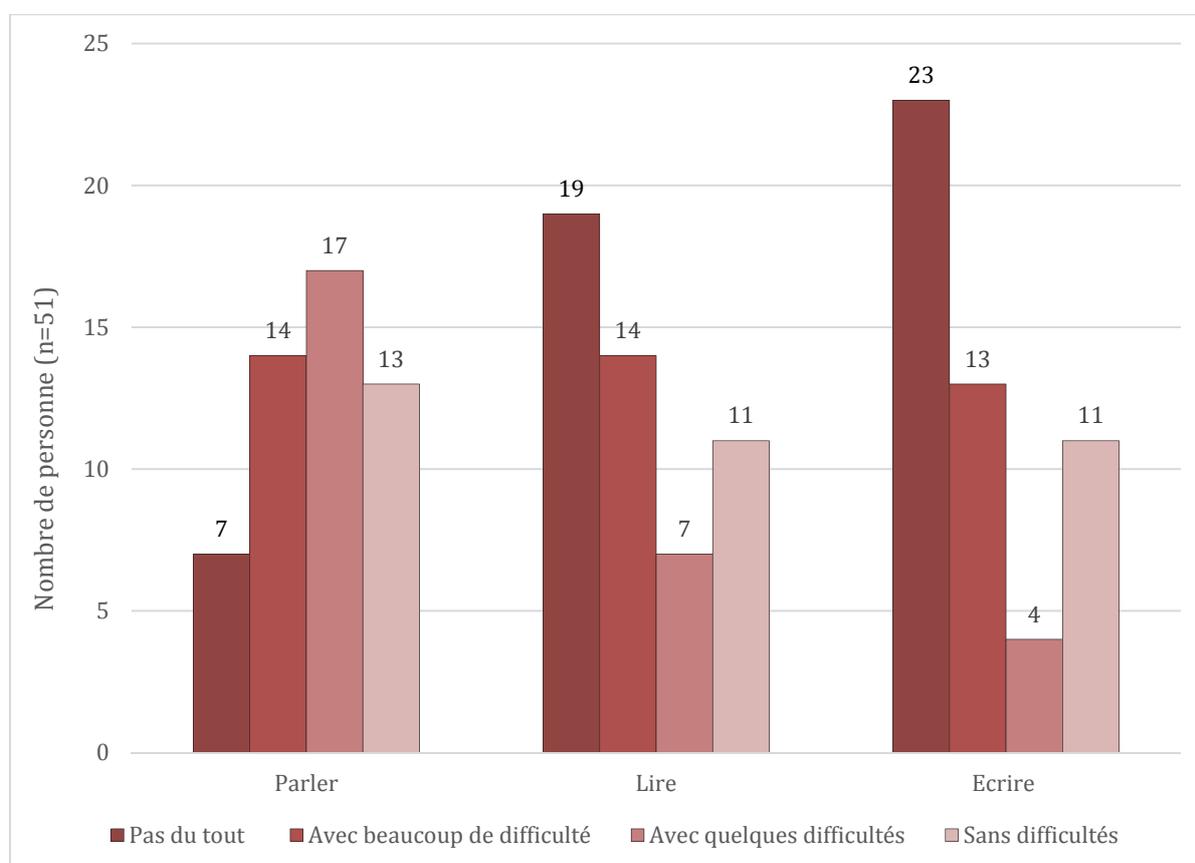


Figure 10 : Langue française parlée, lue et écrite pas les demandeurs d'asile.

#### 5.4.1.9. Logement

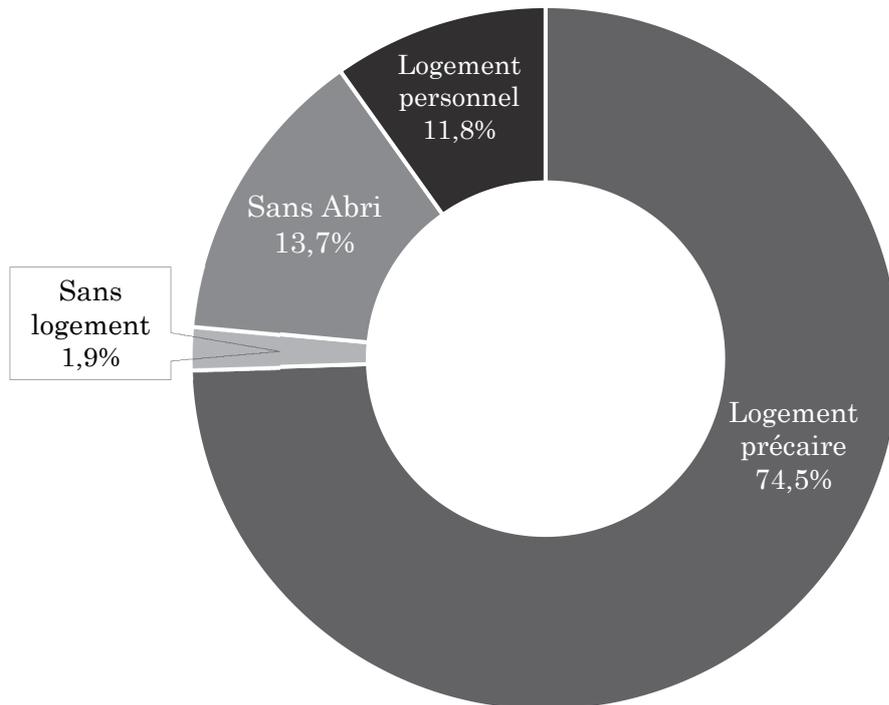


Figure 11 : Nombre de personne fonction du type de logement (selon typologie ETHOS)

Cinq (9,8%) personnes vivaient dans un logement personnel.

Trente-huit personnes, soit plus de trois quarts de l'effectif (74,5%), étaient en logement précaire (provisoirement hébergé dans la famille/ chez des amis ou dans un « squat »).

Les personnes restantes étaient sans abri (n = 7, 13,7%) et sans logement (CADA) pour une personne.

#### 5.4.1.10. Alimentation

Plus de la moitié des personnes interrogées considéraient avoir une alimentation en quantité acceptable (51%), 31,4 % jugeaient que leur alimentation était tout à fait équilibrée et 70,6% jugeaient avoir un poids normal.

Les dépenses consacrées à l'achat de denrées alimentaires représentaient plus de 75% des dépenses chez 35,3% des personnes et moins de la moitié des dépenses chez 41,2% des inclus. La catégorie de dépenses moyennes (entre 25 et 75%) était peu représentée.

## 5.4.2. Parcours du demandeur d'asile

66,7% des personnes étaient enregistrées en procédure normale de demande d'asile, et 29,4% en procédure Dublin. 25,5% des interrogés bénéficiaient d'un accompagnement social et 37,3% des personnes étaient soutenues par une association. 67,4% des personnes bénéficiaient de l'aide financière aux demandeurs d'asile (ADA).

Pour les personnes en demande d'asile ayant déjà eu leur entretien avec l'OFPPRA, les délais moyens d'attente retrouvés entre le passage en préfecture (GUDA) et l'entretien individuel avec l'OFPPRA était de 103 jours (n=8).

Pour 92,2% des personnes incluses, la France était la destination choisie et la durée de vie en France était en moyenne de 16.14 mois.

La durée de trajet était variable, allant de 1j à 120 mois, et la durée la plus fréquente était de 1 an (n=11).

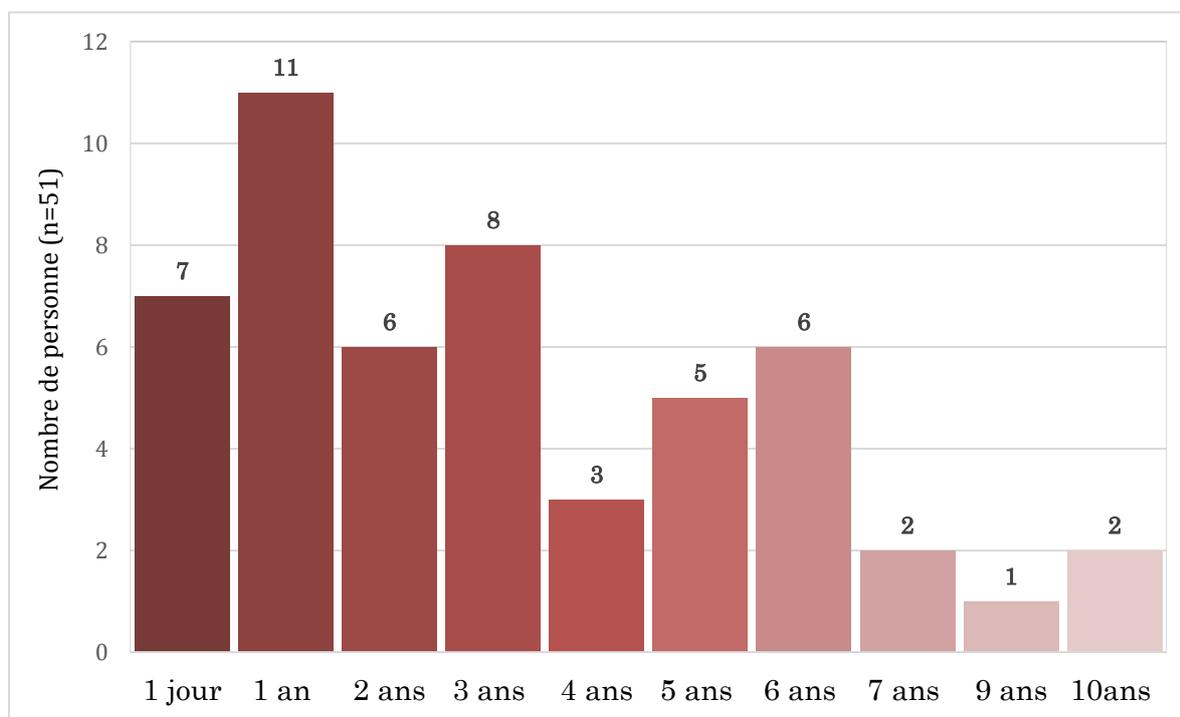


Figure 12 : Nombre de personnes ayant effectué un trajet d'une durée X (intervalle de temps)

### 5.4.3. Motif de demande d'asile

La figure 13 décrit les principaux motifs de demandes d'asile.

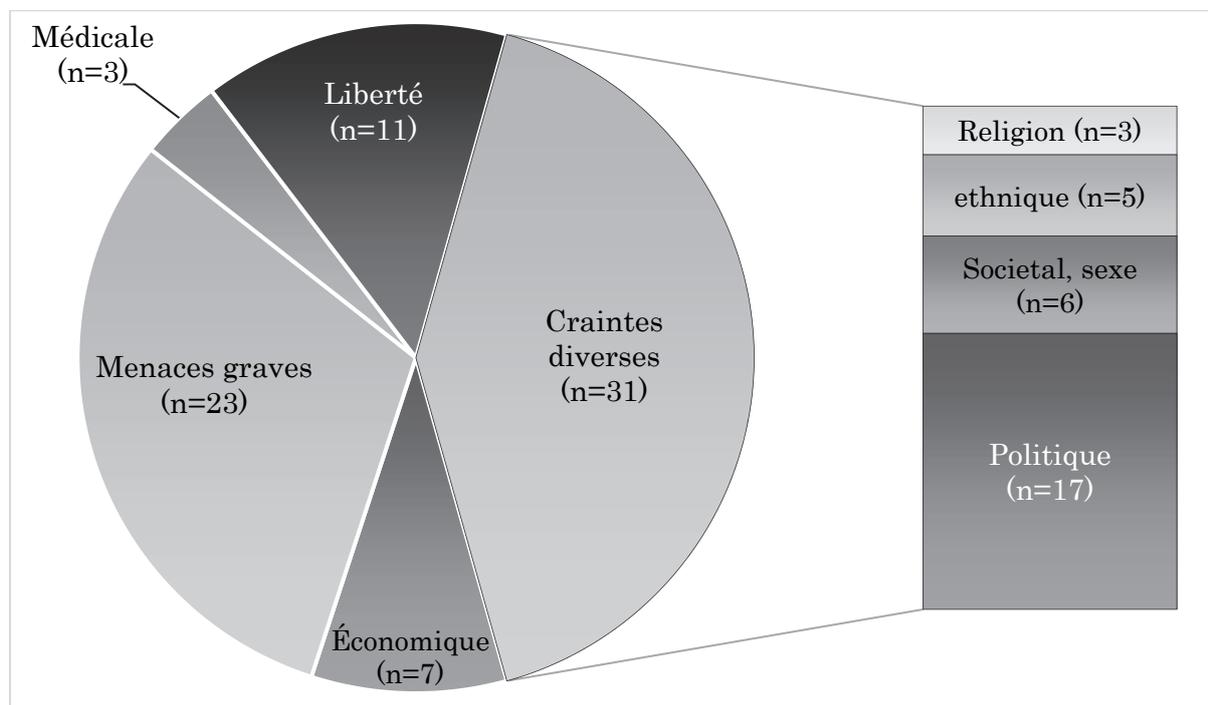


Figure 13 : Répartition des motifs de demande d'asile

Les causes principales de demandes d'asile en France étaient représentées par :

- La crainte d'être persécuté pour des raisons diverses (60,7%)
- La fuite devant des traitements inhumains ou dégradants, des menaces graves de peine de mort ou à l'encontre de leur vie ou de leur personne (45,1%)
- En raison de leur combat pour la liberté selon la constitution de 1946 (21,6%)

## 5.4.4. Violence

### 5.4.4.1. Dans le pays de naissance

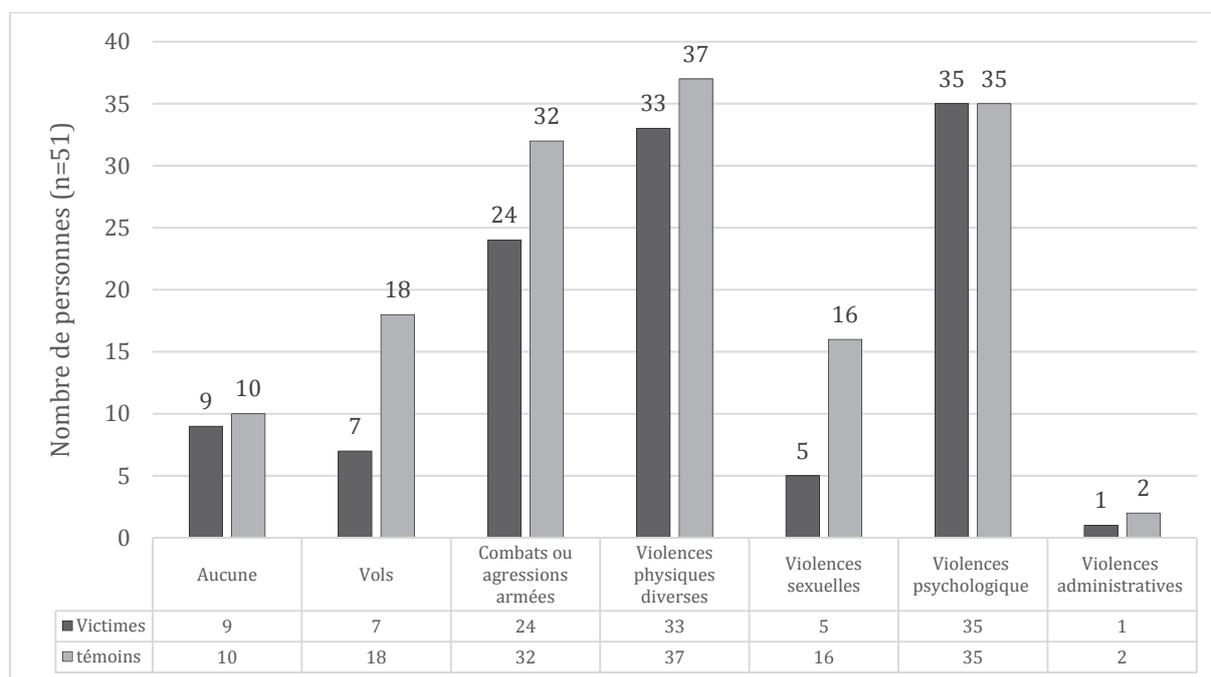


Figure 14 : Nombre de victimes et témoins des différentes violences dans le pays de naissance

#### Victime directe de violence

82,6% des participants déclaraient avoir vécu des violences dans leur pays de naissance. 13,7% des personnes avaient été victimes de vols, 47,1% avaient vécu des combats ou agressions armées, 64,7% avaient été victimes de violences physiques diverses, 9,8% avaient subi des violences sexuelles (5 personnes), 68,6% se disaient victimes de violences d'ordre psychologique, et 35,3% de violences d'ordre administratif.

#### Témoin de violence

Les personnes en demande d'asile témoins de violences dans leur pays de départ étaient témoins de vols (35,3%), de conflits armés (62,7%), de violences physiques (72,5%), de violences sexuelles (31,4%), de violences psychologiques (68,6%) et de violences d'ordre administratif (35,3%).

### 5.4.4.2. Durant le trajet du pays de naissance jusqu'en France

58,8% des demandeurs d'asile interrogés avaient travaillé (contraints ou non) pendant leur trajet depuis le pays de départ jusqu'en France.

#### ▪ Victime de violence

Les personnes ont été victimes de violences : Vols (43,1%), violences armées (56,9%), physiques (70,6%), sexuelles (7,8%), psychologiques (68,6%), administratives (33,3%). Pour 7 personnes, ces violences étaient en lien avec le motif de leur demande d'asile.

▪ **Témoignage de violence**

Les personnes interrogées rapportaient avoir été témoins de violences durant le trajet dans 74,5% des cas. 23 personnes, soit 45,1%, rapportent avoir été témoins de violences sexuelles.

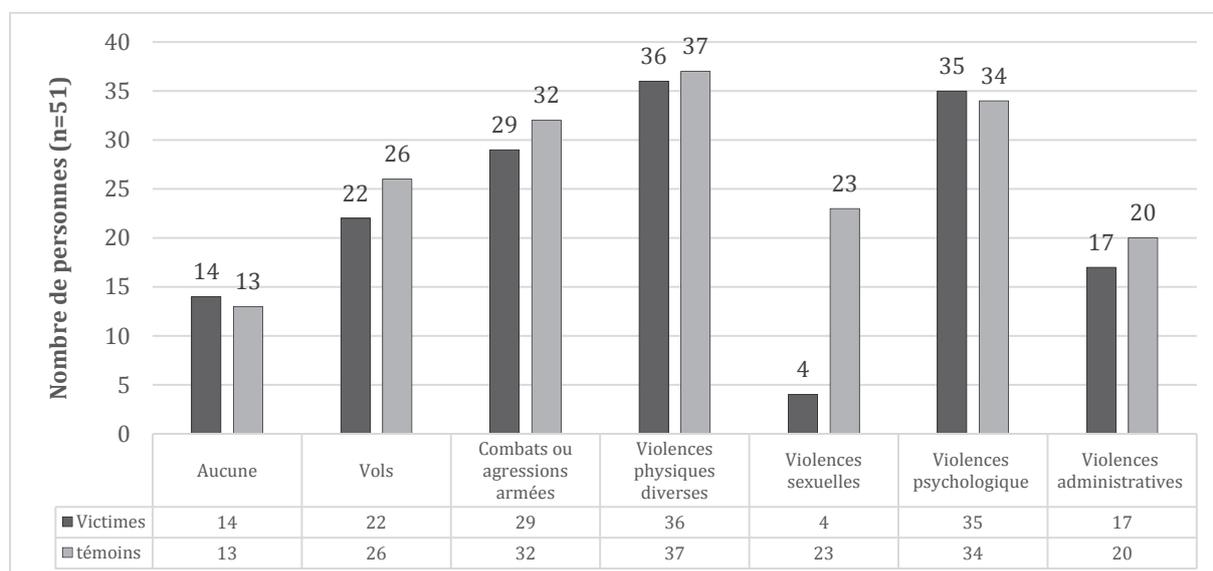


Figure 15 : Nombre de victimes et témoins des différentes violences durant le trajet.

**5.4.4.3. En France**

33,3% (n=17) des demandeurs d'asile interrogés rapportaient avoir été victimes de violences sur le territoire français. Les violences vécues étaient les vols (7,8%), les conflits avec armes (2%), les violences physiques (2%), psychologiques (3,9%) et administratives (11,8%).

**5.4.4.4. Durant tout le parcours migratoire**

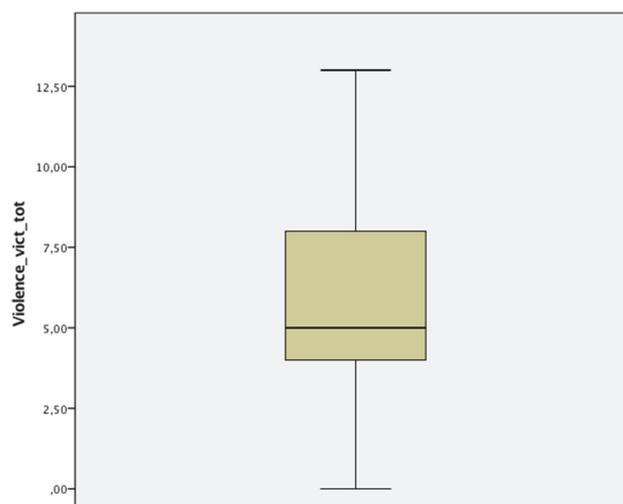


Figure 16 : Diagramme en boîte à moustaches représentant le nombre de violences vécues durant tout le parcours pour chaque victime

Les participants ont vécu en moyenne 5 violences différentes durant leur parcours migratoire c'est-à-dire depuis le pays de départ, durant le trajet et jusqu'en France (minimum = 0, médiane = 5, maximum = 21, Q1=3, Q2=8).

Le nombre de violences vécues (tous types confondus) en fonction des différentes étapes du parcours des demandeurs d'asiles de notre étude est résumé dans la figure suivante.

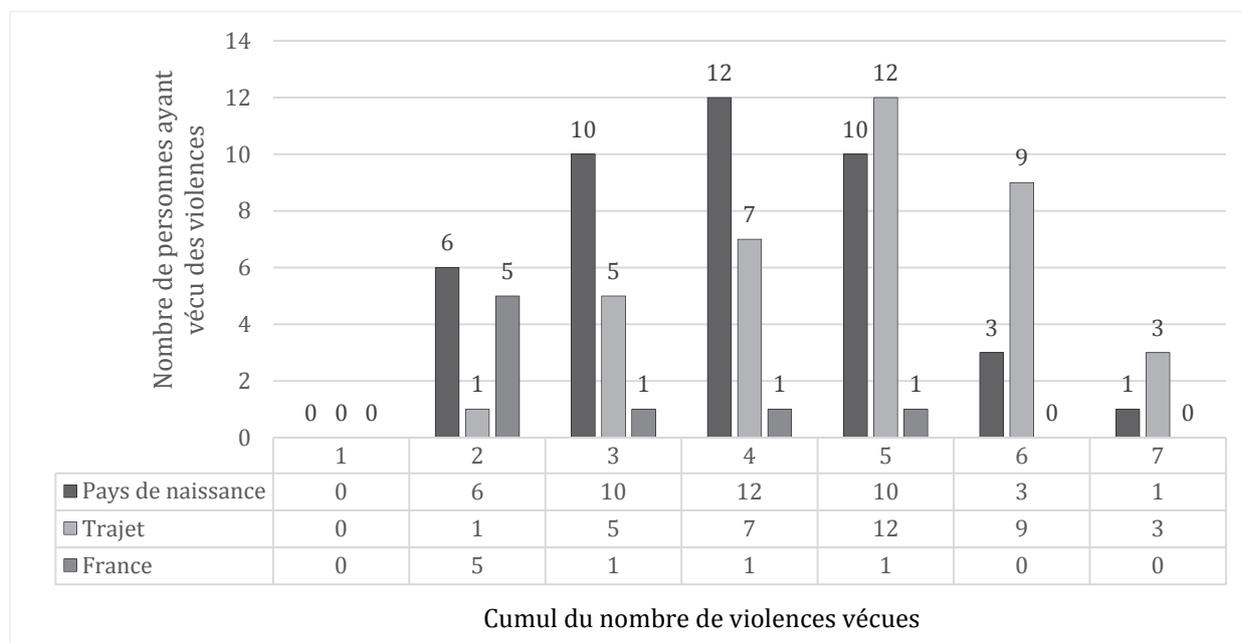


Figure 17 : Récapitulatif du nombre de personnes ayant subi X violences en fonction de leur parcours migratoire.

## 5.4.5. Données de santé

61,7% des personnes bénéficiaient de droits de santé effectifs (CMU-c effective).

### 5.4.5.1. Addictions

51% des personnes consommaient du tabac. L'âge de la première cigarette se situait à une médiane de 17 ans. Le nombre médian de cigarettes consommées par jour était de 7.

Parmi les 51 personnes interrogées, 27,5% des personnes avaient déjà consommé du cannabis, 23,5% des gens en avaient consommé durant l'année et 15,7% en consommaient encore dans le mois.

Presque la moitié des personnes interrogées (47.1%) avaient déjà consommé de l'alcool. Les consommateurs avaient bu leur premier verre d'alcool autour de l'âge de 21 ans et 78% des personnes consommant de l'alcool buvaient une à plusieurs fois par semaine. Pour chaque consommation, les personnes buvant de l'alcool consommaient une médiane de 6 unités alcool.

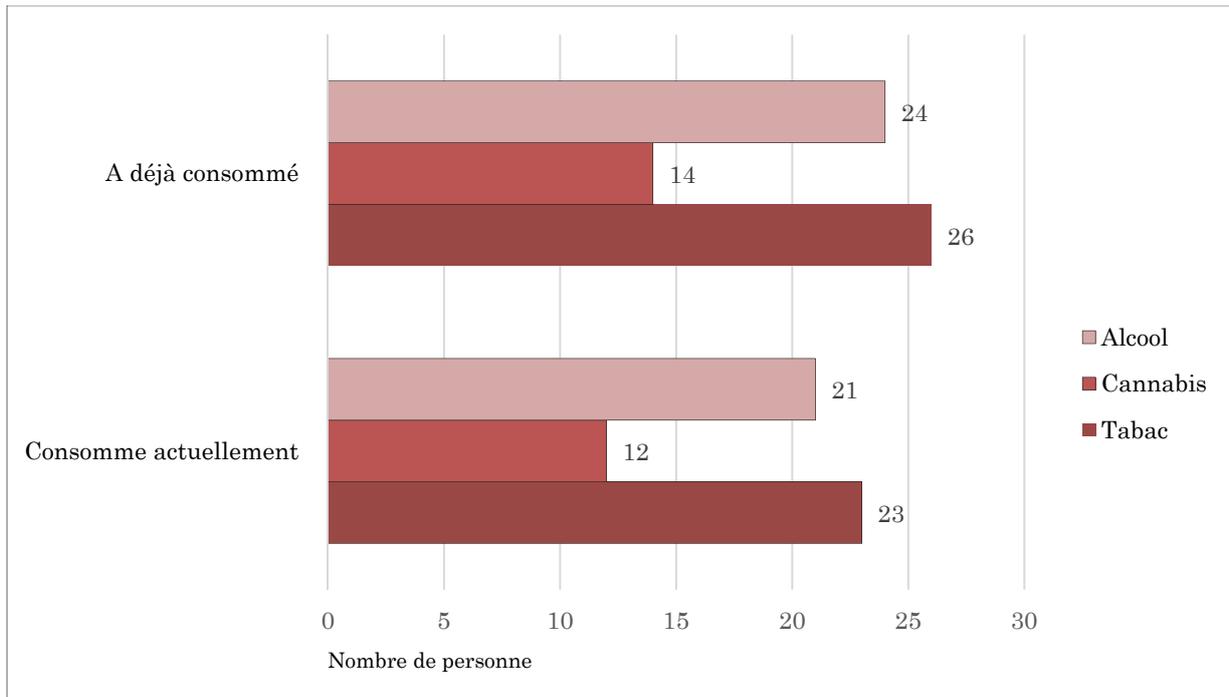


Figure 18 : Nombre de personnes ayant déjà consommé et consommant actuellement des substances psychoactives.

#### 5.4.5.2. SF-12

La moyenne du score résumé physique (PCS-12) était de 50,2 (47,8 - 52,6) et la moyenne du score résumé psychique (MCS-12) était de 44,3 (41,7 ; 46,9)

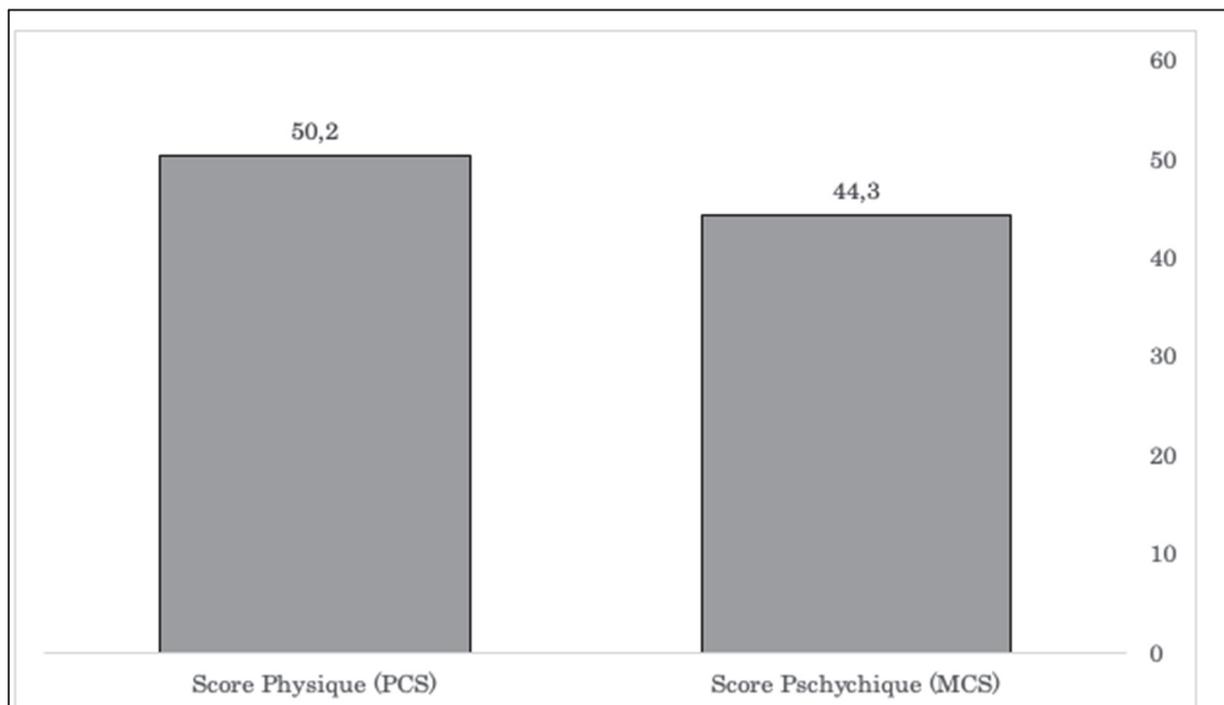


Figure 19 : Score Physique (PCS12) et Psychique (MCS12)

### 5.4.5.3. RHS-15

#### 5.4.5.3.1. Variable «symptômes» (items 1 à 14)

78,4% des personnes interrogées avait un score positif (>12). Le score moyen était de 21,6 (score Min : 0, Score max : 56).

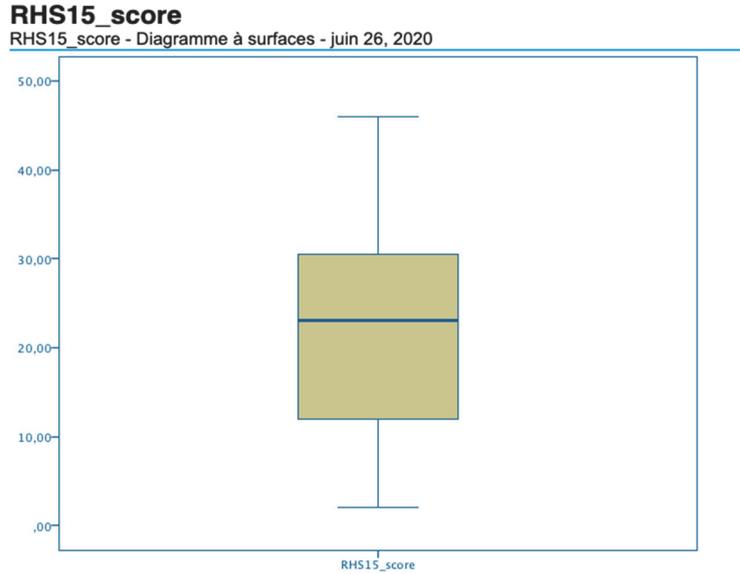


Figure 20 : Diagramme Box plot représentant la répartition du score RHS-15

#### 5.4.5.3.2. Thermomètre de problèmes émotionnels

30 personnes (58,8%) avaient un score positif ( $\geq 5$ ) à la variable « problèmes émotionnels ».

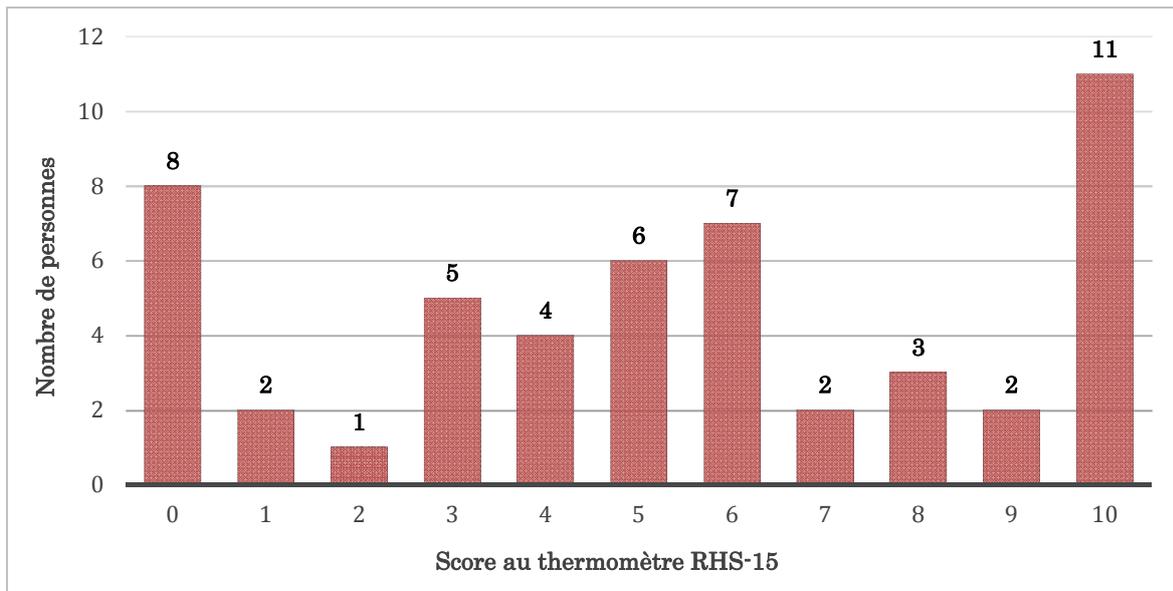


Figure 21 : Diagramme représentant le nombre  $N$  de personnes ayant obtenu le score  $X$  au thermomètre RHS-15

En cumulé, 98% des tests RHS-15 étaient positifs et la moitié des demandeurs d'asile interrogés (48%) avaient un test positif pour les 2 dimensions explorées par le test.

<i>RHS15</i>		Variables « émotions »		Total
		Négatives	Positives	
Variables « symptômes »	Positives	5	7	12
	Négatives	15	24	39
Total		20	31	<b>51</b>

Tableau 9 : Nombre de personnes positives aux différentes variables du score RHS-15

#### 5.4.5.4. BPRS

La moyenne du score BPRS était de 32,9 (Min= : 7 ; Max = 168).

Les résultats évalués dans le BPRS et rapportés en index nous permettent de comparer la prédominance de chaque catégorie de trouble. Les index obtenus vont de 20% (valeur minimale) à 100% (valeur maximale). La composante retrouvée comme principalement élevée est l'anxiété, avec une moyenne de 38.8 (écart type 46.5), puis les symptômes positifs avec une moyenne de 24.64 (écart type 8.8) et enfin les symptômes négatifs (moyenne de 23.3 et écart type de 7.8).

#### 5.4.5.5. CIRS

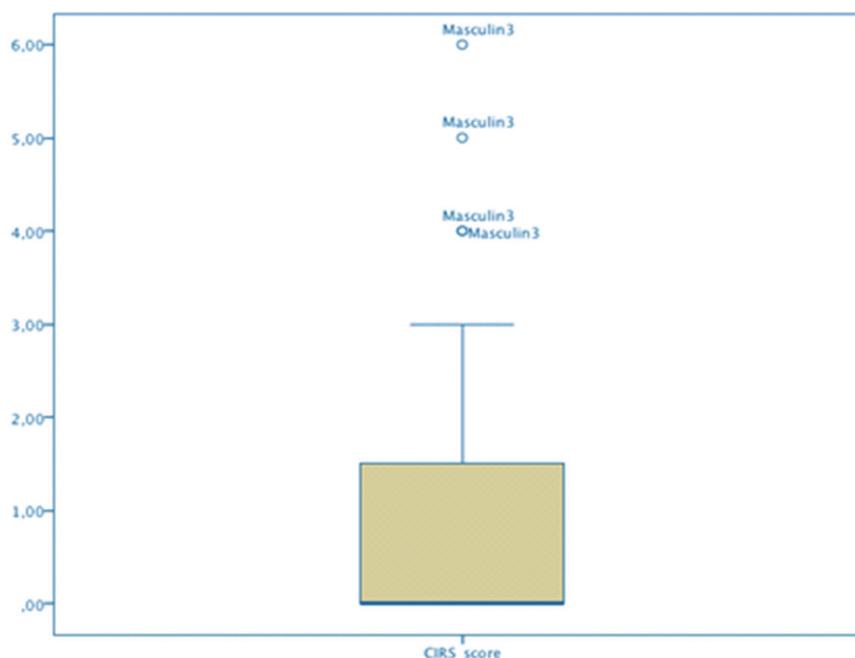


Figure 22 : Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score CIRS dans notre échantillon

Le score moyen obtenu à la CIRS était de 1,1064 (score min 0, score max 56).

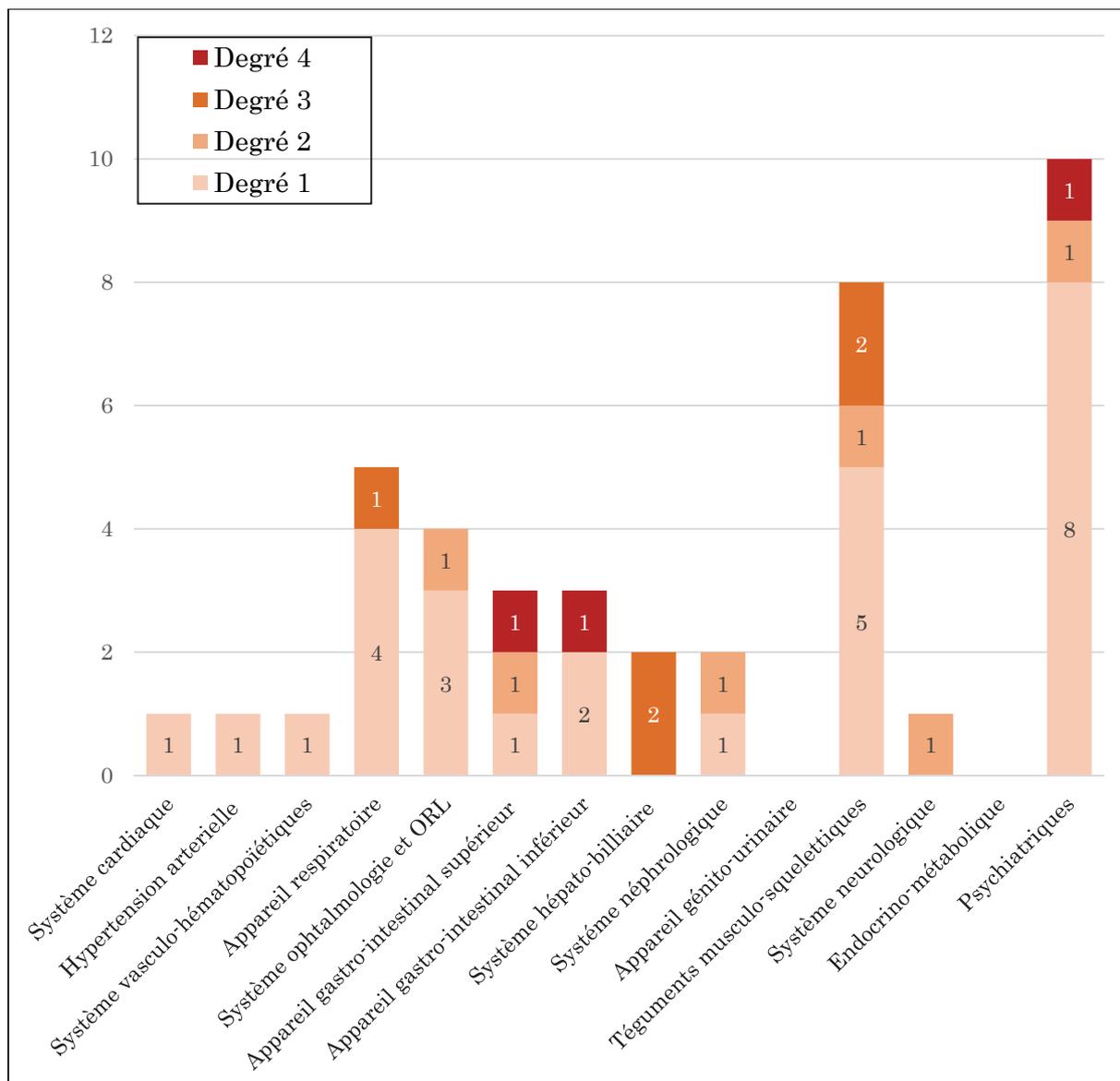


Figure 23 : Score CIRS (différentes comorbidités) avec degré de sévérité par système d'organe

Les pathologies psychiatriques étaient les plus représentées et atteignaient 19,6% de l'échantillon (n=10), dont 1 au degré de sévérité maximal (degré 4).

Les pathologies des téguments musculosquelettiques avec 8 personnes sur 51 représentant 15,6% de la population. On compte 2 personnes au degré 3 de sévérité. Une personne présentait une pathologie très sévère (degré 4) de l'appareil gastro intestinal supérieur et inférieur. Aucune personne interrogée n'a déclaré de pathologie métabolique ou endocrinienne.

Au total, 3 pathologies très sévères (grade 4) étaient détectées au moyen de l'échelle (psychiatrique, gastro-intestinal supérieur et gastro intestinal inférieur).

#### **5.4.5.6. Bilans sanguins**

Parmi les six bilans sanguins effectués à la PASS, 5 personnes ont présenté des résultats pathologiques :

- 1 sérologie bilharziose positive,
- 1 sérologie anguillulose positive,
- 2 anémies, (Hb = 10,5g/l et Hb = 12,7g/l pour une normale inférieure de laboratoire à 13g/L)
- 1 thrombopénie légère (plq=132G/l pour une normale inférieure de laboratoire à 150G/l)
- 2 profils sérologiques compatibles avec un des hépatites B guéries. (Ac anti Hbs + et Ac anti HbC +)

Une des personnes a présenté 2 pathologies (sérologie bilharziose positive et un profil sérologique d'hépatite B guérie).

#### **5.4.5.7. Rapport sexuel et prévention**

82,4 % des personnes avaient déjà réalisé un test de dépistage sérologique (VIH) en France, dans leur pays de naissance ou durant leur trajet.

45.1% des personnes déclaraient avoir des rapports sexuels protégés, les autres n'utilisant pas de préservatifs (37.3%) ou n'ont pas souhaité répondre à la question (17.6%).

## 5.4.6. Analyse associative

### 5.4.6.1. Parcours asile

#### 5.4.6.1.1. Violences vécues

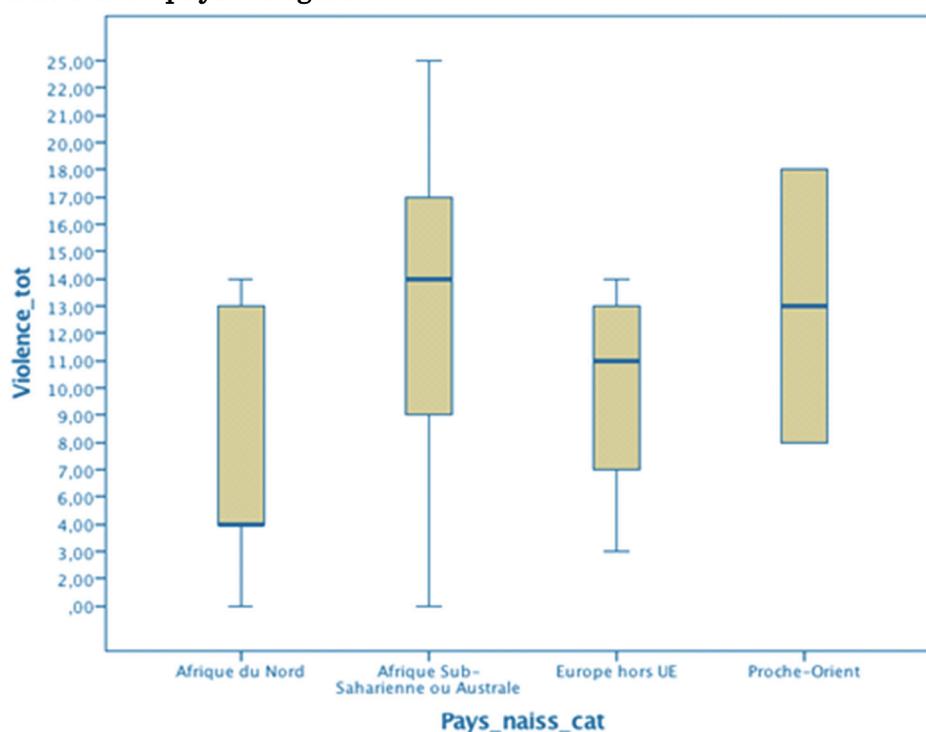
- **En fonction du genre**

Malgré un échantillon très faible de femmes (n=5) il y avait plus de femmes qui ont subi des violences sexuelles dans le pays d'origine (score à 0,40) que d'hommes (score à 0,07).

- **En fonction de l'orientation sexuelle**

Toutes les personnes se déclarant homosexuelles (100%) ont quitté leur pays de résidence en raison de persécution concernant leur sexualité.

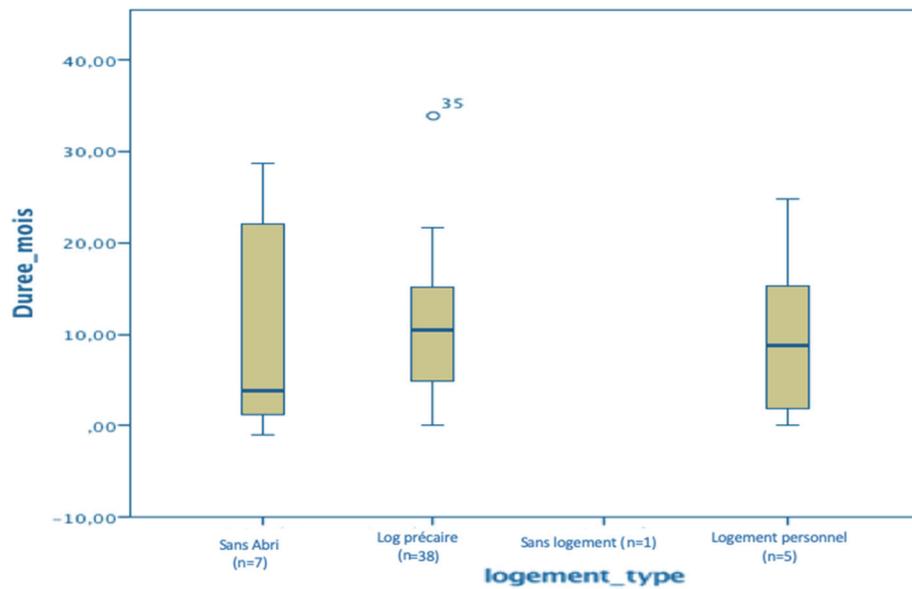
- **En fonction du pays d'origine**



*Figure 24 : Diagrammes en boîtes à moustaches exprimant le nombre de types de violences vécues en fonction du pays d'origine.*

Les personnes victimes ou témoins de violences étaient le plus fréquemment les demandeurs d'asile provenant d'Afrique sub-saharienne. En effet on retrouve pour ces personnes une médiane du nombre de violences à 14 (minimum = 0 ; maximum = 25) alors que la médiane est à 13 (minimum = 8 ; maximum = 18) pour le sous-groupe du Proche et Moyen-Orient (composé de deux personnes) ; la médiane du nombre de violences pour l'Europe et l'Afrique du nord est respectivement de 11 (minimum = 3 ; maximum = 14) et 4 (minimum = 0 ; maximum = 14).

#### 5.4.6.1.2. Logement



*Figure 25 : Diagramme en boîte à moustache montrant l'association entre le temps vécu en France et le type d'hébergement.*

Les personnes vivant en France depuis peu de temps avaient plus de chance d'être sans abris (personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence)

### 5.4.6.2. Santé mentale

- **En fonction des violences vécues**

Les 3 personnes ayant une consommation chronique d'alcool avaient un taux de violences cumulées supérieur ( $16.67 \pm 11.15$  VS  $12.86 \pm 5.40$ ). Ce résultat était non significatif mais reste à développer sur un effectif de plus grande taille.

- **En fonction du pays d'origine**

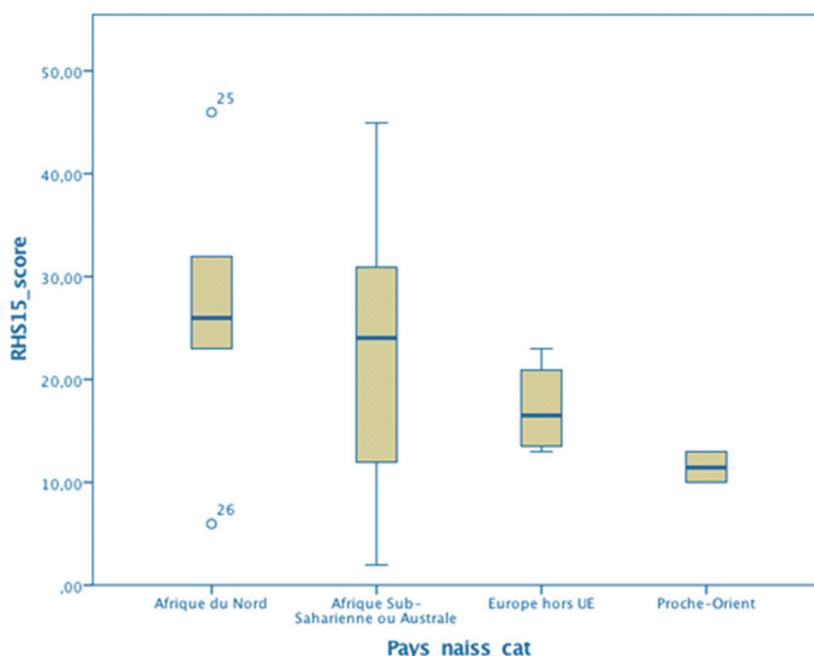


Figure 26 : Diagramme en boîte à moustaches représentant la répartition du score RHS- 15 en fonction de la région d'origine

Les scores RHS-15 les plus élevés (correspondant à une moins bonne santé psychique) sont représentés majoritairement par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (médiane à 23 ; minimum = 2 ; Q1 = 12 ; Q3 = 31 ; maximum = 46) et d'Afrique du nord (médiane à 25 ; minimum = 23 ; maximum = 33).

Les populations interrogées d'Europe et du Proche Orient avaient des scores au RHS-15 plus bas, avec des médianes respectives à 15 et 11 (pour rappel, positivité du RHS-15 à 12).

Deux valeurs se détachant ont été retrouvées dans la population d'Afrique du nord. Le score le plus élevé était un patient présentant un état dépressif caractérisé et une consommation de toxiques en intraveineux, compliquée d'une hépatite C non traitée et de deux overdoses. Le score le plus faible correspondait à un participant sans comorbidité psychique et somatique demandant l'asile pour raisons économiques.

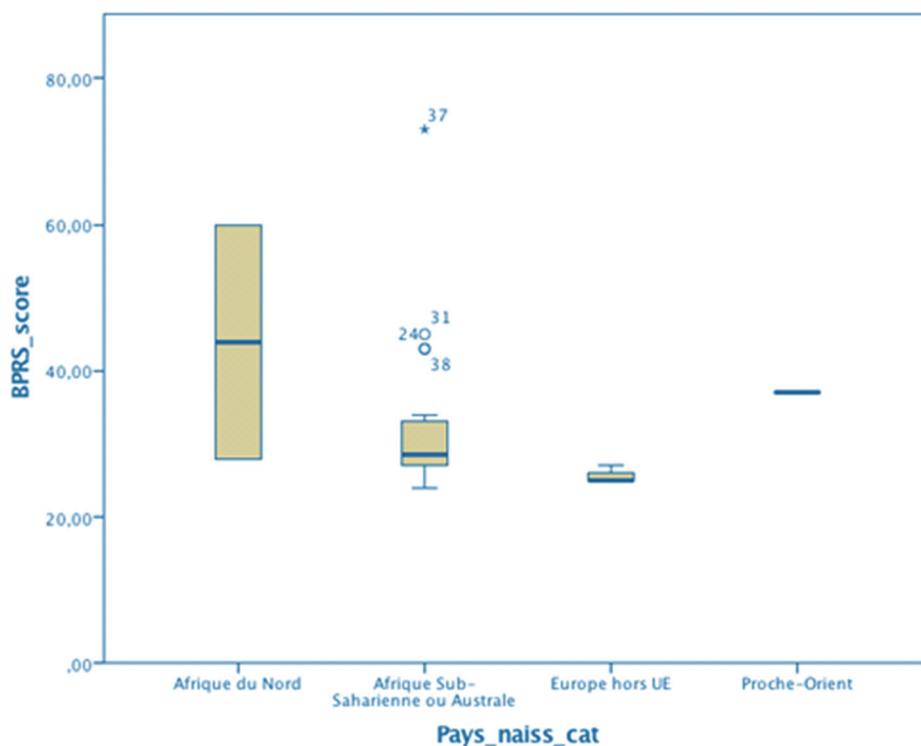


Figure 27 : Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score BPRS en fonction de la zone d'origine

Concernant le BPRS, le score le plus élevé était retrouvé chez une personne d'Afrique subsaharienne. La moyenne des scores les plus élevés concernait l'Afrique du nord (médiane à 42, Q1=28, Q2= 60).

- En fonction du logement

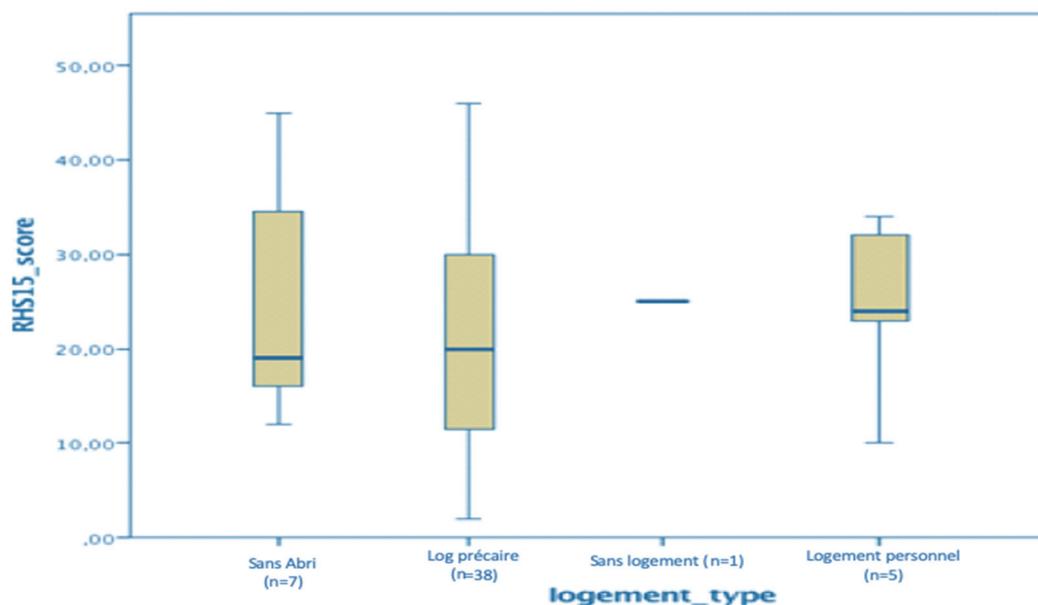


Figure 28 : Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score RHS-15 en fonction du logement

La moitié des scores RHS-15 des participants sans abris / hébergés en foyer d'urgence ou hébergé par de la famille / amis ou vivant en squat, étaient inférieure à 20. Majoritairement les scores RHS-15 étaient élevés chez les personnes ayant un logement personnel, avec une médiane de 25 et un minimum à 11 mais un Q1 de 24 et un maximum de score RHS-15 à 32. C'est à dire que 75% des participants avec un logement personnel présentaient un score RHS-15 supérieur à 24. Le score RHS-15 de la personne sans logement (en CADA) était de 26.

- En fonction du type de procédure

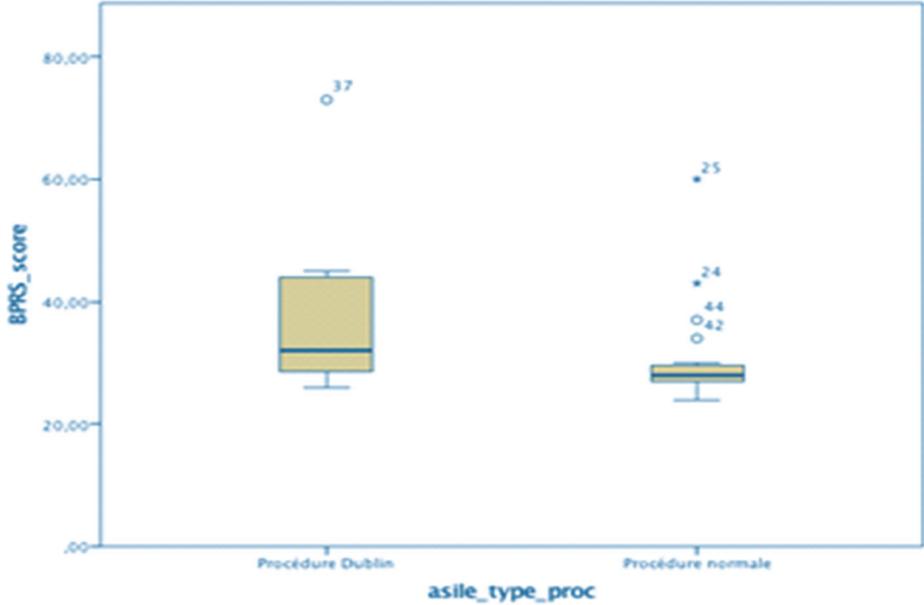


Figure 29: Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score BPRS en fonction du type de procédure d'asile.

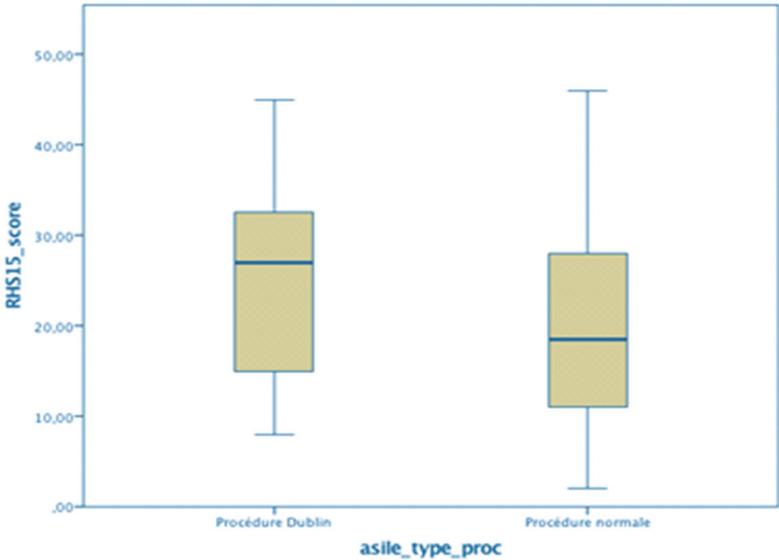


Figure 30 : Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score RHS-15 en fonction du type de procédure d'asile

Les scores obtenus aux tests BPRS et RHS-15 étaient plus élevés chez les personnes en procédure Dublin III (respectivement médiane de 30/168 et 28/56) que les chez celles en procédure normale de demande d’asile, avec respectivement des médianes de 25/168 et 18/56.

- **En fonction du délai de réponse à la demande d’asile**

Malgré le peu de données (n=8) concernant le nombre de jours avant l’entretien à l’OFPPA, il existerait un lien significatif entre un score RHS-15 élevé et un long délai d’attente avant l’entretien de l’OFPPA (coefficient 0,75).

Le temps total vécu en France serait aussi associé à des scores RHS-15 (p=0,036) et BPRS (p=0,007) plus élevés avec respectivement des coefficients à 0,301 et 0,505.

### 5.4.6.3. Santé somatique

- **En fonction du pays d’origine**

Les personnes présentant les scores CIRS les plus faibles étaient les personnes immigrantes d’Afrique (subsaharienne ou du nord).

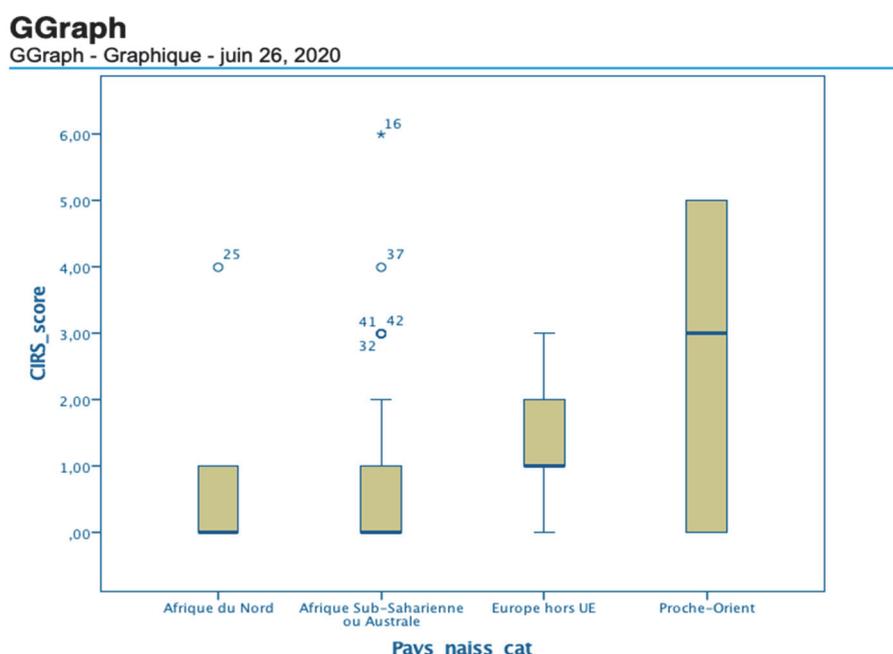


Figure 31 : Diagramme en boîte à moustache représentant la répartition du score CIRS en fonction de la zone d’origine.

En Afrique la médiane du score CIRS était de 0. La moitié de l’échantillon “Afrique du nord et Afrique subsaharienne” représentait 23 personnes, cela signifie que 45% de notre échantillon total ne présentait aucune comorbidité déclarée (CIRS = 0).

Pour l'Afrique du nord la médiane était à 0 et un score CIRS à 4 se détachait (la demande d'asile de ce participant relevait d'une raison médicale ; il présentait un état dépressif caractérisé et une hépatite C non traitée sur intoxication intraveineuse).

Pour l'Afrique subsaharienne la distribution variait avec un minimum = 0 ; un maximum = 2 ; Q3 = 1. Il y avait 3 scores CIRS = 3 ; chez un homme de 44 ans originaire de Guinée présentant une vision corrigée par des lunettes et une lombosciatique invalidante ; chez un homme de 34 ans originaire du Gabon atteint d'asthme contrôlé en cours de traitement par inhalateur et de maux de tête chroniques requérant une médication quotidienne (qu'il imputait à un neuropaludisme dans l'enfance) ; chez un homme de 37 ans originaire de Côte d'Ivoire portant des lunettes au décours d'une opération d'un strabisme divergent et présentant des céphalées chroniques qui nécessitaient un traitement quotidien. Parmi le sous-groupe Afrique subsaharienne on retrouvait un score CIRS = 4 chez un patient de 26 ans, originaire du Sénégal et déjà suivi en service de psychiatrie du CHU de Marseille pour décompensation d'une pathologie psychotique sévère. Le score le plus élevé dans ce sous-groupe correspondait à un score CIRS = 8, chez une femme de 29 ans originaire du Nigéria ayant subi une gastrectomie et splénectomie partielle sur hémorragie digestive haute et basse post plaie pénétrante par arme blanche.

La médiane des scores CIRS en Europe était à 1 (minimum = 0 ; Q3 = 1 ; maximum = 2)

La médiane était à 3 au Proche Orient (sous-groupe composé de deux personnes, minimum = 0 ; maximum = 5). Un participant originaire de Syrie présentait un score CIRS = 5. Il présentait plusieurs comorbidités dont un antécédent de colique néphrétique opérée, une myopie nécessitant le port de lunettes correctrices et un antécédent de dépression traitée par antidépresseur.

## 6. Discussion

### 6.1. Limites et points forts de l'étude de faisabilité

#### 6.1.1. Freins organisationnels de l'étude et propositions

##### 6.1.1.1. Lieu

L'intérêt de ce lieu résidait dans la proximité directe avec la SPADA, qui nous permettait de recruter des personnes étant toutes en procédure de demande d'asile. Sur la base du statut juridique, aucune personne éligible ne présentait de critère de non-inclusion.

Le lieu choisi permettait de ne pas recruter les personnes dans un lieu d'hébergement, ou dans un lieu de soin. Cela réduisait le risque de biais de recrutement et favorisait la représentativité de notre échantillon car non sélectionnée sur la base d'un hébergement ou d'un problème de santé.

Le fait de ne pas effectuer les entretiens au sein même de la SPADA nous garantissait une certaine autonomie vis à vis du statut juridique de la demande d'asile et montrait également aux personnes interrogées l'absence de conflits d'intérêts entre nous et la procédure de demande d'asile.

Ainsi, nous obtenions plus facilement des réponses exactes et non orientées, notamment concernant les motifs de la demande d'asile. Cette indépendance, associée à la préservation du secret médical, nous permettait d'obtenir des récits de vie réels lors de nos entretiens, à la différence des "récits inventés / modifiés" souvent fournis par les passeurs et parfois utilisés lors des entretiens individuels à l'OFPRA.

##### 6.1.1.2. Espace occupé

La conduite de ce camion constitue également l'une des limites du protocole. En effet, il est nécessaire pour l'enquêteur d'avoir un permis B et une bonne maîtrise de la conduite citadine avec un camion poids moyen pour être autonome et se rendre seul sur les lieux. De plus, la durée du trajet est importante (une heure aller/retour pour une journée d'inclusion).

D'autre part, certaines personnes semblaient inquiètes avant de pénétrer dans le camion, craignant probablement d'être victimes d'arrestations, de kidnapping etc., peurs probablement en lien avec les traumatismes subis durant le trajet. C'est là aussi une des limites de cet espace. Pour mettre ces personnes à l'aise et les rassurer, nous avons pensé à diverses possibilités, telles que détailler l'intérieur du camion (un bureau, des chaises...etc.), porter une blouse blanche lors des recrutements afin d'évoquer immédiatement l'image du personnel médical, proposer un accueil café devant le camion etc. autant de propositions qui demandent à être testées.

Une autre limite de cet espace concerne l'absence d'accès pour les personnes à mobilité réduite (fauteuil roulant par exemple). Pour entrer dans le camion il faut en effet être capable de monter une marche d'une trentaine de centimètres, ce qui rend le camion inaccessible à certaines populations handicapées/à mobilité réduite.

### 6.1.1.3. Inclusions

#### 6.1.1.3.1. Binôme d'enquêteurs

Nous avons choisi d'effectuer les inclusions en binôme, un binôme qui réunissait un médecin psychiatre et un médecin généraliste, mais aussi une femme et un homme. C'est à divers niveaux, détaillés dans les résultats, que cette configuration nous semble parfaitement adaptée à l'objectif poursuivi.

#### 6.1.1.3.2. Population recrutée

Cette étude a permis de recruter une population partiellement représentative de la population cible, comme détaillé ci-dessous.

- **Genre**

Les femmes représentaient 9,8% des personnes interrogées à la SPADA. Les chiffres de l'OFPPRA<sup>11</sup> en population générale révèlent une prévalence de 33% des femmes demandeuses d'asile en France. **Nous avons donc un biais significatif de recrutement des femmes.**

Les raisons pouvant expliquer la sous-estimation du nombre de femmes sont notamment liées à nos critères d'inclusion, qui ne permettent pas d'interroger les femmes accompagnées d'un enfant en bas âge. Or il s'avère qu'une grande majorité des femmes rencontrées aux alentours de la SPADA étaient accompagnées d'enfants. Nous avons jugé nécessaire de ne pas interpellier ces personnes dans la rue, car en plus d'être longs pour un enfant, les questionnaires peuvent être psychologiquement éprouvants.

Par ailleurs, les tentatives de recrutement de femmes se soldaient régulièrement par des refus. Ces refus nous ont souvent semblé relever d'un sentiment de peur, non clairement exprimé mais patent à travers la prolixité du discours. Ces femmes étaient fréquemment accompagnées d'un homme (compagnon ou autre) et c'est souvent ce dernier qui refusait qu'elles participent.

Les femmes sont décrites dans la littérature comme une catégorie de la population "invisible", en se protégeant des violences dont elles sont victimes ou en étant cachées par les hommes dans des contextes de proxénétisme. Il est donc à prévoir une sous-représentation des femmes en demande d'asile (on retrouve environ 45-55% de femmes migrantes contre 33% de femmes en demande d'asile), ce qui révèle que même dans le parcours nécessaire pour atteindre l'Europe et faire une demande d'asile, les femmes doivent faire face à des choix et à des obstacles différents de ceux des hommes.

Ce manque de statistiques précises concernant les femmes réfugiées et demandeuses d'asile reflète un aveuglement sur le genre inhérent aux recherches faites sur ces sujets : le réfugié est souvent vu comme étant un homme et les persécutions spécifiques qui forcent les femmes à émigrer sont ignorées<sup>129</sup>.

Dans les représentations collectives actuelles, qui correspondent au schéma d'immigration des travailleurs de l'après-guerre, les femmes sont vues comme accompagnatrices de leur famille. Leur visibilité se limite donc à la dépendance familiale : elles ne sont pas vues comme les protagonistes actives et indépendantes de leur propre migration.

Afin d'améliorer le recrutement des femmes dans le protocole PREMENTADA, il est envisageable de modifier les critères de non-inclusion, en permettant aux femmes accompagnées d'enfants en bas-âge de répondre aux questionnaires éventuellement en proposant une forme de garde d'enfant par le binôme d'enquêteurs. Elles seraient alors libres d'accepter l'entretien ou non, en connaissance de cause pour leur enfant.

- **Âge**

L'âge moyen de 28,18 ans de notre population recrutée était représentatif de la population générale des demandeurs d'asile, dont l'âge moyen s'établit pour 2019 à 30,7 ans<sup>11</sup>.

- **Pays d'origine**

La population n'était pas représentative à l'échelle nationale en termes d'origine ethnique.

Les causes de ces différences peuvent être liées aux différents circuits de migrations selon les villes. Marseille étant située sur une côte, première ville frontalière en France avec l'Afrique du Nord (via l'Espagne) et avec l'Afrique sub-saharienne (via l'Italie), il est à prévoir une diversité d'origines au sein même de la France, selon la région concernée par l'étude.

Les différences retrouvées peuvent également être dues au recrutement, qui implique au préalable une explication orale de l'étude. Les problématiques de barrière de langue étaient principalement représentées par le turc, le kurde, l'afghan ou l'albanais. Aucune personne Turque ou Kurde n'a compris le but de notre étude avant le 12 mai 2020, date à laquelle nous avons introduit le document écrit de présentation de notre étude en plusieurs langues supplémentaires. À partir du 12 mai, tous les patients éligibles comprenaient notre étude et des personnes parlant turc ont accepté de participer à notre étude (3 personnes entre le 12 mai et la fin des inclusions).

Afin d'obtenir une population représentative en termes d'origine géographique dans l'étude PREMENTADA, il est à prévoir pour le recrutement **l'utilisation de traduction écrite incluant un panel large de langue ou une application de traduction immédiate.**

#### 6.1.1.4. Interprétariat

Pour l'étude PREMENTADA, il est recommandé d'utiliser les questionnaires dans les langues validées, notamment en anglais, langue très représentée durant les entretiens. Un questionnaire traduit dans chaque langue serait l'idéal.

Par ailleurs, la moitié des entretiens a été réalisée en français alors qu'un quart seulement des participants parlait français sans difficultés. Plusieurs personnes acceptaient de participer à l'étude car elles étaient de bonne volonté, mais leur niveau de français était limité. Une utilisation systématique de **l'interprétariat est recommandée** si le pays d'origine n'est pas francophone, afin de limiter les biais de compréhension.

La langue est un élément primordial dans l'intégration des personnes au sein du pays de migration. La prise en charge des personnes, dans les soins notamment, reste un élément fortement dépendant de la compréhension et donc de la langue partagée. L'utilisation d'un interprétariat semble primordiale pour obtenir des résultats significatifs, mais aussi pour prendre en charge correctement les patients lors de leurs consultations auprès des professionnels de santé. Plusieurs dispositifs de formations linguistiques à Marseille se mettent en place, comme l'association Ancrages<sup>130</sup>, qui vise par ses actions à permettre l'insertion des personnes primo-arrivantes et réfugiées. Les plateformes d'interprétariat téléphoniques (en cas d'urgence ou si besoin de langues multiples) ou physiques telles que la plateforme d'interprétariat Osiris<sup>131</sup> sont également un bon moyen d'améliorer les soins.

L'accord des participants et la notice d'information n'ont pas posé de problèmes particuliers. Toutefois, chez de rares personnes, ce document écrit en français a provoqué des inquiétudes quant au fait de signer un document non compris. Il est à prévoir, pour l'étude PREMENTADA, un **document écrit traduit en plusieurs langues**.

#### 6.1.1.5. Réalisation des bilans sanguins

Seules six personnes se sont rendues à la PASS pour la réalisation du bilan sanguin, parmi les 51 personnes interrogées. Il n'est pas possible d'obtenir des informations sur le statut biologique des personnes en situation de demande d'asile avec un effectif si faible. Pourtant, 59% des personnes se disaient disposées à se rendre à la Timone.

Les raisons expliquant une si faible participation sont les suivantes :

- Pour les personnes ne souhaitant pas avoir de rendez-vous : ont déjà eu un bilan sanguin normal, ont peur du geste de prélèvement sanguin, ont une représentation culturelle de la prise de sang différente de sa représentation en France, ne vivent pas à Marseille et ne peuvent donc pas se rendre à un rendez-vous facilement (contrainte de temps et d'argent).
- Pour les personnes ayant accepté un rendez-vous : se disent volontaires mais ne le sont pas, ont oublié le rendez-vous, ont un problème de transport, n'ont pas trouvé le lieu du rendez-vous, ont perdu le papier de rendez-vous.

Il est primordial, afin d'obtenir des résultats exhaustifs, de **faire pratiquer un bilan sanguin à chaque participant**. Pour cela il faut prévoir une modification du protocole PREMENTADA.

Si la logistique le permet, l'idéal serait de faire réaliser le bilan sanguin directement sur le lieu de recrutement, par un infirmier diplômé d'État, après avoir interrogé le participant. Le camion est techniquement compatible avec la réalisation d'un bilan dans un lieu différent du lieu des entretiens (2ème pièce).

On peut également envisager un accompagnement direct dans un laboratoire aux alentours de la SPADA, par l'un des membres du binôme. Il est toutefois à prévoir un accord entre un laboratoire extérieur et l'équipe d'enquêteurs afin de garantir l'anonymat.

## 6.1.2. Acceptabilité

### 6.1.2.1. Nombre de personnes recrutées

Il est tout à fait faisable, d'un point de vue géographique, logistique et au vu du grand nombre de personnes volontaires de recruter 1080 participants sur une durée de 18 mois. Pour améliorer encore le recrutement, de plus nombreuses traductions manuscrites expliquant l'objectif de l'étude seraient souhaitables.

### 6.1.2.2. Durée

Les entretiens avec la plateforme ISM étaient de la même durée moyenne (45 minutes avec interprétariat téléphonique et 43,2 minutes sans interprétariat). Étant donné le peu d'entretiens via la plateforme d'interprétariat, nous ne pouvons pas juger de l'acceptabilité concernant la durée chez les personnes ayant bénéficié de l'interprétariat téléphonique lors de leur entretien.

## 6.1.3. Pertinence des outils

L'outil utilisé était un hétéro-questionnaire composé de plusieurs échelles. Nous allons discuter les spécificités de chacune d'entre elles afin de conclure à la faisabilité de l'étude concernant la pertinence des outils utilisés.

### 6.1.3.1. SF-12

La totalité des personnes interrogées ont répondu à toutes les questions. Elles ont jugé la durée acceptable et les questions claires.

Cette échelle nous a semblé moyennement adaptée à la population de notre étude car initialement prévu pour une population avec des références sociales caucasiennes.

Le questionnaire SF-12 est utilisable pour le protocole PREMENTADA car elle reste l'échelle la plus adaptée pour évaluer la qualité de vie.

### 6.1.3.2. MINI

Seulement 9,8% des personnes incluses ont accepté de répondre au questionnaire MINI, en raison de la durée du questionnaire et de sa complexité posant des problèmes de compréhension et de traduction (notamment avec les plateformes d'interprétariat ne connaissant pas le questionnaire).

**Ce questionnaire ne nous semble pas utilisable dans le protocole PREMENTADA.** Cependant, ceci est à mettre en balance avec l'objectif principal de l'étude PREMENTADA, à savoir l'évaluation de la prévalence des pathologies mentales. Enfin, il est à signaler que d'autres études ont réussi à utiliser le MINI auprès de populations sensibles (personnes incarcérées, ou sans-abri).

### 6.1.3.3. RHS-15

L'échelle RHS-15 n'a posé aucun problème.

Cette échelle est utilisable pour l'étude PREMENTADA.

Toutefois, elle ne permet pas d'obtenir un diagnostic précis des troubles dépistés. Il serait donc intéressant de compléter cette échelle, dans l'étude PREMENTADA, par un autre test permettant, chez les personnes positives au RHS-15, d'obtenir le diagnostic du trouble présenté : PCL-5 pour le PTSD par exemple.

### 6.1.3.4. Le BPRS

Le BPRS est initialement prévu pour un public psychiatrique hospitalisé et sert en principe à évaluer l'intensité des troubles. Il n'est pas prévu pour le dépistage. Ici, la population interrogée a jugé ce questionnaire acceptable tant du point de vue de la durée que de la compréhension. Il n'a pas posé de problème aux enquêteurs concernant la traduction.

Il a également été montré dans plusieurs articles que globalement, la BPRS-E est considérée par les différents auteurs comme une échelle fiable, quelles que soient les populations psychiatriques explorées<sup>127</sup>.

Il nécessite une bonne connaissance de la clinique psychiatrique par l'enquêteur et est prévu pour une cotation par un spécialiste en psychiatrie.

Le BPRS a permis de dépister les troubles non évalués par le RHS-15, notamment les troubles psychotiques.

Concernant les variables anxiété/dépression, on retrouve une bonne corrélation des tests RHS-15 et BPRS. C'est un argument en faveur de la bonne estimation de nos résultats et de l'intérêt de compléter le RHS-15 par le BPRS.

Bien qu'initialement non prévue pour le dépistage des pathologies psychiatriques, l'échelle BPRS est utilisable pour le protocole PREMENTADA, à condition d'être maniée par une personne ayant une formation en psychiatrie.

### **6.1.3.5. La CIRS**

La CIRS n'a pas posé pas de problème en termes de faisabilité. Cette échelle a été acceptée par les personnes interrogées et jugée simple à manier par les enquêteurs.

Il est à noter que la CIRS est uniquement déclarative, or la plupart des personnes recrutées n'ont pas de suivi médical et il est rare d'avoir accès à leur dossier médical. Il existe probablement une sous-estimation des pathologies déclarées et/ou connues.

De plus, cette partie du questionnaire nécessite une expertise médicale et clinique pour être cotée de façon adaptée.

La CIRS est donc une échelle utilisable pour le protocole PREMENTADA, avec un personnel ayant une jugement médical adéquat.

### **6.1.3.6. Le recueil des données sur la demande d'asile**

Le recueil des données sur la demande d'asile était vécu comme éprouvant, elle nécessite des enquêteurs avertis et formés à ces questions.

Plusieurs questions dans cette partie du questionnaire sont restées sans réponse : cela est dû aux diversités de parcours dans la demande d'asile. Par exemple, nous ne disposons pas de la durée entre l'enregistrement à la PADA et l'entretien à l'OFPRA, tout le monde n'ayant pas encore pu bénéficier de cet entretien. Le nombre de réponses plus faible ne nous permettra donc pas de proposer un tableau représentatif de la réalité.

## **6.2. Conclusions et discussion des résultats des objectifs secondaires**

### **6.2.1. Limites et apports de l'étude**

#### **6.2.1.1. Limites de l'étude**

Notre travail préliminaire à l'étude PREMENTADA est une étude observationnelle transversale. Les études de prévalences épidémiologiques ont un faible niveau de preuve scientifique. Sur des effectifs faibles ce type d'études ne peut démontrer aucune association et en aucun cas un lien de causalité entre deux éléments.

Pour une étude rigoureuse de prévalence, 1080 participants seraient nécessaires. Nous avons estimé le nombre de sujets nécessaires à 50 personnes pour réaliser un protocole de faisabilité. La taille de notre échantillon est donc limitée et ce manque de puissance nous a empêché de conclure et de démontrer des associations statistiquement significatives.

Notre étude est monocentrique, elle présente donc un effet centre et ne reflète que le réseau local de Marseille et ses alentours. Ces résultats ne peuvent pas être appliqués au réseau national ou à d'autres agglomérations comme l'Île de France (première région en termes de demandes d'asile).

Nous avons rencontré un biais de sélection, ou plutôt un biais d'auto-sélection car chaque personne était incluse sur la base du volontariat. Il est impossible de passer outre ce biais compte tenu de la mise en place de notre étude.

Un autre problème, inhérent à toute étude incluant un enquêteur chargé de diriger les entretiens, concerne l'inévitable subjectivité de l'enquêteur. Même si le questionnaire était composé de critères objectifs, il est fort probable que certaines questions aient été interprétées de façon subjective par les enquêteurs. Cela est dû à plusieurs raisons, parmi lesquelles on peut notamment ranger la barrière de la langue, les différences culturelles ou encore les probables incompréhensions entre participants et enquêteurs qui échappent à nos jugements respectifs.

#### **6.2.1.2. Points forts de l'étude pilote**

Cette étude pilote est originale au regard du peu de données sur la prévalence des pathologies mentales et des comorbidités somatiques des demandeurs d'asile au sein de la littérature existante. En effet, à notre connaissance, aucune étude sur l'état de santé global des demandeurs d'asile basée sur ce type de protocole n'a été menée, ni à Marseille ni ailleurs en France.

La population source était recrutée dans un cadre d'échantillonnage fiable permettant de limiter en grande partie le biais de recrutement, car aucune des personnes présentes sur le lieu de recrutement ne présentait de critères de non-inclusion.

Le taux de participation est très satisfaisant pour un recrutement utilisant une méthode d'échantillonnage de convenance.

La période d'inclusion longue (environ 9 mois) a constitué un atout permettant une plus grande représentativité des aléas de la demande d'asile.

La présence de deux enquêteurs appartenant de surcroît à deux spécialités différentes a apporté une rigueur dans les entretiens grâce à la complémentarité des connaissances.

#### **6.2.2. Santé mentale**

Au contraire des résultats concernant les pathologies somatiques, les prévalences des troubles anxieux et dépressifs retrouvés dans notre étude sont nettement supérieures à celles de la population générale en France, compte-tenu des résultats de l'échelle RHS-15. Pour l'échelle BPRS, nous ne disposons pas de comparaison des valeurs en population générale car cette échelle est prévue pour une population de personnes suivies en psychiatrie.

Sans pour autant pouvoir conclure avec certitude, nous pouvons raisonnablement pronostiquer que les résultats de l'étude PREMENTADA montreront une sur-représentativité des troubles mentaux chez les demandeurs d'asile par rapport à la population générale.

Par rapport à la population française générale, le nombre de fumeurs semble plus élevé. Les chiffres retrouvés concernant la consommation de cannabis semblent variables et ne semblent pas aller dans le même sens que les chiffres retrouvés en population générale.

Des études sur un effectif plus important permettrait probablement d'apporter des résultats plus significatifs.

Dans la population française, 70% des personnes ont déjà consommé de l'alcool. Le nombre de personnes consommant de l'alcool parmi les personnes interrogées semble donc bien moindre. Il est possible que ces résultats s'expliquent par des différences culturelles : les personnes interrogées étant principalement originaires d'Afrique subsaharienne, où prédomine la religion musulmane<sup>132</sup>, il est possible que l'interdit religieux concernant l'ivresse soit une des raisons qui conduit à ces différences de prévalence. Toutefois, chez les personnes qui consomment, la quantité est trois fois plus élevée dans la population des demandeurs d'asile. Ces résultats restent à confirmer sur des échantillons plus importants.

Il serait aussi intéressant d'évaluer la consommation d'autres drogues (notamment médicaments addictogènes) chez les demandeurs d'asile. Malgré le peu d'études retrouvées sur ce point, elle semble en effet surreprésentée chez les migrants.

Comme dans la littérature, nous constatons un lien entre les contraintes pré, péri et post migratoires, et les pathologies psychiatriques retrouvées, principalement représentées par des pathologies traumatiques, bien que nos tests ne permettent pas de diagnostic précis.

On constate que la majorité des violences sont représentées par la violence physique avec ou sans conflits armés, et par la violence psychologique.

Bien que l'essentiel de notre échantillon englobe des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, ce qui pourrait avoir tendance à fausser les résultats, l'étude en sous-groupe tend à montrer que cette population est la plus exposée aux violences.

En outre, il est indispensable de se demander si la perception culturelle du caractère violent d'un fait ne perturbe pas les résultats absolus, cette approche transculturelle pouvant faire l'objet d'une étude spécifique.

### **6.2.2.1. La violence pré-migratoire**

Comme expliqué précédemment, les flux de demandes d'asiles sont fortement influencés par l'évolution sociétale d'un pays, ou par des conflits géopolitiques d'une région. Ces instabilités sont extrêmement variables dans le temps. De par la précision des histoires de vie racontées et l'absence de détachement lors des récits qui en étaient faits, les enquêteurs ont eu la sensation que les raisons de demande d'asile rapportées étaient réelles. Notre indépendance vis à vis de la procédure de demande d'asile était également un facteur qui limitait ce biais.

Contrairement à nos attentes, les raisons invoquées étaient très peu souvent d'ordre économique mais plutôt en lien avec des événements de vies traumatisants. Les violences vécues dans le pays d'origine étaient donc en lien direct avec le motif de demande d'asile.

Les principaux motifs de demande d'asile, chez les Nigériens, sont en lien avec la traite humaine à des fins d'exploitation sexuelle, les mutilations sexuelles pour les femmes et l'appartenance au groupe social des personnes homosexuelles (au Nigéria l'homosexualité est pénalisée). Sur le plan politique, plusieurs demandes sont en lien avec les mouvements revendiquant la souveraineté de la région du Biafra (MASSOB ou IPOB) et l'instabilité sécuritaire du nord-est du Nigéria relative au mouvement insurrectionnel de Boko Haram.

En Guinée, les violences des forces de l'ordre dans le conflit politique opposant le gouvernement et les militants de l'Union des forces démocratiques de Guinée (UFDG) est la principale cause de demande d'asile. Les conflits familiaux et sociétaux (mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, orientations sexuelles) sont des motifs régulièrement invoqués, et en croissance. Ce sont les motifs sociétaux qui représentent majoritairement les demande d'asile en provenance de la Côte d'Ivoire.

L'évolution des règles régissant l'asile, mais aussi les aléas de l'histoire et les différents conflits géopolitiques entraînent des variations fréquentes et rapides des motifs de demande d'asile.

Dans notre étude toutes les personnes homosexuelles ont fui leur pays pour la France à cause de leur orientation sexuelle. Toutefois, cet effectif faible (2 personnes) ne nous permet pas de conclure à une association significative.

#### **6.2.2.2. La violence péri-migratoire**

On peut expliquer les grandes variabilités en termes de durée de trajet par les différences socio-économiques entre les personnes qui ont pu fuir le pays en s'offrant un transport (avion, bateau) et qui ont parfois eu recours à un visa tourisme pour arriver en France de façon légale et les autres qui, faute de moyens, ont dû utiliser des alternatives clandestines.

Durant le trajet, les violences vécues sont en lien avec le contexte géopolitique des pays traversés, ainsi qu'avec le contexte général d'accompagnement à la migration par des passeurs. Les populations d'Afrique sub-saharienne voyagent en moyenne plus longtemps que les autres avant d'atteindre la France et traversent un nombre conséquent de pays différents. Cette population est généralement contrainte de travailler pour pouvoir poursuivre son voyage jusqu'à son terme. Les populations en provenance d'Afrique de l'ouest ou centrale sont, dans l'extrême majorité des cas, victimes de violences en Libye. Le questionnaire ne prévoyait pas de développer le parcours des personnes ni les types de violences mais les personnes interrogées ont très souvent évoqué l'emprisonnement, la traite humaine, la torture, etc.

La population particulière des femmes est sujette à des violences d'ordre sexuel. Dans notre étude, outre que cette population était très peu représentée pour les raisons antérieurement évoquées, cette population féminine ne rapportait pas particulièrement de violences sexuelles, ni dans le pays d'origine, ni durant le trajet.

Nous notons toutefois que l'effectif des témoins de violences sexuelles est bien plus élevé que les violences sexuelles rapportées (dans le pays d'origine : 5% de victimes contre 16% de témoins et durant le trajet : 4% de victimes contre 23% de témoins).

Cela est peut-être dû à un sentiment de honte lorsqu'il s'agit d'aborder ces violences, ainsi plus facilement rapportées par les témoins que par les victimes. Cette division entre violence "avouée" et violence "cachée" tend à occulter la violence sexuelle.

Par ailleurs, la non-perception de la violence sexuelle comme une violence grave peut expliquer qu'elle reste dans l'ombre des autres violences. Souvent, la violence d'ordre sexuel n'est en effet pas mise sur le même plan que les autres formes de violence subies par les réfugiés. Elle est normalisée, voire banalisée, vue comme faisant partie intégrante des relations normales entre hommes et femmes.

La violence sexuelle peut être un instrument explicite d'oppression politique, ou encore un élément de violence généralisée dans une situation de guerre civile. De nombreuses études ont d'ailleurs démontré l'usage extensif de la violence sexuelle dans les situations de conflit.

Ses effets sur les femmes constituent un dommage à la fois physique et psychologique. Or si l'on en juge par les termes de la Convention de Genève, ces violences sexuelles ne sont pas reconnues comme une forme de « sérieux dommage » et les femmes qui ont souffert de ce type de violence ne reçoivent donc pas le statut de réfugiées <sup>133</sup>.

### **6.2.2.3. La violence post migratoire**

Elle est peu représentée de façon déclarative, mais nous notons, lors de l'évaluation des données sociodémographiques, quelques difficultés d'ordre sociales, qui peuvent s'apparenter à ce que nous avons appelé la "violence administrative".

#### **▪ L'hébergement**

Concernant le logement, contrairement à nos attentes, la grande majorité n'était pas hébergée en CADA (seulement une personne). Sur le département des Bouches-du-Rhône, les places d'hébergement dans le cadre du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile sont limitées. Il existe 1250 places de CADA, 200 places de PRADHA (Vitrolles et Gémenos), 300 places de CAO, 100 places HUDA, 200 places AT-SA (Martigues) et 50 places dans un Centre d'accueil et d'examen de situation (CAES), soit un total de 2100 places pour un effectif de 6000 nouveaux demandeurs d'asile par an se présentant à la SPADA de Marseille. Malgré un effort de création de places ces dernières années, le dispositif d'hébergement réservé aux demandeurs d'asile reste saturé et seulement 30% des demandeurs pouvant prétendre à une place en CADA y accède effectivement. Le délai moyen pour entrer en CADA est de 11 mois <sup>134</sup>. Une partie non négligeable des demandeurs d'asile ne peut donc pas bénéficier de ces places et une forme de sélection se met en place afin de favoriser les personnes les plus vulnérables. C'est probablement pour cette raison que notre effectif de personne hébergée en CADA est si faible. En effet, notre population recrutée (90% d'hommes, moyenne d'âge 28 ans et pour la plupart sans comorbidités somatiques) correspond tout à fait à cette population exclue des prises en charge pour hébergement.

Les hommes isolés sont très rarement orientés en CADA et vont dépendre de l'hébergement d'urgence via le 115. Malheureusement les appels des DA n'aboutissent que trop rarement à une solution d'hébergement.

*En Annexe 20, on trouvera un schéma résumant les possibilités d'hébergement d'urgence pour un homme seul.*

Nous avons retrouvé des scores BPRS et RHS-15 plus élevés chez les personnes vivant dans un logement personnel par rapport aux personnes sans abri, sans logement, en logement précaire ou inadéquat. Au premier abord, ces résultats sont surprenants et semblent contredire le constat selon lequel, en France, les personnes ayant la moins bonne santé mentale sont principalement aussi celles qui vivent une situation de précarité.

Ici, il est important de tenir compte des pathologies mentales retrouvées et décrites dans la littérature : principalement des PTSD en lien avec des traumatismes subis durant le trajet migratoire, des dépressions liées à la vie dans le pays d'origine ou des troubles de l'adaptation dans le pays d'accueil.

Ces pathologies sont donc très récentes chez les personnes rencontrées, qui ont un risque de décompensation aiguë à l'arrivée en France. Il est probable qu'avant d'accéder à « un cadre sécurisé », ces personnes vivent dans un état d'angoisse permanent. Cet état de tension, nécessaire à la survie physique et psychique, limite leur possibilité d'insight (ils mésestiment les émotions qui les traversent car l'intégralité de leur énergie psychique est centrée sur la survie). Cet état leur permet d'affronter les différents traumatismes qu'ils rencontrent sans « s'effondrer ». Lorsqu'ils sont « mis en sécurité » dans un logement, cet état d'angoisse, particulièrement énergivore, laisse place au retour massif des émotions jusqu'alors mises à l'écart et donc à un mouvement dépressif plus ou moins massif (angoisse du survivant, etc.). Il se produit alors une prise de conscience brutale des événements. Ainsi, il est fréquent que les demandeurs d'asile hébergés en CADA ou trouvant un logement personnel présentent des formes de décompensations traumatiques ou dépressives.

Il a été décrit de la même façon cet effondrement des fonctions somatiques lorsque le cadre devient sécurisé chez les jeunes traumatisés <sup>135</sup>.

Par ailleurs, l'accès à un logement ouvre la porte à une grande insécurité sur l'avenir que l'on peut résumer par : « maintenant que je ne risque plus de mourir, que va être ma vie ? ». Il n'est pas pour autant une raison de limiter l'accès au logement de ces personnes, car il est à prévoir, en cas de poursuite du sans-abrisme, une chronicisation des troubles amenant alors à des prévalences de troubles psychiques aussi élevés que chez les personnes sans domicile en France<sup>136</sup>.

Un dépistage et une organisation du suivi psychiatrique lors de l'accès au logement est donc probablement nécessaire.

- **Le statut administratif**

Les délais d'attente, pour les personnes en procédure Dublin, peuvent dépasser les deux ans. Il est très facile de faire le lien entre l'attente d'un statut et les répercussions psychologiques sur les personnes. Les deux tiers de notre échantillon étaient enregistrés en procédure normale de demande d'asile et le reste en procédure "Dublin III". Nous constatons que les résultats aux score RHS-15 et BPRS sont plus élevés dans la population enregistrée en "Dublin III".

Ceci peut s'expliquer par la longueur de la procédure et par l'incertitude ressentie par chaque "Dubliné" quant à sa possibilité de rester sur le territoire français.

Monique Pillant, du collectif des Philosophes Publics, résume parfaitement ce problème par cette phrase : *"La violence bureaucratique broie des vies de manière réglementaire"*.

- **L'alimentation**

La norme de trois repas par jour avec une alimentation équilibrée et variée est impossible à respecter pour la plupart des demandeurs d'asile interrogés. Plus d'un tiers des personnes dépensaient au moins 75% de leur budget mensuel dans la nourriture et les deux tiers estimaient ne pas avoir accès à une alimentation parfaitement équilibrée. À Marseille, plusieurs dispositifs d'aide alimentaire existent pour les personnes en situation de précarité. Nous pouvons par exemple citer le restaurant social NOGA (association Maavar) situé sur le Cours Julien ou encore les colis alimentaires distribués par d'autres associations caritatives (Restos du cœur, Secours populaire, etc.).

- **L'accompagnement social**

Presque deux tiers des demandeurs d'asile de notre échantillon n'étaient pas accompagnés par un travailleur social et/ou administratif. Or c'est une aide indispensable, afin de faciliter l'accès aux droits sociaux. On parle souvent de "parcours du combattant" pour obtenir l'asile en France tant la complexité est grande pour l'obtention du droit d'asile en France. La barrière de la langue, qu'elle soit parlée ou écrite, ou encore l'incompréhension de l'administration française, rendent la procédure encore plus difficile. D'autant plus que ces personnes sont traversées par des problématiques de survie (question de l'alimentation et de l'hébergement) qui saturent leurs capacités d'adaptation.

La SPADA remplit des missions d'accompagnement social et administratif mais les agents de la SPADA sont dans l'obligation de respecter un référentiel imposé par le Ministère de l'Intérieur restreint à l'hébergement et à l'accès à l'alimentation. De plus les SPADA manquent cruellement de personnel et donc de temps pour aider chaque personne dans sa procédure.

Il nous paraît primordial que chaque demandeur d'asile puisse, à hauteur de sa vulnérabilité, avoir un interlocuteur défini et identifié pour l'accompagnement social dans la procédure d'asile et les démarches administratives.

La population interrogée dans notre étude, est principalement représentée par l'homme jeune, célibataire, non accompagné d'enfant, et originaire d'Afrique sub-saharienne.

Ce qui ne correspond pas aux critères de vulnérabilité, définis par les instances de demande d'asile comme les familles avec enfants, les femmes seules avec enfants, les jeunes majeurs, et les personnes nécessitant des soins médicaux. Notre population est donc victime d'une double vulnérabilité, du fait de leur souffrance psychiatrique, expliquée dans le paragraphe ci-dessus, et en raison de l'exclusion du dispositif d'accompagnement.

Sans pouvoir faire de lien direct entre la violence vécues et la détérioration de l'état psychiatrique, des analyses associatives détaillées entre les multiples violences vécues avant, durant et après la migration, et la santé mentale, semble intéressantes pour l'étude PREMENTADA.

### 6.2.3. Comorbidités somatiques

Le score moyen obtenu à la CIRS était de 1,1064 (score minimum = 0, score maximum = 56).

Nous avons évalué les comorbidités somatiques grâce au questionnaire CIRS qui comprend 14 items, dont les antécédents psychiatriques. Nous avons donc surestimé les pathologies somatiques car les antécédents psychiatriques sont inclus dans le score final de cette échelle. Le score de la CIRS, en s'extrayant des pathologies psychiatriques déclarées, est de 1.019 (score min 0, score max 52). La prévalence des comorbidités purement somatiques chez les demandeurs d'asile est donc plus faible que ce que suggère notre étude.

#### 6.2.3.1. Un bon état de santé somatique

Le relatif bon état de santé que nous retrouvons, avec des faibles scores au questionnaire CIRS, doit être mis en lien avec plusieurs biais de sélection retrouvés :

D'une part, ce sont probablement les personnes en meilleure santé qui entreprennent de migrer, car plus apte à effectuer un tel trajet. Nous interrogeons ces migrants à la fin de leur périple, ce sont donc les personnes ayant la meilleure santé somatique que nous rencontrons, puisqu'elles ont pu accomplir leur migration jusqu'au bout, les personnes en moins bonne santé étant plus enclin aux pathologies ou pire le décès.

Une théorie, appelée "healthy immigrant effect", suppose que les immigrants de première génération ont un meilleur capital santé ou une mortalité plus faible que la population hôte du territoire d'accueil<sup>138</sup>, ces mêmes personnes sont d'ailleurs parfois envoyées en éclaireur par leurs proches, projetant de les rejoindre ultérieurement, ou missionnées par leur famille pour devenir les garants de l'amélioration des conditions de vies familiales. Cette théorie est toutefois de plus en plus remise question dans différentes études européennes<sup>139 140</sup>. Certains auteurs parlent aussi de "Salmon bias effect" : dans la population de primo arrivants, les personnes en bonne santé auraient plus de chance de rester dans le pays d'accueil que les immigrants ayant un moins bon capital santé, qui eux, auraient tendance à se rapprocher de leur lieu de naissance<sup>141</sup>.

D'autre part, L'hypothèse "healthy worker effect" développée par Giuntella O. et Mazzonna F. dans "Immigration working conditions and health"<sup>137</sup> explique que le travail est proposé aux immigrants en bonne santé faisant valoir leur « capital de santé » pour compenser la faiblesse de leur capital culturel (diplômes, connaissance de la langue et de la société d'accueil, etc.). Ces travailleurs acceptent de travailler en exerçant des métiers éprouvants, en bénéficiant de rémunérations plus faibles et en subissant des discriminations sur le marché du travail. Or l'influence sur la santé du statut socio-économique est largement démontrée de nos jours.

Enfin, Notre enquête étant déclarative, ce sont les enquêtés eux-mêmes qui nous renseignent sur leurs pathologies, leurs états généraux de santé, etc. Aussi existe-t-il probablement une sous-représentation des prévalences des pathologies somatiques. Cette faible morbidité somatique peut s'expliquer par une perception et une connaissance différente des maladies avec un accès plus restreint au système de soins, une moindre maîtrise de la langue et des difficultés de communication avec les professionnels de santé.

Dans le même sens, nous découvrons des bilans sanguins pathologiques chez cinq personnes sur les six ayant effectué le bilan sanguin proposé par la PASS. Il est donc important de pratiquer un examen somatique concomitant à un dépistage par bilan sanguin. Nous avons également retrouvé deux anémies et une thrombopénie, valeurs que l'on ne retrouve pas particulièrement dans la littérature chez les demandeurs d'asile mais qui laissent présager une utilité du dépistage des anomalies biologiques grâce à la pratique du bilan sanguin dans le protocole PREMENTADA.

#### **6.2.3.2. Une santé variable en fonction du pays d'origine**

Un lien avec le pays d'origine semble se dessiner au travers de nos résultats : en effet les personnes immigrantes d'Afrique sub-saharienne ont les scores CIRS les plus faibles, ce qui contraste avec les résultats du questionnaire sur la santé mentale. Outre la dimension génétique, ceci peut être expliqué par des habitudes de vie plus saines liés à la culture du pays d'origine. Des études complémentaires sont nécessaires pour développer ce point).

### 6.2.3.3. Des profils de pathologies similaires chez la plupart des demandeurs d'asile

Nous retrouvons une majorité de pathologies des téguments musculosquelettiques, qui ont une prévalence importante chez les demandeurs d'asile comme signalé dans la littérature. Ces données sont cohérentes avec celles de Médecin du Monde, selon lesquelles les demandeurs d'asile présentent souvent des formes de somatisations musculosquelettiques accompagnant des troubles psychiatriques<sup>142</sup>.

Les résultats des bilans sanguins sont en adéquation avec la littérature, à savoir la présence d'hépatites virales et de pathologies parasitaires comme la Bilharziose et l'Anguillulose.

La faible puissance de notre échantillon est probablement responsable de l'absence dans nos résultats de pathologies du système génito-urinaire, et de pathologies métaboliques ou endocriniennes.

### 6.2.4. Impact de la COVID-19 sur notre étude

Durant notre période d'inclusion (octobre 2019 à juin 2020), une pandémie (COVID-19) s'est déclarée. Notre étude de faisabilité a en partie été impactée par cet impondérable.

Un confinement de deux mois a rendu impossibles les inclusions et a donc rallongé considérablement notre période d'inclusion.

Cette situation de pandémie a par ailleurs perturbé le fonctionnement de la SPADA Marseille, et des difficultés en lien avec le fonctionnement restreint de l'association Forum réfugiés, qui opère comme sous-traitant de l'OFII (non délivrance des courriers recommandés entraînant des ruptures de droits de santé et des versements de pensions), se sont également vues dénoncées par une association d'utilisateurs<sup>143</sup>.

Il est donc à prévoir une surreprésentation des difficultés sociales dans notre échantillon.

De même, en raison de la fermeture des frontières, cette période a impliqué une diminution franche du nombre de primo-arrivants en Europe<sup>144</sup>.

Les personnes déjà suivies par la SPADA étaient également limitées dans leurs déplacements. Constat rapporté par le sous-directeur de la SPADA, qui nous a décrit une fréquence d'enregistrement de primo arrivants très faible, à la fin du confinement.

Concernant l'épidémie de la COVID-19 en elle-même, nous n'avons reçu aucune personne atteinte de cette maladie. Nous pensons que l'isolement de cette population ne favorisait pas les contacts interpersonnels avec la population française, limitant donc les cas de contamination. Il est également probable que la faible accessibilité aux soins antérieurement évoquée dans notre thèse n'ait pas permis le diagnostic.

Les rapports de réfugiés-Cosi déclarent qu'il est également à prévoir une augmentation des déplacements de population en lien avec les difficultés de prise en charge dans de nombreux pays<sup>145</sup>.

## 7. Conclusion générale de l'étude et perspectives

Il est largement admis que la population des demandeurs d'asile est une population vulnérable, dont l'état de santé est fragilisé par leurs parcours depuis le pays de départ, origine de nombreux traumatismes, jusqu'à l'arrivée en France où ils font face à une grande précarité. L'accueil des personnes en situation de demande d'asile, et le respect de leurs droits, ne font donc pas seulement appel aux compétences techniques et juridiques mais aussi aux qualités humaines d'empathie, de considération et de respect.

Paradoxalement il existe peu de recherche ayant porté sur la santé de cette population et il n'a pas été mis en place de surveillance épidémiologique des problèmes de santé des demandeurs d'asiles à ce jour, ni à Marseille, ni en France.

En raison de l'enjeu majeur de santé publique qu'il représente actuellement, les recherches concernant la santé de cette population devraient susciter de l'intérêt.

Le travail ici présenté avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'un protocole grâce à l'approche novatrice de l'"aller vers", qui est, pour nous, un pilier de la pratique médicale. Ce protocole vise à faire un état des lieux de la santé globale actuelle des demandeurs d'asile à Marseille,.

Pendant plus de deux années, nous avons travaillé sur la santé globale de ces personnes et sur les déterminants pouvant influencer leur santé mentale ou somatique. Ce travail consistait à réaliser une solide analyse de la littérature, un travail exploratoire de terrain, la création d'un questionnaire avec une sélection précise d'échelles, explorant les dimensions de la santé, adaptées aux demandeurs d'asiles. Nous avons fait passer des entretiens et avons écouté les expériences de notre population cible, au sein d'un des lieux de passage obligatoire du parcours de demande d'asile : la SPADA.

Notre étude pilote montre qu'il est possible d'organiser un dépistage des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques pour les demandeurs d'asile, en allant à la rencontre directe des personnes concernées.

La faisabilité médico-technique est largement prouvée par d'excellents résultats concernant l'adhésion des participants aux tests, et l'acceptabilité des entretiens.

Cette adhésion est en grande partie expliquée par la demande d'accès aux soins des demandeurs d'asile.

Nos premiers résultats tendent à montrer que les demandeurs d'asile présentent un état de santé psychique dégradé, un bon état de santé somatique déclaratif mais des comorbidités somatiques non connues à explorer par un bilan sanguin.

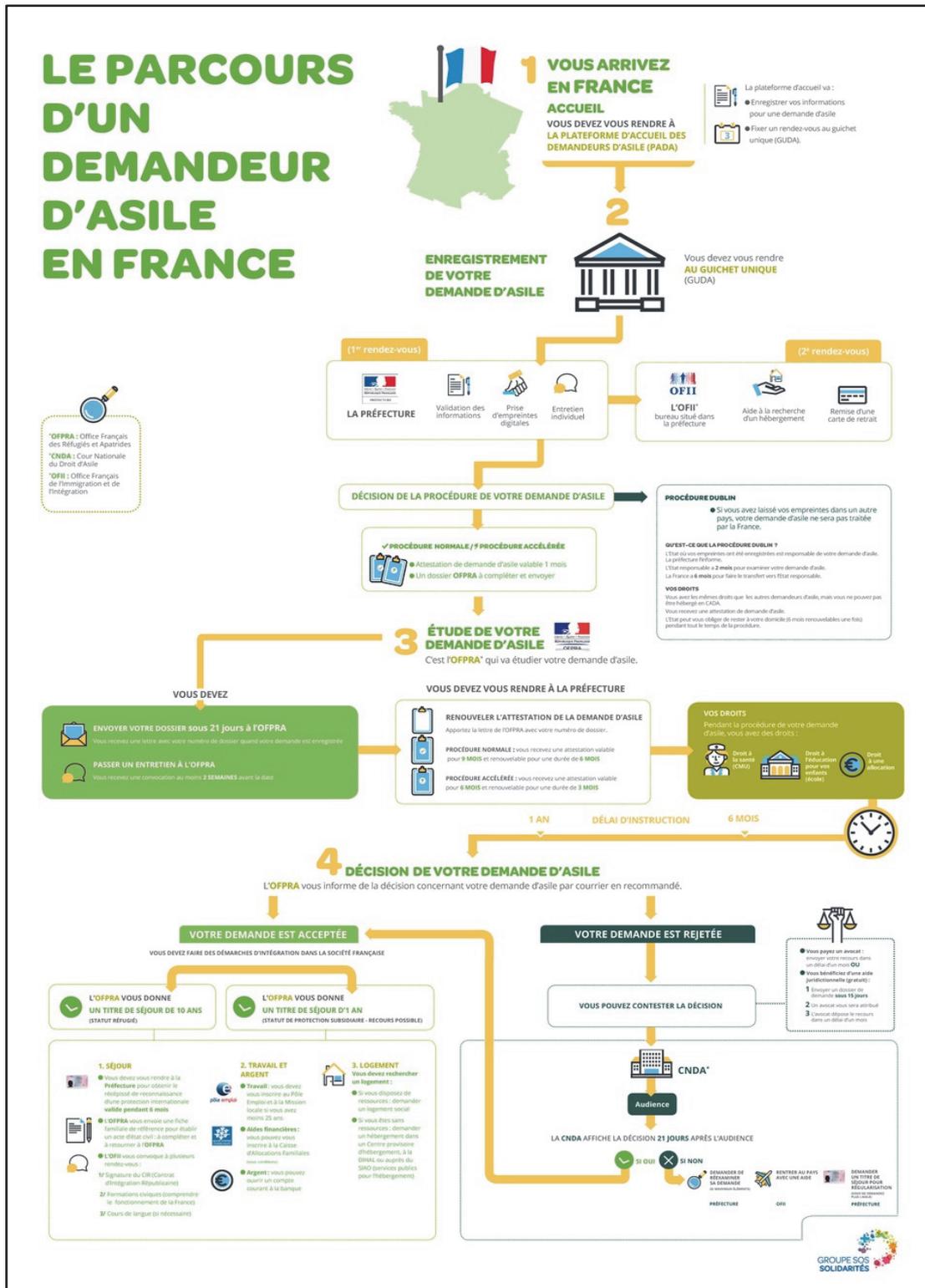
Il semble donc indispensable d'apporter des réponses à cette demande de soins, notamment par un dépistage ciblé des pathologies psychiatriques, des comorbidités somatiques, mais aussi par la réalisation d'un bilan sanguin, s'avérant primordial au vu de nos premiers résultats, bien que notre faible effectif force l'humilité.

Nous attendons avec impatience l'aboutissement de l'étude PREMENTADA, qui développera ces hypothèses sur un échantillon de grande envergure.

La finalité du projet sera d'améliorer la prise en charge médicale des personnes en demande d'asile, grâce à l'optimisation de l'accueil sanitaire. Cet accueil passerait par le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoce des souffrances psychologiques et des comorbidités somatiques des demandeurs d'asile.

# 8. Annexes

## 8.1. Annexe 1 : Le parcours du demandeur d'asile en France



Source: Groupe SOS Solidarités

Cette figure dispensée par le groupe SOS Solidarités aux demandeurs d'asile primo-arrivants, résume le parcours des demandeurs d'asile décrits dans les paragraphes annexés.

## 8.2. Annexe 2 : Structures intervenantes dans le parcours d'obtention du droit d'asile en France

Nous décrivons dans cette annexe la procédure par laquelle un demandeur d'asile doit passer afin d'obtenir l'asile.

### ◆ Structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA)

#### ▪ Associations chargées du pré accueil

En France, pour les demandeurs d'asile, le parcours administratif débute à la PADA (Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile). Cette dernière est gérée par des associations qui s'occupent du pré-accueil des demandeurs d'asile. Leur objectif est de faciliter la procédure de demande d'asile lors de l'arrivée en France des demandeurs.

Le pré enregistrement à la SPADA devient obligatoire le 2 novembre 2015.

Par ailleurs, depuis le premier janvier 2019 (en application de la loi du 10 septembre 2018), l'étranger doit, dans le cadre d'une demande d'asile, être réorienté vers une SPADA s'il se présente à l'OFII, à des services de police, de gendarmerie ou de l'administration pénitentiaire <sup>4</sup>.

Lors de cet enregistrement, la SPADA doit en premier lieu remettre une information sur le déroulement des différents types de procédures de demande d'asile.

Il lui faut ensuite renseigner un formulaire électronique d'enregistrement de la demande d'asile, lequel comprend l'identité du demandeur d'asile, la composition de sa famille mais aussi tous les documents d'identité ou de voyage dont il dispose. La structure est aussi chargée de prendre des photographies d'identité.

Après quoi, le rôle de la SPADA consiste à poser un rendez-vous au plus tard 3 jours après le pré enregistrement (10 jours en cas de forte affluence) au Guichet Unique (GUDA).

L'association remet une convocation au demandeur d'asile avec le lieu, le jour et l'heure du rendez-vous au GUDA <sup>146</sup>.

Enfin l'ensemble du dossier est transmis au Guichet Unique par voie dématérialisée.

#### ▪ Rôle des associations après le passage au GUDA

La SPADA accompagne le demandeur d'asile qui n'a pas été pris en charge par l'OFII. Elle l'aide à faire valoir ses droits de demandeur d'asile en termes de conditions d'accueil. Cette aide concerne <sup>146</sup> :

- La domiciliation ;
- L'accompagnement vers des structures d'hébergement dans des Centres d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) ou bien l'orientation, pour les demandeurs d'asile non hébergés, vers le dispositif national d'accueil proposant des solutions alternatives d'hébergement ;
- La délivrance des aides d'urgence ;
- La constitution du dossier auprès de l'OFPPRA ;
- L'intervention dans les démarches juridiques à la CNDA et au Conseil d'État ;
- L'accompagnement dans toutes les autres démarches administratives et sociales <sup>147</sup>.

## ◆ Guichet Unique pour Demandeur d'Asile (GUDA)

### ▪ Structure

Le Guichet Unique pour demandeur d'asile s'occupe de l'enregistrement de la demande d'asile. Le GUDA est composé des services de police de la préfecture et des services de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) <sup>146</sup>.

Il existe deux préfectures se répartissant l'enregistrement des personnes en demande d'asile dans le département des Bouches-du-Rhône ; l'une se trouve à Marseille et l'autre à Nice.

### ▪ Préfecture

Dans un premier temps, le bureau de la préfecture est en charge de valider l'ensemble des informations transmises par l'organisme de pré-accueil (SPADA) au Guichet Unique.

Le rôle de la préfecture est de vérifier, via les fichiers des services de police si le demandeur a déjà procédé à des démarches pour obtenir un titre de séjour ou s'il a fait l'objet d'une mesure d'éloignement. Les agents de la préfecture utilisent l'AGDREF <sup>14</sup> (Application de Gestion des Dossiers des Ressortissants Étrangers en France) et/ou les fichiers OFPRA.

C'est en préfecture que les empreintes digitales des dix doigts du demandeur d'asile sont relevées pour le fichier « Eurodac » <sup>148</sup> (un système automatisé de reconnaissance d'empreintes digitales Européen) afin de vérifier si le demandeur a pénétré un autre État membre de l'espace Dublin III avant de rejoindre la France.

Enfin, le récit du demandeur d'asile, depuis son pays d'origine jusqu'en France, est retranscrit lors d'un entretien individuel en vue de déterminer le pays responsable de l'examen de la demande d'asile. Depuis la loi asile et immigration du 10 septembre 2018, le demandeur doit choisir la langue dans laquelle il préfère être entendu parmi une liste de langues proposées par la préfecture. Ce choix est opposable pendant toute la durée de l'examen de sa demande (recours auprès de la CNDA compris).

A l'issue de cette étape, l'agent de la préfecture détermine la procédure applicable à l'examen de la demande d'asile puis remet le formulaire de demande d'asile. Entre la procédure normale et la procédure accélérée seuls les délais d'examen de la procédure diffèrent puisque les garanties offertes par les deux procédures sont identiques.

Une fois que le demandeur est en possession du formulaire, il dispose d'un délai de 21 jours pour le remettre, signé et sous pli fermé, à l'OFPRA. Le dossier doit comprendre le formulaire de demande d'asile dans la langue choisie lors de l'enregistrement, un récit expliquant les craintes ayant motivé le départ du pays ou motivant un éventuel retour vers ce pays, deux photos d'identités, les originaux des documents d'état civil, la photocopie de l'attestation de demandeur d'asile et enfin la notice délivrée au GUDA indiquant les motifs de placement en procédure accélérée si définie comme telle. Il est par ailleurs recommandé au demandeur de préciser sa situation personnelle et familiale. Le demandeur peut joindre tous les documents qu'il jugera utiles à l'instruction de la demande, notamment des certificats médicaux constatant les sévices subis.

Après l'enregistrement en procédure accélérée ou classique, le DA reçoit du préfet une attestation de demande d'asile d'une durée d'un mois, aussi appelée Autorisation Provisoire de Séjour (APS).

Pendant la procédure de demande d'asile, la durée du droit de séjour est d'un mois après accusé de réception de la demande d'asile par l'OFPRA. L'autorisation temporaire de séjour est ensuite renouvelable auprès du préfet du département où le demandeur réside. Ce renouvellement est de 9 mois en procédure classique, de 6 mois en procédure accélérée et de 4 mois en procédure Dublin <sup>149</sup> .

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

Dans un second temps, les services de l'OFII évaluent lors d'un entretien individuel et à l'aide d'un questionnaire standardisé, la vulnérabilité objective du demandeur d'asile, dans le but d'apporter le nécessaire en matière d'accueil.

À l'issue de cet entretien individuel confidentiel, L'OFII propose une prise en charge adaptée et spécifique à chaque demandeur d'asile. Libre à chaque personne d'accepter ou non cette proposition de prise en charge.

L'OFII propose un hébergement dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ou un centre d'hébergement d'urgence, une allocation mensuelle dite Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA), un accompagnement dans les démarches administratives et sociales (notamment pour constituer le dossier de DA pour l'OFPRA) mais aussi une aide à l'accès aux droits sociaux <sup>150</sup> .

En cas de situation médicale nécessitant des soins, l'agent de l'OFII transmet le dossier médical du DA au médecin de l'OFII qui s'occupe de l'orientation auprès des structures de soins et conditions d'accueil adaptées à l'état de santé du DA <sup>151</sup> .

### ◆ OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

*Toute la procédure de passage à l'OFPRA est décrite dans une figure en annexe 6.*

#### ▪ Structure

Suite à la procédure d'enregistrement, le demandeur introduit sa demande à l'OFPRA <sup>152</sup> (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides). L'OFPRA est un établissement public administratif créé par la loi du 25 juillet 1952. Il est en charge de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951<sup>7</sup> relative au statut des réfugiés, puis de la Convention de New York de 1954 <sup>153</sup> . L'OFPRA statue en toute indépendance sur les demandes d'asile et d'apatrides qui lui sont soumises.

En procédure classique, l'OFPRA n'est pas contrainte par un délai pour faire connaître sa décision. En procédure accélérée, les délais d'examen par l'OFPRA sont d'une quinzaine de jours.

L'OFPPRA peut donner le statut de réfugié à un demandeur d'asile ou lui faire bénéficier de la protection subsidiaire, après étude des demandes d'asiles faites par le biais des questionnaires remis par le GUDA.

#### ▪ Irrecevabilité de la demande

Une demande d'asile peut être directement jugée irrecevable par l'OFPPRA <sup>154 155</sup> dans les cas suivants:

- Entretien impossible pour des raisons médicales ;
- Nationalité du demandeur que l'OFPPRA considère ne plus présenter de risques de persécution ;
- Les éléments présents dans le dossier sont manifestement infondés : le demandeur bénéficie d'une protection effective au titre de l'asile dans un État membre de l'Union européenne, du statut de réfugié et d'une protection effective dans un État tiers à laquelle il est effectivement ré admissible, ou encore sa deuxième demande ne satisfait pas davantage que la première aux conditions de l'OFPPRA.

#### ▪ Entretien individuel

Hormis ces cas, tous les autres demandeurs sont convoqués pour un entretien individuel et confidentiel par un officier de l'OFPPRA <sup>156</sup> qui apprécie le bien fondé des allégations du demandeur. Les demandeurs doivent obligatoirement se présenter à l'entretien. En cas d'empêchement, les demandeurs sont tenus de prévenir l'OFPPRA car l'officier peut statuer sur sa demande sans avoir été reçu en entretien individuel.

Lors de cet entretien, la personne doit présenter les motifs de sa demande d'asile dans la langue de son choix (interprétariat assuré par L'OFPPRA) et peut se faire accompagner par un conseiller comme un avocat ou un représentant d'une association (SPADA) habilitée par l'OFPPRA. Ce tiers aura la possibilité d'émettre des observations à la fin de l'entretien. L'entretien se déroule dans un bureau individuel pour assurer la discrétion des faits évoqués. L'enregistrement sonore de l'entretien est obligatoire après que l'officier ait précisé les modalités de cet enregistrement.

Le demandeur doit présenter tous les éléments nécessaires pour étayer sa demande d'asile, à savoir tout document concernant son âge, son histoire personnelle, les informations sur sa famille, son identité, sa nationalité, ses titres de voyage, les pays et lieux de résidences antérieures, les demandes d'asile précédentes, son itinéraire ainsi que les raisons justifiant sa demande.

Le CESEDA <sup>10</sup> (code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) prévoit que l'OFPPRA peut exiger des demandeurs qu'ils se soumettent à un examen médical. Les certificats médicaux issus de cet examen seront pris en compte dans le dossier avec les autres éléments de la demande.

Le refus par les demandeurs de se soumettre à cet examen médical n'est pas un obstacle à ce que l'OFPPRA statue sur la demande et l'officier doit obligatoirement le préciser aux demandeurs.

L'OFPPRA clôture l'examen d'une demande si aucune demande auprès de l'OFPPRA n'a été faite dans un délai de vingt et un jours après le passage au GUDA; si le demandeur fait obstacle à la procédure en refusant de transmettre des informations essentielles à l'examen; ou enfin si le demandeur ne peut pas être contacté car il n'a pas informé l'OFPPRA de son lieu de résidence ni communiqué son adresse.

- **Décision favorable**

À l'issue de l'entretien, l'OFPPRA rend sa décision qui fait l'objet d'un rapport écrit détaillé puis envoyé par procédé électronique (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 suite à la loi du 10 septembre 2018).

Si la demande d'asile aboutit favorablement, le demandeur d'asile devient une personne protégée sur le sol français et l'OFPPRA accorde divers types de protection, qui ne diffèrent que par la durée du titre de séjour.

- **Rejet de la demande par l'OFPPRA**

Si l'OFPPRA ne considère pas la demande comme recevable <sup>157</sup>, le demandeur d'asile peut contester la décision de l'OFPPRA auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) dans un délai d'un mois maximum.

La préfecture délivre alors au demandeur d'asile un formulaire de demande de réexamen et à partir de ce moment le demandeur dispose d'un délai de 8 jours pour envoyer la demande à l'OFPPRA. Si cette demande n'est pas complète, le demandeur dispose de 4 jours supplémentaires. Le demandeur doit alors présenter de nouveaux éléments, éléments devant être soit postérieurs à la décision, soit antérieurs à celle-ci mais n'ayant été connus qu'après la décision.

Si les faits nouveaux permettent de prouver les craintes de persécution du demandeur d'asile et que l'OFPPRA juge la demande recevable, il convoque dans un délai de 15 jours le demandeur d'asile et communique sa décision de reconnaître le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire.

En cas de rejet par l'OFPPRA de la demande de réexamen <sup>158</sup>, le demandeur d'asile peut faire un recours devant le Conseil d'État, dans les mêmes conditions que le recours auprès de la CNDA.

## ◆ **CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile**

- **Structure**

La CNDA est une juridiction administrative spécialisée statuant sur les recours formés contre les décisions de l'OFPPRA. Le juge de l'asile peut annuler la décision prise par l'OFPPRA mais aussi lui substituer sa propre décision, en se prononçant sur le droit du demandeur à obtenir la qualité de réfugié ou à bénéficier de la protection subsidiaire.

- **Procédure de recours devant la CNDA**

En cas de décision négative de l'OFPPRA, le demandeur d'asile devient un débouté et des mesures d'éloignement sont enclenchées invitant le migrant au départ volontaire. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, en cas de rejet de la demande d'asile, l'OFPPRA communique au préfet compétent les documents d'état civil ou de voyage permettant d'établir la nationalité de la personne.

En application du CESEDA, Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile <sup>10</sup>, toute décision prise par l'OFPPRA peut faire l'objet d'un recours gratuit devant

la CNDA <sup>159</sup>, dans un délai d'un mois après la décision de rejet de l'OFPPRA. Au-delà d'un mois le recours est considéré comme irrecevable. Le recours doit être motivé et expliquer les circonstances et raisons pour lesquelles la décision de l'OFPPRA est contestée <sup>160</sup>. Dès la réception du recours, le demandeur obtient un récépissé valable trois mois. Il est renouvelé tant que la CNDA n'a pas rendu de décision sur le recours.

Le requérant est convoqué devant une formation de trois juges : un Président, un assesseur du haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et un assesseur administratif, dit « assesseur OFPPRA ». Le requérant ne s'exprimant pas en français bénéficie de la présence d'un interprète qui est mis gratuitement à sa disposition par la CNDA.

Plusieurs décisions sont possibles :

- Annulation de la décision de rejet de l'OFPPRA et reconnaissance de la qualité de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire.
- Confirmation de la décision de rejet de l'OFPPRA. Il est alors possible pour le demandeur de faire appel auprès du Conseil d'État dans un délais de deux mois <sup>161</sup>
- Renvoi de la demande vers l'OFPPRA lorsque la CNDA estime que le demandeur a été dans l'impossibilité de se faire comprendre lors de l'entretien et que ce défaut d'interprétariat est imputable à l'OFPPRA (Loi asile et immigration du 10 septembre 2018).

### ◆ Conseil d'État

La décision de la CNDA peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'État. Seules la procédure et les règles de droit sont vérifiées par le conseil d'État : la demande d'asile n'est pas ré-examinée <sup>162</sup>. Devant le Conseil d'État, l'assistance d'un avocat spécialiste est obligatoire. La procédure étant longue, coûteuse et non suspensive, elle ne concerne que certaines situations.

### ◆ OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

À partir du refus définitif de l'OFPPRA ou après un recours auprès de la CNDA, le DA doit quitter le territoire français. Il reçoit alors la dite Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) <sup>163,164</sup>. L'étranger peut être protégé de l'OQTF en raison de liens familiaux (marié depuis plus de 3 ans avec une personne française, parent d'enfant Français mineur résident en France), de son âge (les mineurs ne font pas personnellement l'objet de l'OQTF), ou encore de son état de santé en l'absence d'un traitement approprié dans son pays. C'est une mesure d'éloignement qui oblige le DA à quitter lui-même le territoire français dans un délai de 30 jours. Le délai de 30 jours est supprimé lorsqu'il y a obligation de quitter immédiatement le territoire français en cas de menace pour l'ordre public, de fraude ou de risque de fuite.

L'OFII propose un dispositif d'aide au retour et à la réinsertion, lequel comprend une aide administrative et matérielle ainsi qu'une prise en charge des frais de transport et une proposition d'aide à la réinsertion sociale et/ou économique à l'arrivée dans le pays d'origine.

Ainsi, les personnes désignées comme «sans papiers», en «situation illégale», «déboutées» ou «clandestines» sont celles qui n'ont pas fait de démarches de demande d'asile ou celles dont la demande a été rejetée et dont la résidence sur le sol français n'a donc plus de légitimité juridique.

## ◆ Structures associatives intervenant dans le droit d'asile à Marseille

Les structures associatives sont en prise directe avec l'individu dont la santé nous intéresse de manière prioritaire, le système d'asile français s'appuyant sur des partenaires associatifs.

Ces associations ont en charge la gestion des CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) et des PADA (Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile). À l'instar d'autres organisations non gouvernementales actives dans le domaine de l'asile, certaines d'entre elles jouent un rôle de premier ordre et interpellent régulièrement le Ministère sur les questions de mise en œuvre du droit d'asile.

À Marseille, plusieurs associations œuvrent en ce sens. Sans avoir l'intention d'en dresser une liste exhaustive, il nous semble souhaitable de présenter certaines d'entre elles, choisies en raison de leur rôle central et varié dans la prise en charge médico-sociale des demandeurs d'asile à Marseille :

### ▪ L'association *Forum réfugiés*

*Forum réfugiés-Cosi*<sup>147</sup> est une association sans but lucratif œuvrant pour l'accueil des réfugiés, la défense du droit d'asile et la promotion de l'État de droit.

Elle est issue de la fusion, en mai 2012, des associations *Forum réfugiés* et *Cosi-promouvoir et défendre les droits*.

À Marseille, cette association est responsable du premier accueil des demandeurs d'asile via les plateformes d'accueil pour demandeurs d'asile (PADA), qui assurent plusieurs prestations distinctes.

Tous ces services sont assurés gratuitement

### ▪ Le CADA: exemple de SARA LOGISOL

La mission de ce Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) s'articule essentiellement autour de quatre axes majeurs <sup>165</sup>:

- L'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile avec prise en charge des frais de logement, d'alimentation, de dépôt de la demande d'asile et de scolarisation des enfants. Ce CADA verse une Allocation Sociale Globale (ASG) dont le montant dépend de la composition familiale et du mode de restauration du centre (individuel ou collectif). La durée du séjour est limitée à celle de la procédure devant l'OFPPRA et, le cas échéant, devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

- L’accompagnement administratif, social et médical : démarches à la Préfecture pour le titre de séjour, information sur la procédure d’asile, constitution du dossier de demande d’asile, préparation

aux auditions devant l’Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), établissement des dossiers de sécurité sociale et d’allocations d’insertion, ouverture de compte bancaire, obtention de titres de transport, soutien médico-psychologique, réalisation des examens de santé obligatoires.

La scolarisation des enfants et le soutien à l’apprentissage du Français pour les adultes, ainsi que l’aide à la découverte du nouvel environnement social, institutionnel et culturel de la personne.

La gestion de la sortie du centre : le CADA doit veiller au respect du délai de sortie qui est d’un mois à compter de la réception de la réponse sur la demande d’asile. La sortie du CADA étant un moment difficile après un séjour prolongé, une préparation à la sortie du centre est effectuée tout au long du séjour.

Les demandeurs d’asile en cours de procédure de demande d’asile peuvent être hébergés durant toute la durée d’instruction de leur dossier et jusqu’à la décision définitive.

Pour bénéficier de cet hébergement, il faut être titulaire de l’Autorisation Provisoire de Séjour (APS) d’un mois, ou encore du récépissé de 3 mois accordé au titre de la demande d’asile.

#### ▪ Accès aux droits de santé : le COMEDE

Créé en 1979, le Comité pour la santé des exilés (Comede)<sup>166</sup> s’est donné pour vocation d’agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits.

Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l’action sociale.

En particulier, les objectifs de cette association s’inscrivent dans ces quelques directions :

- Assurer des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique aux exilés.
- Faciliter leur accès aux soins, à la prévention et aux droits de santé
- Privilégier tout ce qui peut favoriser leur prise d’autonomie et leur meilleure insertion
- Contribuer à la connaissance et à la réflexion sur leur situation médicale, psychologique, sociale et juridique ; participer à toute action permettant de l’améliorer
- Informer et témoigner de cette situation, dans les limites du secret professionnel

### 8.3. Annexe 3 : Différentes formes de protection

Au terme de la demande d'asile, plusieurs types de protection peuvent être obtenues.

#### ● Statut de réfugié

Ce statut peut être obtenu dans trois situations<sup>11</sup> :

- En cas de persécution telle que définie par la Convention de Genève antérieurement citée sur ce point (voir 4.1.4), c'est-à-dire en raison d'une appartenance à un groupe ethnique, religieux, social ou politique.
- En application du préambule de la Constitution, « à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ».
- À toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) exerce son mandat.

#### ● Protection subsidiaire

Elle est octroyée aux personnes demandant l'asile en raison de menaces graves contre leur vie et leur personne, et qui ne répondent pas aux critères du statut de réfugié. Le titre de séjour est temporaire et d'une durée d'un an, renouvelable ensuite pour une durée de deux ans<sup>12</sup>.

#### ● Statut d'apatride

D'après la Convention de New York du 28 septembre 1954, ce statut d'apatride concerne les personnes qu'« aucun État ne considère comme son ressortissant ». La demande doit être faite depuis le pays d'origine car l'apatride ne bénéficie pas d'un droit au maintien sur le territoire pendant le traitement de sa demande par l'OFPRA et peut donc relever d'une mesure d'éloignement. En cas de réponse positive, le titre de séjour délivré est d'un an renouvelable, puis le DA peut prétendre à une carte de résident après 3 années de résidence régulière<sup>13</sup>.

Grâce à ces différents statuts, l'OFPRA s'assure du respect des droits fondamentaux que le droit national, européen et international garantissent au DA. Ce dernier a alors accès au marché du travail sur le territoire français et peut solliciter une réunification familiale.

## 8.4. Annexe 4 : Différentes procédures

### ▪ Procédure normale et accélérée

La seule différence entre la procédure normale et la procédure accélérée (ou prioritaire) réside dans les délais de prise en charge du dossier par L'OFPPRA. En procédure normale l'OFPPRA n'est pas contrainte par un délai pour faire connaître sa décision (en moyenne le délai est de 6 mois). En procédure accélérée, les délais d'examen par l'OFPPRA sont d'une quinzaine de jours.

Quelques cas précis justifient que la procédure soit automatiquement placée en accélérée à partir du Guichet Unique :

- Le pays d'origine du DA est considéré comme « pays d'origine sûr »<sup>167</sup>. Cette notion a été introduite par la loi du 10 décembre 2003 relative au droit d'asile (article L.714-4 2° du CESEDA). Un pays est considéré comme sûr "s'il veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie, de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales » ;
- La première demande d'asile a été définitivement rejetée et le demandeur exige son réexamen ;
- Le demandeur d'asile refuse que ses empreintes soient relevées ;
- La demande est considérée comme reposant sur une fraude délibérée et constitue un recours abusif aux procédures (fausses informations transmises aux autorités, plusieurs demandes présentées sous différentes identités, demande faite après 90 jours sur le sol français (loi du 10 septembre 2018) ou enfin si la présence du demandeur constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'état.

### ▪ Cas particulier de la “procédure Dublin”

Il est possible que les demandeurs d'asiles déposent pendant leur parcours plusieurs demandes d'asile, dans différents états européens.

Dans ce cas de figure et afin d'éviter l'instruction de la même demande dans différents États, la convention dite DUBLIN, avec ses deux règlements appelés DUBLIN II et DUBLIN III (adoptés par les états membres de l'UE), a pour but de déterminer quel État sera responsable d'une demande d'asile.

L'État est responsable de la demande d'asile à partir du moment où il a pris la plus grande part dans l'examen de la demande d'asile (titre de séjour, visa, demande d'asile).

La procédure Dublin est appliquée quand la préfecture s'aperçoit que le demandeur a déjà été enregistré dans un autre pays de l'espace Schengen, grâce notamment au système EURODAC et son prélèvement d'empreintes digitales.

L'état membre de l'Union Européenne responsable de l'examen de la demande d'asile doit être désigné dans un délai de trois mois, puis ce même état a un délai de deux mois pour statuer sur sa responsabilité concernant la demande d'asile, faute de quoi il accepte la requête<sup>168 169</sup>.

Une fois en procédure DUBLIN, le demandeur doit se présenter à des convocations régulières en préfecture jusqu'à la décision de transfert vers l'état membre responsable de sa demande d'asile. En application de l'article L 742-2 du CESEDA, l'administration peut décider d'assigner le demandeur d'asile à résidence durant 6 mois, une fois renouvelable.

Puis le demandeur est notifié d'un arrêté de transfert précisant les délais et modalités : date et lieu, par ses propres moyens avec délivrance d'un laissez-passer, sur convocation à un poste de police chargé de vérifier son départ (on parle de départ contrôlé), ou bien encore sous escorte organisée par l'administration.

## 8.5. Annexe 5 : Droits sociaux des demandeurs d’asile

Pendant l’instruction de leur demande, les demandeurs d’asile bénéficient d’un certain nombre de droits en France. Ces droits sont aussi applicables à sa famille <sup>170</sup>. Il est toutefois à noter que certains demandeurs d’asile en procédure accélérée ou en procédure Dublin ne bénéficient pas de ces droits.

- **Droit au maintien sur le territoire** : le demandeur d’asile dont la demande est en cours d’instruction bénéficie du droit à rester sur le territoire.
- **Aide financière** : Dénommée Allocation pour Demandeur d’Asile (ADA), cette aide est versée aux demandeurs d’asile par l’Office Français de l’Immigration et de l’Intégration (OFII). Son montant varie selon la composition familiale et le mode d’hébergement. Elle n’est pas versée aux demandeurs d’asile qui refusent un hébergement proposé par l’OFII.
- **Accès aux soins** : Le demandeur d’asile en cours de procédure a accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU), ainsi qu’à une mutuelle (CMU-c) dès lors que ses revenus s’élèvent à moins de 725 euros. Ce droit a changé depuis la loi de janvier 2020, conditionnant ce droit à un séjour en France de plus de 3 mois.
- **Hébergement** : il existe 50 000 places d’hébergement dédiées aux demandeurs d’asile, soit en CADA, soit en structure d’hébergement d’urgence. Elles sont réparties sur l’ensemble du territoire français. Les dispositifs d’hébergement d’urgence sont divers : appartements, centres collectifs ou chambres d’hôtel. Tous ces lieux sont accessibles uniquement aux demandeurs d’asile et à leur famille directe. Ils sont le plus souvent gérés par des associations. Il est à noter qu’au vu du nombre de demandeurs d’asile (123 635 en 2018), le nombre de places d’hébergement ne permet pas à chaque personne d’être hébergée.
- **Accès à la scolarité** : en France, la scolarité étant obligatoire de 6 à 16 ans, les enfants des demandeurs d’asile ont accès à la scolarité avec un accompagnement adapté permettant l’apprentissage renforcé du français (classes UPE2A: classe pour étudiants étrangers allophones).

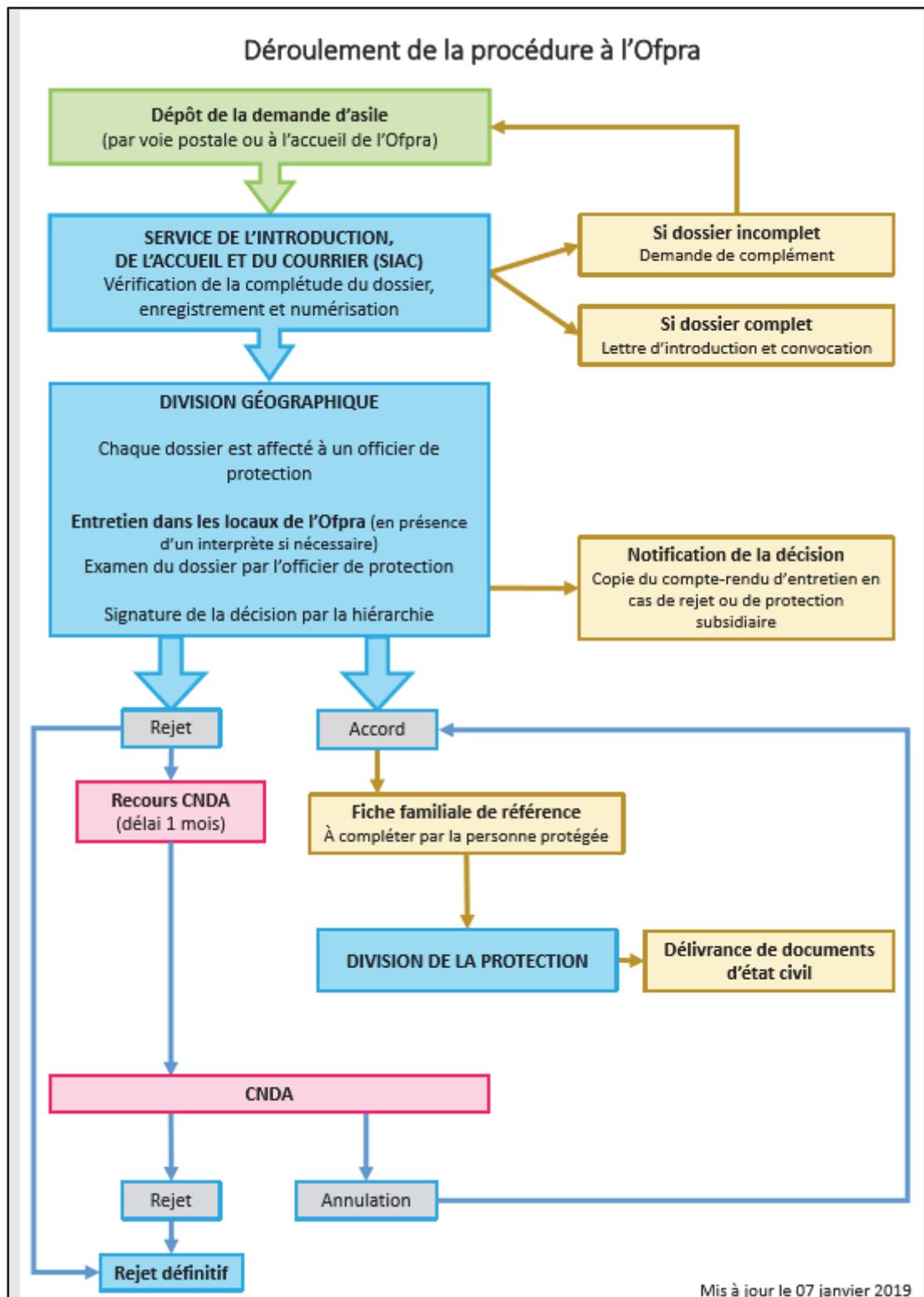
### ▪ Cas particuliers

Dans certaines situations, le demandeur d’asile ne bénéficie pas de ces droits, ce qui impacte fortement sa qualité de vie et par conséquent son état de santé global. Ces situations correspondent aux cas dans lesquels :

- Le demandeur est originaire d’un pays considéré comme “sûr”
- La présence en France du demandeur représente « une menace grave pour l’ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l’État » (La loi asile et immigration du 10 septembre 2018)
- Le demandeur fait l’objet d’une assignation à résidence ou d’un placement en centre de rétention en raison d’une mesure d’expulsion, d’une interdiction de territoire français ou d’une interdiction administrative du territoire français
- La demande d’asile a fait l’objet d’une demande de rejet ou d’irrecevabilité.

Aussi et surtout, il convient de souligner que les demandeurs en procédures “Dublin” n’ont pas accès aux droit sociaux.

## 8.6. Annexe 6 : Déroulement de la procédure à l'OFPPRA



Source: Ministère de l'intérieur

Cette figure, proposée sur le site internet de l'OFPPRA, résume le parcours des demandeurs d'asile.

## 8.7. Annexe 7 : Définitions des troubles anxieux

Les définitions ci-dessous sont extraites des deux classifications disponibles

DSM IV	CIM 10
<b>Trouble anxieux généralisé</b>	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
<b>Trouble panique</b>	
Elle associe les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• attaques de panique récurrentes et inattendues ;</li> <li>• au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique,</li> <li>▸ préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »),</li> <li>▸ changement de comportement important en relation avec les attaques.</li> </ul> </li> </ul>	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
<b>Trouble anxiété sociale</b>	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.	Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
<b>Phobie simple ou spécifique</b>	
Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc.	Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

DSM IV	CIM 10
<b>Trouble obsessionnel compulsif</b>	
<p>Existence soit d'obsessions soit de compulsions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● obsessions définies par : des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ;</li> <li>● compulsions définies par : des comportements répétitifs (par exemple laver ses mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.</li> </ul>	<p>Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents.</p> <p>Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée.</p> <p>Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.</p>
<b>État de stress post-traumatique</b>	
<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;</li> <li>● la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.</li> </ul> <p>NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.</p>	<p>Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.</p>

## 8.8. Annexe 8 : Lettre d'information

Version n°1 du 16 juillet 2019

### **Notice d'information**

#### **« Etude sur la santé globale des personnes en situation de demande d'asile »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, **TINLAND, Aurélie**, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **Etude sur la santé globale des personnes en situation de demande d'asile** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

#### **Objectif de la recherche**

Nous sommes, Quentin Ecosse et Sarah Dempuré, deux internes en médecine générale et en psychiatrie. Nous souhaiterions, dans le cadre de notre thèse de doctorat en médecine dirigée par Dr Tinland du laboratoire de santé publique de l'université Aix-Marseille, pouvoir recueillir des informations concernant votre état de santé et votre qualité de vie, par le biais de deux questionnaires. En effet, il apparaît intéressant de connaître votre état de santé pour améliorer les parcours de soins des personnes demandeuses d'asile.

#### **Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?**

La méthode d'évaluation employée est constituée de deux questionnaires évaluant la santé physique, mentale et la qualité de vie qui vous seront soumis dans votre langue maternelle via un traducteur téléphonique. Ainsi qu'un éventuel adressage à la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) pour un bilan sanguin et un examen somatique bref par les équipes de la PASS.

Les questionnaires que nous vous proposons durent environ 45min et le bilan sanguin/ examen somatique environ 15min.

Nous serons présents lors des questionnaires pour vous accompagner, et, si besoin, reformuler ou expliquer certaines questions, ou le remplir avec vous.

Nous vous demandons de les remplir le mieux possible. Vous êtes libres de ne pas répondre à toutes les questions, mais l'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possibles. Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont à vos analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires rendant impossible l'identification d'une personne. Vous pouvez décider de ne pas répondre à certaine question, interrompre le questionnaire dès lors que vous le souhaitez. Les informations seront confidentielles et anonymisées.

### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

Lors de la participation à cette étude, vous allez être soumis à un examen médical bref qui peut durer environ 45 min.

Aucun désagrément n'est à signaler par ailleurs.

### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherche biomédicales) . Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr))

**L'investigateur principal de cette étude est Dr TINLAND Aurélie.**

**Cette étude est réalisée par le laboratoire de santé publique de la faculté de la Timone.**

1-Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès de

2-En cas de recherche biomédicale : Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé Publique.

## 8.9. Annexe 9 : Fiche de consentement

### Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

#### **« Etude sur la santé globale des personnes en situation de demande d'asile »**

TINLAND, Aurélie, Laboratoire santé Publique, faculté Timone, 27 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Etude sur la santé globale des personnes en situation de demande d'asile »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de TINLAND Aurélie.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Etude sur la santé globale des personnes en situation de demande d'asile ».

Paraphe

Version n°1 du 16 juillet 2019

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le  
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :  
*(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)*

Signature :

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M(me)....., la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom.

## 8.10. Annexe 10 : Document distribué à la SPADA

Ce document est distribué aux personnes sortantes de la PADA, lorsqu'elles ne sont ni francophones/ni anglophones, afin de les recruter pour participer à notre étude.

Ce document est disponible dans les langues suivantes : Allemand, Anglais, Arabe, Bambara, Espagnol, Italien, Portugais, Russe, Turque.

### **Français :**

Bonjour,

Nous sommes 2 médecins et nous réalisons une étude sur la santé des personnes en situation de demande d'asile.

Cette étude prend la forme d'un questionnaire anonyme et dure environ 25 min.

Elle peut se faire avec l'aide d'un interprète téléphonique si vous le souhaitez.

L'étude a lieu dans un endroit sécurisé et à l'abri des regards devant la station de métro "Bougainville".

Si vous pouvez nous aider, nous serions ravis de vous interroger.

Merci de votre aide,

DEMPURE Sarah et ECOSSE Quentin.

### **Allemand:**

Guten Tag,

wir sind 2 Medizin-studierende und wir führen eine Studie durch über die Gesundheit der Asyl-beantrager durch.

Diese anonyme Studie dauert ungefähr 25 minuten.

Falls Sie es möchten kann Ihnen auch einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden.

Diese anonyme Studie wird in einem privaten Lokal geführt an der Metro Station "Bougainville".

Wir würden uns sehr freuen falls Sie diese Studie beantworten konnten.

Vielen dank im Voraus.

### **Anglais:**

Hello,

We are two doctors and are conducting a study regarding asylum seekers health.

This study consists of an anonymous questionnaire and lasts for about 25 minutes.

It can be carried out with the help of a telephone language interpreter if you want it.

This study takes place in a secure and out of sight place in front of the metro station «

Bougainville».

If you can help us, we would be glad to question you.

Thank you for your help.

**Arabe:**

السلام عليكم

نحن طبيبان نقوم بدراسة حول الحالة الصحية للأشخاص في وضعية طلب اللجوء

هذه الدراسة على شكل استبيان مجهول الهوية مدته حوالي ٢٥ دقيقة.

يمكن إجراؤها بالإستعانة بمترجم عبر الهاتف إذا أردتم. و تتم في مكان آمن و بعيد عن الأنظار أمام المحطة "

« BOUGAINVILLE

إذا كان بإمكانكم مساعدتنا فسيسرنا إستجوابكم.

شكرا على المساعدة

**Bambara:**

Fichier Audio utilisé durant les inclusions.

**Espagnol:**

Buenos días,

Ambos somos médicos y estamos preparando un trabajo centrado en el estudio de la salud de las personas en situación de petición de asilo.

Ese trabajo se presenta bajo la forma de un cuestionario anónimo de unos 25 minutos.

Las personas que lo deseen podrán obtener la ayuda de un intérprete telefónico.

El estudio se realiza en un lugar seguro y protegido de las miradas, delante de la estación "Bougainville".

Si nos puedes ayudar, nos encantaría proponerte el cuestionario.

Gracias por tu ayuda,

**Italien:**

Buon giorno,

Siamo due dottori e stiamo facendo un lavoro sulla salute delle persone in situazione di domanda di asilo.

Questo lavoro ha la forma di un questionario anonimo di circa 25 minuti.

È possibile beneficiare del aiuto di un interprete telefonico.

Il questionario si fa in un posto sicuro e protetto dei sguardi, davanti alla stazione “Bougainville”.

Se ci puoi aiutare, sarà un piacere presentarti il questionario.

Grazie tante per l'aiuto,

**Portugais:**

Bom dia ,

Nos somos dois medicos e realizamos un estudo sobre a saoude das pessoas em posicao de pedido asilio .

Esto estudo ganha a forme de um gestonàrio anonimo que dura vinte cinco minutos.

Ele pode se fazer com ajuda de un intèrprete telefonico se desejar .

O estudo e em lugar seguro ao abrigo dos olhares ; em frente da estacào de metro « Bougainville »

Se você poder nos ajudar, teremos minto gosto em fazer perguntas.

Obrigado pela ajuda .

**Russe:**

Здравствуйте,

Нас зовут Квентин Экокс и Сара Дампюрэ, мы врачи, проводящие исследования состояния здоровья лиц, нуждающихся в политическом убежище.

Это исследование проводится в форме анонимного опроса, который занимает примерно 25 минут.

Во время опроса, если вы пожелаете, вы можете воспользоваться помощью телефонного переводчика.

Исследование проводится в специально отведённых местах: фургонах для консультаций, созданных для уважения врачебной тайны, а так же в убежище прямо напротив метро “Bougainville”.

Если вы можете нам помочь, мы будем рады вашему участию в опросе.

Спасибо за вашу отзывчивость.

**Turc :**

Merhaba,

Çeşitli nedenlerden dolayı sığınma ve refüj talep eden eden insanların sağlık durumu üzerinde araştırma yapan iki doktoruz.

Bu araştırmamız, 25 dakika süren anonim bir anket üzerinden yürütülmektedir.

Anketimizin, tercih ettiğiniz taktirde, bir görevli ile gerçekleştirilecek bir telefon konuşması aracılığıyla yapılması da mümkündür.

Araştırmalarımız, Bougainville metrosu karşısında güvenli, korunaklı, ve gözlerden uzak bir ortam da gerçekleştirilmektedir.

Yardımcı olabileceğiniz taktirde, sizinle görüşmeyi çok isteriz.

Yardıminız için teşekkür ederiz.

## 8.11. Annexe 11 : Autorisation de stationnement

 <p>VILLE DE <b>MARSEILLE</b> www.marseille.fr</p>	<p align="center"><b>DEMANDE D'AUTORISATION D'ACCÈS TEMPORAIRE A UNE ZONE PIÉTONNE</b></p>	<p align="center"><b>DIRECTION DE LA MOBILITÉ ET DU STATIONNEMENT</b> SERVICE GESTION DES ESPACES RÉGLEMENTÉS DIVISION RÉGULATION URBAINE 11, Rue des Convolescents - 13233 Marseille Cedex 20 - Tél : 04 91 55 34 22 Courriel : aires-pietonnes@marseille.fr</p>
<p align="center"><b>FORMULAIRE A COMPLETER ET RENVOYER A : aires-pietonnes@marseille.fr</b></p>		
<p align="center"><b>DEMANDEUR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Entreprise      <input checked="" type="checkbox"/> Particulier</p> <p>Nom/Prénom (ou raison sociale) Adresse : APHM (équipe mobile précarité) Dr TINLAND</p> <p>Tél : 0670428257      Courriel : quentin.ecosse@gmail.com</p>		<p align="center"><b>MODALITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute demande doit nous parvenir 5 jours ouvrés avant l'ouverture.</li> <li>• Cette autorisation devra obligatoirement être présentée à l'agent pour tout accès.</li> <li>• 30 mn avant l'arrivée sur le site, appeler le 06 32 28 94 23 pour l'ouverture.</li> </ul>
<p align="center"><b>DURÉE ET LIEU</b></p>		
<p>Durée de la demande du : 13/11/2019 au 13/11/2019      Horaires : de 10h00 à 18h00</p> <p>Zone de la demande : RUE HALLE PUGET      Arrdt : </p> <p>Motif de la demande : F201901182 - CONSULTATION PRÉCARITÉ</p>		
<p align="center"><b>VÉHICULE(S) (Marques &amp; immatriculations)</b></p>		
<p>Marque(s) &amp; immatriculation(s) : CITROEN : CB-399-MX</p> <p>Modèle(s) : VL      <input checked="" type="checkbox"/> - de 3,5 tonnes      <input type="checkbox"/> + de 3,5 tonnes (indiquer le PTAC)</p>		
<p><b>CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION :</b></p>		
<p><b>Le Chef du Service Gestion des Espaces Réglementés , Lionel MILLE:</b></p> <p><b>DONNE AVIS FAVORABLE</b> <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON Au demandeur mentionné sur le présent document, et lui autorise à accéder au site sous les conditions d'accès et les conditions supplémentaires cocher ci-dessous :</p> <p><u>Conditions d'accès à la zone demandée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seul le véhicule technique mentionné sur le présent document est autorisé à accéder au site. Par "véhicule technique" est entendu tout véhicule dont la présence sur le site est indispensable et sans lequel l'opération susnommée n'est pas réalisable. Cette emprise est accordée uniquement le temps du chargement et déchargement ou du tournage.</li> <li>• Cette emprise ne doit à aucun moment gêner le passage des piétons, des véhicules dérogatoires ni la liberté de commerce.</li> <li>• La vitesse sur ce site est limitée à 6km/h et le piéton est prioritaire en tout temps.</li> <li>• La voie pompiers doit rester libre en permanence afin de permettre l'accès aux véhicules de secours et garantissant également l'accès aux façades.</li> <li>• L'accès au site se fera à l'intérieur d'un périmètre de sécurité interdisant physiquement l'accès des piétons dans la zone de manutention, de chantier, de montage. Ce barriérage de type chantier sera en place avant l'accès du premier véhicule et depuis la voie de circulation.</li> <li>• Afin de ne pas bloquer la voie, le chauffeur doit rester en tout temps à proximité immédiate du véhicule pour le déplacer et laisser le passage aux secours ou dérogatoires.</li> <li>• L'utilisation d'un Monte meuble est soumise à une réglementation spécifique sur la commune de Marseille</li> <li>• L'accès à la zone ainsi que la zone de chantier devront impérativement être hermétiques avec utilisation d'un ballage de chantier conforme au règlement de voirie et ce dès la voie de circulation.</li> </ul> <p><u>Conditions supplémentaires d'accès à la zone demandée :</u></p> <p>L'accès est limité aux véhicules de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3,5 Tonnes : *Cours Julien      *Place du Général De Gaulle (3)</li> <li>- 12 Tonnes : *Cours D'Estienne D'Orves (2)      *Zone St Ferreol (2)</li> <li>- 32 Tonnes : *J4 (1)</li> </ul> <p>(1) et moins de 16 tonnes à l'essieu. L'accès aux portails GPMM doit rester libre en tout temps. Le nombre maximum de véhicules type poids lourd est limité à deux simultanément sur le site.</p> <p>(2) et dont la charge est inférieure ou égale à 800 kg/m².</p> <p>(3) hors grille de ventilation du parking</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <p align="center"><b>Le Chef de Service Gestion des Espaces Réglementés</b></p> <p align="center"><b>Lionel MILLE</b></p>		

Version : juillet 2019

## 8.12. Annexe 12 : Bilan biologique standardisé

Le bilan biologique standardisé réalisé à la PASS est le suivant :

- NFS
- CRP
- Ionogramme urée créatinine
- GGT PAL ASAT ALAT Bilirubine Albumine TP
- Sérologie VIH TPHA VDRL bilharziose et anguillulose
- AgHBs (PCR ADN viral si positif) Ac HBs Ac HBc
- Sérologie VHC (PCR ARN viral si positive)
- LDL, HDL, TG
- TSH
- Glycémie à jeun
- Sérologie tétanique (titrage quantitatif des anticorps)
- PCR Chlamydiae urinaire et gonocoque
- HCG sanguin chez les femmes en âge de procréer

## 8.13. Annexe 13 : Questionnaire



### MODE DE VIE

### ET SANTÉ

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

<input type="text"/>					
JJ	MM	AAAA			

Identifiant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3

Quel est votre âge ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Quel est votre sexe biologique ?

Féminin

Masculin



## II. INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE LOGEMENT

1. Quel est le type de votre logement ? (*Typologie ETHOS*, pour plus de détails, se référer à la fiche Ethos 2007.)

- Sans abris : Vous vivez dans la rue ou en hébergement d'urgence.
- Sans logement : Vous vivez en foyer d'hébergement pour personne sans domicile, vous vivez en foyer d'hébergement pour femmes, vous vivez en foyer d'hébergement pour immigrés, vous sortez d'institution, vous êtes bénéficiaire d'un accompagnement au logement sur le long terme.
- Logement précaire : Vous vivez dans un habitat précaire, vous êtes menacé(e) d'expulsion, vous êtes menacé(e) de violences domestiques
- Logement inadéquat : Vous vivez dans une structure provisoire ou non conventionnelle, vous vivez dans un logement indigne, vous vivez dans des conditions de surpeuplement sévère
- Logement personnel

## III. INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ALIMENTATION

1. Évaluez-vous votre alimentation, comme :

- Consommation alimentaire acceptable
- Consommation alimentaire limite
- Consommation alimentaire pauvre

2. Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?

- 1 – Pas du tout  2 – Un petit peu  3 – Moyennement  4 – Plutôt équilibré  5 – Tout à fait

3. Actuellement, considérez-vous que vous êtes :

- Beaucoup trop maigre
- Un peu trop maigre
- D'un poids normal
- Un peu trop gros(se)
- Beaucoup trop gros(se)
- Ne sait pas

4. Quelle est la part de vos dépenses consacrées à la nourriture ?

Moins de 50% des dépenses consacrées à la nourriture

50% à 65% des dépenses consacrées à la nourriture

65% à 75% des dépenses consacrées à la nourriture

Plus de 75% des dépenses consacrées à la nourriture

#### IV. VOTRE CONSOMMATION DE TABAC

1. Avez-vous déjà consommé du tabac ?

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

2. Si oui à la question V.1.

A quel âge avez-vous débuté ?

ans

3. Actuellement, fumez-vous encore du tabac ?

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

5. Actuellement, Combien fumez-vous de cigarette(s) par jour ?

cigarette(s) par jour

6. Si non à la question V.2.

A quel âge avez-vous arrêté ?

ans

#### V. VOTRE CONSOMMATION DE CANNABIS

1. Avez-vous déjà consommé cannabis (haschich, marijuana, herbe, joint, shit) ?

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

2. Si oui à la question VI.1.

• Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?

1- oui  2- Non

Et combien de fois par jours en moyenne pendant ses 12 derniers mois :

• Avez-vous consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

1- oui  2- Non

Et combien de fois par jours en moyenne pendant ses 30 derniers jours :

## VI. VOTRE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES

1. Avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées ?

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

2. Si oui à la question VII.1.

A quel âge avez-vous débuté ?

ans

3. Consommez-vous encore des boissons alcoolisées ?

Oui

Non

Ne souhaite pas répondre

4. Actuellement, à quelle fréquence buvez-vous des boissons alcoolisées ?

Une à plusieurs fois par semaine → Si oui, Combien de jours par semaine  jour(s)

2 à 3 fois par mois

1 fois par mois au moins

Jamais

La question suivante porte sur votre consommation de boissons alcoolisées standard. Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

Une boisson alcoolisée standard



25 cl de bière à 5°

12,5 cl de champagne à 12°

12,5 cl de vin à 12°

2,5 cl de pastis à 45°

4 cl de digestif à 40°

4 cl de whisky à 40°

2,5 cl de digestif à 45°

Tous ces verres standards contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)  
Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort équivalent à deux boissons standard.

5. Les jours où vous consommez de l'alcool, combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne en un jour ?

Boisson(s) alcoolisée(s) standard

## VII. VOTRE SANTÉ PHYSIQUE (CRS)

N°	Système d'organes	SCORE				
1	Cardiaques (cœur uniquement)	0	1	2	3	4
2	Hypertension artérielle	0	1	2	3	4
3	Système vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions)	0	1	2	3	4
4	Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	0	1	2	3	4
5	Ophthalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx)	0	1	2	3	4
6	Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas; hors diabète)	0	1	2	3	4
7	Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies)	0	1	2	3	4
8	Hépatique (foie et voies biliaires)	0	1	2	3	4
9	Rénal (uniquement les reins)	0	1	2	3	4
10	Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	0	1	2	3	4
<p>1. Avez-vous utilisé des préservatifs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre</p>						
<p>2. Si oui à la question IV. 4. Était-ce pour vous protéger d'infection sexuellement transmissible ?</p> <p><input type="checkbox"/> - Oui, vous l'utilisez systématiquement pour vous protéger</p> <p><input type="checkbox"/> - Oui, vous l'utiliser pour vous protéger mais pas systématiquement</p> <p><input type="checkbox"/> - Non vous l'utilisez pour d'autres raisons</p> <p><input type="checkbox"/> - Ne souhaite pas répondre</p>						
<p>3. Avez-vous déjà réalisé un test VIH, Hépatite B ou hépatite C ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre</p>						
11	Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau)	0	1	2	3	4
12	Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	0	1	2	3	4
13	Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde; seins; infections systémiques; intoxications)	0	1	2	3	4
14	Troubles psychiatriques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire; psychose)	0	1	2	3	4

## VIII. VOTRE MODE DE VIE (SF12)

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1 - Excellente  2 - Très bonne  3 - Bonne  4 - Médiocre  5 - Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

• des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?

- 1 Oui, beaucoup limité  - 2 Oui, un peu limité  - 3 Non, pas du tout limité

• monter plusieurs étages par l'escalier ?

- 1 Oui, beaucoup limité  - 2 Oui, un peu limité  - 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

• avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

• avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

• avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

• avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 - Pas du tout  2 - Un petit peu  3 - Moyennement  4 - Beaucoup  5 - Énormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

• y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

• y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

• y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

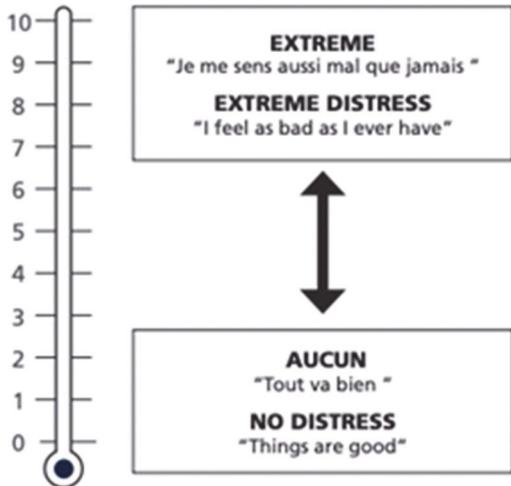
- 1 Toujours  - 2 La plupart du temps  - 3 Souvent  - 4 Parfois  - 5 Jamais

## IX. VOTRE SANTE MENTALE (RHS15)

INSTRUCTIONS: Veuillez indiquer le point auquel vos symptômes vous ont dérangé ce mois de mière n utilisant l'échelle qui se trouve à côté de chaque symptôme. Cochez la colonne qui convient. Si vous n'avez pas eu ce symptôme au cours du mois de mière, alors cochez "PAS DU TOUT."

SYMPTOMES					
	Pas du tout	Un tout petit peu	Assez	Beaucoup	Extrêmement
1. Douleurs des muscles, des os, des articulations	0	1	2	3	4
2. Se sentir battu(e) ou triste	0	1	2	3	4
3. Pense excessivement ou avoir trop de pensées	0	1	2	3	4
4. Se sentir impuissant(e) (incapable)	0	1	2	3	4
5. Etre soudainement effrayé(e) sans cause	0	1	2	3	4
6. Vertige, affaiblissement ou vous sentir comme si vous alliez vous évanouir	0	1	2	3	4
7. Nervosité, instabilité ou tremblement à l'intérieur du corps	0	1	2	3	4
8. Se sentir agité(e), ne pas pouvoir rester tranquille	0	1	2	3	4
9. Pleurer facilement	0	1	2	3	4
Les symptômes suivants peuvent être liés aux expériences traumatisantes (moments difficiles) vécues pendant la guerre et votre déplacement à cause de la guerre. Combien de fois, au cours du mois de mière, avez-vous :					
10. Eu l'expérience de revivre le traumatisme (moment difficile), ou avez agi ou senti que vous reviviez ces moments difficiles ?	0	1	2	3	4
11. Eu des réactions PHYSIQUES (par exemple : transpiration ou battements de cœur plus rapides) quand vous vous rappelez du traumatisme (moment difficile) ?	0	1	2	3	4
12. Eu le sentiment de ne sentir aucune émotion ou de sentir émotionnellement insensible (par exemple, vous sentir triste sans pouvoir pleurer ou incapable d'avoir des sentiments affectueux) ?	0	1	2	3	4
13. Ete plus nerveux(se) ou susceptible plus facilement (par exemple, quand quelqu'un vous approche par derrière) ?	0	1	2	3	4
14. Entrez l'une des meilleures réponses ci-dessous. Sentez-vous que :					
Vous parvenez à surmonter ou vaincre tout ce qui vous arrive					0
Vous parvenez à surmonter ou vaincre la plupart des choses qui vous arrivent					1
Vous parvenez à surmonter ou vaincre certaines choses, mais incapable d'en surmonter d'autres					2
Vous ne parvenez pas à surmonter ou vaincre la plupart des choses					3
Vous ne parvenez pas à rien surmonter					4
<b>Ajoutez tous les scores des items 1 – 14 :</b>					

### 15. Echelles des problèmes émotionnels (soucis)

	<p>Lors de la semaine précédente (aujourd'hui compris) quel est le numéro (0-10) de ce thermomètre qui décrit le mieux vos problèmes émotionnels (soucis)</p>
---	---

**SCORING** SCREENING IS POSITIVE IF: ① ITEMS 1-14 IS  $\geq 12$  OR ② DISTRESS THERMOMETER IS  $\geq 5$

CHECK ONE:  POSITIVE  NEGATIVE  SELF-ADMINISTERED  NOT SELF-ADMINISTERED

LEGAL NOTICE 2013 © Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Wellbeing. Pathways to Wellness is a partnership of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle and King County and Michael Hollifield, MD of Pacific Institute for Research and Evaluation. All Rights Reserved.

## X. VOTRE VIE SEXUELLE

### 1. Actuellement votre vie sexuelle vous paraît 'elle :

- 1- pas du tout satisfaisante  2- Pas très satisfaisante  3 - Satisfaisante  4 - Très satisfaisante  
 5- Ne souhaite pas répondre

### 2. Quel est votre genre ? (définition IFOP)

- 1- Femme  
 2- Homme  
 3- Une femme TRANS (homme à femme) / Mtf  
 4 - Un homme TRANS (femme à homme) / FtM  
 5- Vous êtes dans une autre situation

### 3. De manière générale, actuellement, vous-vous définissez comme :

- 6- Vous ne souhaitez pas répondre  
 1- Hétérosexuel(le)  
 2- Bisexuel(le)  
 3- Homosexuel(le) / Gay / Lesbienne  
 4- Vous ne définissez pas votre orientation sexuelle  
 5- Vous ne souhaitez pas répondre

1. Quel est votre pays d'origine de votre trajet ?

## XI. VOS INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PAYS D'ORIGINE

2. Avez-vous été VICTIME de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?

- Non
- Vol de vos biens personnels
- Conflit armé
- Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage
- Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitation sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture
- Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction
- Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

3. Avez-vous été TÉMOIN de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?

- Non
- Vol de vos biens personnels
- Conflit armé
- Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage
- Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitation sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture
- Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction
- Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

**Quel est le motif de votre demande d'asile ?**

**crainte (avec raison) d'être persécuté en raison de :**

- sa religion,
- nationalité,
- appartenance ethnique,
- appartenance à un groupe social (notamment l'appartenance à un genre),
- opinions politiques (Convention de Genève de 1951) et, par extension, pour des motifs de conscience,

sont persécutées en raison de leur combat pour la liberté (Constitution de 1946),

sont exposées à des menaces graves de peine de mort, de traitements inhumains ou dégradants ou une menace contre leur vie ou leur personne dans un contexte de violence généralisée due à un conflit armé interne ou international (protections subsidiaire),

sont placées sous mandat du Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR).

pour des raisons :

- médicales
- économiques,
- touristiques
- études
- autres

1. Quelle a été la durée de votre (trajet en mois)

mois

## XII. VOS INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE TRAJET

2. Avez-vous été contraint(e) de travailler pendant votre trajet ?

Oui

Non

3. Avez-vous été VICTIME de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?

Non

Vol de vos biens personnels

Conflit armé

Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage

Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitation sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture

Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction

Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

4. Avez-vous été TÉMOIN de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?

Non

Vol de vos biens personnels

Conflit armé

Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage

Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitation sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture

Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction

Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

5. Avez-vous subi des violences en lien avec votre motif de demande d'asile ?

Oui

Non

### XIII. VOS INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ARRIVEE EN FRANCE

#### 1. Quelle est votre date d'arrivée en France ?

<input type="text"/>					
JJ	MM	AAAA			

#### 2. Combien de temps avez-vous vécu en France ? (en mois)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	mois
----------------------	----------------------	------

#### 2. Est-ce que la France est votre destination finale ?

- Non
- Oui, choisie
- Oui, subie

#### 3. Avez-vous de la famille, des amis ou des contacts habitants en France ?

Oui

Non

#### 4. Bénéficiez-vous d'un accompagnement social ?

Oui

Non

#### 5. Bénéficiez-vous d'un accompagnement par une structure/une association ?

Oui

Non

#### 6. Avez-vous été VICTIME de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?

- Non
- Vol de vos biens personnels
- Conflit armé
- Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage
- Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitations sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture
- Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction
- Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

**7. Avez-vous été TÉMOIN de persécutions et / ou de violences physiques et / ou morales ?**

Non

Vol de vos biens personnels

Conflit armé

Violences physiques : agressions physiques, traite d'êtres humains, esclavage

Violences sexuelles : viol, abus sexuel, inceste, exploitations sexuelle, prostitution forcée, harcèlement sexuel, violence en tant qu'arme de guerre ou de torture

Violences affectives et psychologiques : mauvais traitement, humiliation, réclusion  
Pratiques traditionnelles préjudiciables : mutilations génitales féminines, mariage précoce, mariage forcé, tentative de mise à mort ou mutilation pour des raisons d'honneur, négligence dans l'enfance, refus d'éducation, discrimination, exclusion sociale, ostracisme, pratiques législatives d'obstruction

Administrative : refus explicite, incompréhension, désintérêt, désinvolture, ...

**8. Avez-vous subi des violences en lien avec votre motif de demande d'asile ?**

Oui

Non

#### XIV. INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'ASILE

1. Quelle est la date de pré-enregistrement de votre demande d'asile à la PADA ?

<input type="text"/>					
JJ	MM	AAAA			

2. Quelle est la date de votre convocation au GUDA ? (loi : 3 jours ouvrés / 10 jours si forte affluence)

<input type="text"/>					
JJ	MM	AAAA			

3. Sous quelle procédure de demande d'asile êtes-vous enregistré(e) ?

Procédure accélérée

Procédure normale

Procédure Dublin

5. Avez-vous eu une réponse concernant votre demande d'asile ?

Oui

Non

Si vous avez répondu oui à la question 5.  
Quel est la durée de l'examen de votre demande ?

jours

- Quel est votre délai d'attente avant l'examen de votre demande d'asile ? (en jours)

jours

6. Bénéficiez-vous de la CMU-C ?

Oui

Non

7. Bénéficiez-vous de l'ADA ?

Oui

Non

8. Si vous avez reçu un rejet ou une irrecevabilité de votre demande d'asile :

- Quel a été votre délai d'attente avant le CNDA ? (en jours)

jours

- Êtes-vous en procédure d'obligation de quitter le territoire ?

oui

non

## 8.14. Annexe 14 : Fiche Ethos

### ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique	
SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation	
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix	
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
		3.2 Logement provisoire		
	3.3 Hébergement de transition avec accompagnement			
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
SANS LOGEMENT	5 Personnes en hébergement pour immigrants	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
		5.2 Hébergement pour travailleurs migrants		
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 <sup>e</sup> anniversaire)	
LOGEMENT PRÉCAIRE	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
		7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri		
	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
		8.2 Sans bail de (sous-)location		
		8.3 Occupation illégale d'un terrain		
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
		9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
	LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
			11.2 Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
11.3 Habitat provisoire			Baraque ou cabane de structure semi permanente	
12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction		
13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables		

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.  
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(\*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5<sup>e</sup> bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org).

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

FEANTSA European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

## 8.15. Annexe 15 : Équivalence pathologie/thérapeutique suivie

- Trouble dépressif : antidépresseur
- Trouble bipolaire : thymorégulateur
- Trouble psychotique : antipsychotique
- Trouble anxieux : traitement de fond par antidépresseur
- Diabète : mesures hygiéno diététiques OU traitement antidiabétique (oral ou insuline)
- HTA : mesures hygiéno diététiques OU traitement antihypertenseur
- Insuffisance rénale : mesures hygiéno diététiques de néphroprotection
- Infection VIH : antirétroviraux
- Infection VHC : antiviraux à action directe
- Syphilis active : antibiothérapie adaptée
- Urétrite à Gonocoque ou Chlamydiae : antibiothérapie adaptée
- Bilharziose : antihelminthique adapté
- Anguillulose : antihelminthique adapté

## 8.16. Annexe 16 : Demande d'autorisation d'utilisation SF12

<b>Start date:</b> (if backdated license needed, please email a copy to me)	01-11-2019	<b>License term:</b>	x 1yr <input type="checkbox"/> 2yr <input type="checkbox"/> 3yr <input type="checkbox"/> 4yr <input type="checkbox"/> 5yr <input type="checkbox"/> Other:
<b>Project name:</b>	PREMENTADA		
<b>Therapeutic areas/Populations of interest:</b>	asylum seekers		
<b>Which survey(s) would you like to use?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SF-12v2** or <input type="checkbox"/> SF-12(v1) <input type="checkbox"/> SF-36v2** or <input type="checkbox"/> SF-36(v1) <input type="checkbox"/> SF-8 <input type="checkbox"/> ACT (Asthma Control) <input type="checkbox"/> AIS (Asthma Impact) <input type="checkbox"/> CHAI (Consumer Health) <input type="checkbox"/> COPD Screener <input type="checkbox"/> HIT-6 (Headache Impact) <input type="checkbox"/> HQLQ (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> MOS-Sleep <input type="checkbox"/> MOS-Cog(nitive Function) <input type="checkbox"/> PIQ (Pain Impact) <input type="checkbox"/> PMSIS (PreMenstrual Symptoms Impact) <input type="checkbox"/> Rhinitis Impact <b>**Pediatric**</b> <input type="checkbox"/> SF-10 <input type="checkbox"/> P-AIS (Pedi Asthma Impact)	
<b>Languages needed:</b> <a href="#">Click here for translation list</a>	English, french		
<b>Recall period desired:</b> Recall is the amount of time you want participants to think back. For example, "During the past 4 weeks, how much of the time..." is a standard recall.	x Standard (4-wk) <input type="checkbox"/> Acute (1-wk) <input type="checkbox"/> 24-hour (SF8 Only)		
<b>Mode(s) of administration:</b>	<input type="checkbox"/> Paper/Pencil (Self-) <input checked="" type="checkbox"/> Interviewer Script <input type="checkbox"/> Handheld Device (Tablet) <input type="checkbox"/> Handheld Device (Smaller than a tablet)	<input type="checkbox"/> www.AmIHealthy.com <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> party online (Like RedCAP or SurveyMonkey) <input type="checkbox"/> EMR-please share <b>Which EMR:</b>	
<b>If using a third-party website, which one is it?</b>			
<b># of patients per year:</b>	50	<b># of time points (baseline, follow-ups):</b>	0
<b># of providers working with scoring solution:</b> (Example – 2 physicians administering the survey but only 1 statistician scoring the data would equal "1 Provider")	1		
<b>What will you do with the outcomes:</b>	<input type="checkbox"/> Publish/Conferences <input type="checkbox"/> Treatment Efficacy <input type="checkbox"/> Monitor Patients <input type="checkbox"/> Validation Study	<input type="checkbox"/> Program Effectiveness <input checked="" type="checkbox"/> Other-please explain: Thesis	
<b>Do you already have budget approval?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No If "No", when do you expect to receive it?		

### Licensee Information:

<b>Organization responsible for license:</b>	Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (Ap hm) (FR)		
<b>Contact Name:</b> <input type="checkbox"/> Dr. <input checked="" type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> No Preference	Sarah Dempure		
<b>Contact Email:</b>	s.dempure@hotmail.fr		
<b>Mailing address: (Street, City, State, Postal Code, Country)</b>	42 bd general Nolle, 13012 MARSEILLE. FRANCE.		
<b>Type of organization: (select all that apply)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Hospital/Clinic <input type="checkbox"/> Wellness/ Sports Medicine <input type="checkbox"/> Government Agency	<input type="checkbox"/> Health System <input type="checkbox"/> Behavioral Health <input type="checkbox"/> Disease Mgt <input type="checkbox"/> Health Service Vendor <input type="checkbox"/> Managed Care <input type="checkbox"/> Non-Profit/ Foundation <input type="checkbox"/> Employer	<input type="checkbox"/> Med Device <input type="checkbox"/> Pharma <input type="checkbox"/> Biotech <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Nutraceutical <input type="checkbox"/> Academic <input type="checkbox"/> Student Thesis <input type="checkbox"/> Other-please describe:
<b>Name/Email of person who will receive materials:</b>	ECOSSE Quentin		
<b>IT contact name &amp; email (if available):</b>	quentin.ecosse@gmail.com		
<b>Organization paying invoice:</b>	APHM		
<b>Collaborators:</b>	ECOSSE Quentin		

## 8.17. Annexe 17 : Demande d'autorisation RHS-15

**De :** Michael Hollifield <micaholly@gmail.com>

**Envoyé :** lundi 6 juillet 2020 17:09

**À :** Sarah Dempuré <s.dempure@hotmail.fr>

**Objet :** Re: RHS-15

Dear Sarah Dempure,

Of course you may write your thesis using data from the RHS-15.

Just credit appropriately in the references and credits!

Michael Hollifield, M.D.

President and CEO

WSI

On Mon, Jul 6, 2020 at 3:40 AM Sarah Dempuré <s.dempure@hotmail.fr> wrote:

Hello M. Hollifield,

We are writing our thesis about mental health of asylum seekers.

In this context, the RHS 15 survey on which you worked seems entirely appropriate. We speak together about it, during an other exchange.

We want to ask you the agreement to use the RHS15 for our thesis (presentation on 01-10-2020)

Thanks a lot for you answer,

DEMPURE Sarah and ECOSSE Quentin

## 8.18. Annexe 18 : BPRS

### INSTRUCTIONS

Cotez les item 1 à 12 sur la base de ce que rapporte le patient.

**1. PREOCCUPATION SOMATIQUE : intensité des préoccupations au sujet de l'état de santé physique actuel. Évaluez à quel degré la santé physique est perçue comme problématique par le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes. Les délires somatiques doivent être évalués comme sévère que ce soit avec ou sans préoccupation somatique.**

Avez-vous été soucieux de votre santé physique?  
Avez-vous eu une maladie physique ou vu un médecin?

- 2-3 Léger  
Plainte occasionnelle ou expression d'inquiétude.
- 4-5 Modéré  
Fréquentes expressions d'inquiétude ou exagérations des maux existants. L'esprit est occupé une partie du temps par l'inquiétude. Pas délirant.
- 6-7 Sévère  
Préoccupations et plaintes concernant la santé physique OU délires somatiques.

**2. ANXIÉTÉ : Appréhension, tension, peur, panique ou souci. N'évaluez que ce que le patient rapporte de ses expériences subjectives. L'anxiété que vous pouvez observer au travers du comportement du patient est estimée sous la rubrique TENSION.**

Vous êtes-vous senti soucieux ou anxieux?  
Des pensées déplaisantes tourment-elles constamment dans votre esprit?  
Votre cœur battait-il vite ? (ou présence de sueur, tremblements, suffocation?)  
Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/votre travail?

- 2 Très léger  
Rapporte un certain inconfort dû au souci OU s'est senti plus soucieux que d'habitude.
- 3 Léger  
Fréquemment soucieux mais peut porter son attention sur autre chose.
- 4 Modéré  
La plupart du temps soucieux et ne peut pas porter son attention sur autre chose aisément, mais pas d'altération du fonctionnement OU épisodes occasionnels d'anxiété accompagnés de troubles neurovégétatifs mais sans altération du fonctionnement.
- 5 Modérément sévère  
Périodes fréquentes d'anxiété avec troubles neurovégétatifs OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.
- 6 Sévère  
Anxiété avec troubles neurovégétatifs la plupart du temps OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

- 7 Extrêmement sévère  
Constamment anxieux avec des troubles neurovégétatifs OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

**3. DEPRESSION : Humeurs incluses : tristesse, malheur, anhédonie, et préoccupations par des sujets déprimants (ne peut regarder la TV ou prendre part à une conversation), désespoir, perte d'auto-estime (insatisfait ou dégoûté par soi-même). N'inclut pas les symptômes végétatifs, ex. ralentissement moteur, réveil précoce.**

Vous êtes-vous senti malheureux (triste, déprimé)?

Quelle partie du temps?

Etes-vous capable de porter votre attention sur des sujets plus plaisants lorsque vous le voulez?

Vos intérêts dans le travail, un passe-temps, des activités sociales ou récréatives ont-ils changé?

Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

- 2 Très léger  
Signale s'être senti triste, malheureux ou déprimé.
- 3 Léger  
Comme en 2, mais ne peut en sortir facilement.
- 4 Modéré  
Périodes fréquentes de sentiments de tristesse, de malheur, dépression modérée, mais capable d'agir au prix d'un effort supplémentaire.
- 5 Modérément sévère  
Périodes fréquentes de dépression profonde OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.
- 6 Sévère  
Profondément déprimé la plupart du temps OU plusieurs domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.
- 7 Extrêmement sévère  
Profondément déprimé de façon constante OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

**4. TENDANCES SUICIDAIRES : Désir, intention ou action exprimés de se blesser ou mettre fin à ses jours.**

Vous est-il arrivé de sentir que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?

Avez-vous déjà pensé à vous blesser ou à vous suicider?

Avez-vous élaboré un plan?

- 2 Très léger  
Sentiments occasionnels d'être fatigué de la vie. Pas de pensées suicidaires déclarées.
- 3 Léger  
Pensées suicidaires occasionnelles sans intention ou plan spécifique, OU pense qu'il vaudrait mieux être mort.

- 4 Modéré  
Pensées suicidaires fréquentes sans intention ou plan spécifique.
- 5 Modérément sévère  
Plusieurs fantasmes de suicide par des méthodes différentes. Peut considérer sérieusement une tentative de suicide avec un plan et un horaire spécifiques, OU tentative de suicide impulsive en utilisant une méthode non-létale ou sous les yeux d'un sauveteur potentiel.
- 6 Sévère  
Veut clairement se suicider. Recherche des moments et moyens appropriés, OU tentative de suicide potentiellement sérieuse, en sachant qu'un sauvetage est possible.
- 7 Extrêmement sévère  
Plan et intentions suicidaires spécifiques (par ex. "Dès que ... je le ferai par ... moyen"), OU tentative de suicide caractérisée par un plan que le patient croyait légal ou tentative de suicide dans un endroit retiré.

**5. SENTIMENT DE CULPABILITE : Soucis exagérés ou remords à propos d'une conduite passée. Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité. Ne pas déduire les sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou des défenses névrotiques.**

Est-ce que vous pensez à des problèmes passés?  
Avez-vous tendance à vous blâmer pour des événements passés?  
Avez-vous fait quelque chose dont vous vous sentez encore honteux?

- 2-3 Léger  
Se reproche d'avoir négligé quelque chose ou quelqu'un. Désirs d'avoir fait les choses différemment.
- 4-5 Modéré  
Préoccupations d'avoir fait quelque chose de faux ou d'avoir blessé quelqu'un en faisant ou en omettant d'avoir fait quelque chose.
- 6-7 Sévère  
Culpabilité délirante OU reproches visiblement déraisonnables.

**6. HOSTILITE : Animosité, mépris, belligérance, menaces, controverses, crises de rage, destruction de la propriété, bagarres et autres expressions d'attitudes ou d'actions hostiles. N'inférez pas l'hostilité des défenses névrotiques, anxiété ou plaintes d'origine somatique. N'inclut pas les incidents évidents de légitime défense.**

Comment vous êtes-vous entendu avec les gens (famille, autres résidents du foyer, collègues de travail)?  
Avez-vous été irritable ou hargneux dernièrement?  
Avez-vous été impliqué dans des bagarres ou disputes?

- 2 Très léger  
Irritable, hargneux
- 3 Léger  
Prêt à la dispute, sarcastique

- 4 Modéré  
Ouvertement en colère à plusieurs reprises OU s'est fâché contre des gens
- 5 Modérément sévère  
A menacé, claqué les portes ou lancé des objets
- 6 Sévère  
A attaqué quelqu'un sans lui faire de mal, p.ex. l'a poussé ou giflé, OU a détruit la propriété, par ex. s'est attaqué au matériel, a cassé des fenêtres.
- 7 Extrêmement sévère  
A attaqué d'autres personnes avec occasion de blessures ou blessure réelle, par ex. attaque avec un marteau ou une arme.

**7. HUMEUR ELEVEE : Sentiment envahissant, continu et exagéré de bien-être, d'entrain, d'euphorie (impliquant une humeur pathologique), optimisme sans lien avec les circonstances. N'inférez pas l'exultation seulement à partir d'une augmentation d'activité ou suite à des propos grandioses.**

Vous êtes-vous senti joyeux ou avez-vous éprouvé le sentiment d'"être aux anges" sans raison? Combien de temps cela a-t-il duré?

Vous êtes-vous senti si bien/haut que d'autres personnes vous ont fait des commentaires à ce propos?

- 2 Très léger  
Semble être heureux, joyeux sans raison
- 3 Léger  
Quelques sentiments inexplicables de bien-être
- 4 Modéré  
Rapporte quelques épisodes de sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, joie, confiance ou optimisme sans lien avec les circonstances. Peut fréquemment plaisanter, sourire, manquer de sérieux ou être trop enthousiaste OU quelques occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.
- 5 Modérément sévère  
Dit qu'il éprouve la plus part du temps des sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, confiance ou optimisme sans lien avec les circonstances. Peut décrire des sentiments "d'être aux anges", "comme si tout était pour le mieux" ou "mieux que jamais", OU plusieurs occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.
- 6 Sévère  
Humeur nettement élevée de manière quasiment constante pendant l'interview et inappropriée au contenu, OU plusieurs occasions d'humeur élevée marquée accompagnée d'euphorie.
- 7 Extrêmement sévère  
Semble presque intoxiqué, rit, plaisante, pouffe de rire, euphorie constante et sentiment d'invulnérabilité, sans aucun lien avec les circonstances immédiates.

**8. MEGALOMANIE : Surestimation de soi-même, conviction d'avoir des capacités ou pouvoirs spéciaux ou identification à quelqu'un de riche ou de célèbre. N'évaluer que les dires du patient le concernant, pas son comportement.**

Avez-vous un but ou une mission dans votre vie?

Avez-vous des pouvoirs ou capacités spéciales?

Avez-vous pensé que vous pourriez être quelqu'un de riche ou de célèbre?

- 2 Très léger  
Se sent très bien et nie tout problème évident.
- 3 Léger  
Opinion de soi-même exagérée, au-delà des capacités et de la formation.
- 4 Modéré  
Vantardise inappropriée, se déclare "brillant", comprend tout.
- 5 Modérément sévère  
Se dit un grand musicien qui va bientôt enregistrer ou qui va déposer une invention sous brevet - mais pas délirante.
- 6 Sévère  
Délirante - Dit avoir des pouvoirs spéciaux comme des perceptions extra-sensorielles, avoir des millions de francs, tourné des films, inventé de nouvelles machines, travaillé à un poste alors qu'on sait qu'il n'a jamais été employé à ce titre.
- 7 Extrêmement sévère  
Délirante - Dit avoir été élu par Dieu pour gouverner le monde, contrôler le futur, être Jésus-Christ ou le Président d'un pays.

**9. SUSPICION : Méfiance exprimée ou apparente qu'autrui agi malicieusement ou avec une intention discriminatoire. Inclut la persécution par une force surnaturelle ou autre force non-humaine (par. ex. le diable).**

Vous sentez-vous parfois mal à l'aise en public? Comme si les gens vous regardaient?  
 Quelqu'un essaie-t-il de vous faire du mal ou de vous bloquer d'une certaine façon?  
 Vous souciez-vous des intentions de quelqu'un envers vous?  
 Avez-vous ressenti que quelqu'un est là pour vous nuire?

- 2-3 Léger  
Semble sur ses gardes. Ne répond pas aux questions personnelles. Décrit des incidents qui semblent plausibles ou d'autres personnes l'ont blessé ou ont voulu le faire. Le patient a le sentiment que les autres se moquent de lui ou le critique en public.
- 4-5 Modéré  
Dit que d'autres personnes parlent de lui malicieusement OU que des gens essaient de lui faire du mal. Au delà de la vraisemblance, mais pas délirant.
- 6-7 Sévère  
Délirant. Parle de complots de la mafia ou des services secrets, ou prétend qu'on empoisonne sa nourriture.

**10. HALLUCINATIONS : Perception sans objet. Pour la cotation du degré auquel le fonctionnement est perturbé par les hallucinations, ne pas tenir compte des préoccupations concernant le contenu des hallucinations. Considérer seulement les perturbations provoquées par l'expérience hallucinatoire. Inclure dans ces symptômes l'émission de la pensée "gedankenlautwerden".**

Avez-vous entendu des sons, des gens qui vous parlent ou parlent de vous quand il n'y a personne alentour?  
 Avez-vous eu des visions ou senti des odeurs que d'autres n'ont pas paru voir ou sentir?  
 Ces expériences ont-elles interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

- 2 Très léger  
Pendant le repos ou l'endormissement, a des visions, entend des voix, des sons ou des chuchotements en l'absence de stimuli externes, mais pas d'altération du fonctionnement.
- 3 Léger  
Dans un état d'éveil complet, entend des hallucinations auditives non-verbales (par ex. bruits ou chuchotements) ou visuelles (par ex. voit des visages dans l'ombre), à deux occasions au maximum et sans altération du fonctionnement.
- 4 Modéré  
Hallucinations verbales, visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives occasionnelles (1 à 3 fois) sans altération du fonctionnement OU hallucinations auditives non-verbales ou illusions visuelles de n'importe quelle fréquence ou degrés d'altération.
- 5 Modérément sévère  
Surviennent quotidiennement OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.
- 6 Sévère  
Plusieurs fois par jour OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.
- 7 Extrêmement sévère  
Persistent pendant toute la journée OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

**11. PENSEES INHABITUELLES : Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. Evaluer le degré d'étrangeté, pas le degré de désorganisation du langage. Les idées délirantes illogiques ou des idées manifestement absurdes ou impossibles sont clairement exprimées. Inclut les pensées imposées, le vol de la pensée et l'émission de la pensée. Inclut les idées délirantes de grandeur, somatiques et de persécution même si elles ont été cotées sous d'autres rubriques.**

Est-ce que les choses ou les événements ont une signification particulière pour vous?  
 Avez-vous vu des références à vous-même à la TV ou dans les journaux?  
 Avez-vous une relation particulière avec Dieu?  
 Sentez-vous que quelqu'un insère des pensées qui ne sont pas les vôtres dans votre tête?  
 Comment expliquez-vous les choses qui se sont produites (spécifier)?  
 Avez-vous eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'une personne?

- 2 Très léger  
Idées de référence (des gens l'observent ou rient de lui). Idées de persécution (des gens le maltraitent). Croyances inhabituelles a propos des pouvoirs psychiques, des esprits, d'OVNI; La conviction n'est pas ferme, il subsiste des doutes.
- 3 Léger  
Comme en 2, mais avec conviction ferme -mais pas délirante.

- 4 Modéré  
Idées délirantes présentent mais avec conviction faible, fonctionnement pas perturbé OU idées délirantes encapsulées avec conviction ferme, fonctionnement non perturbé.
- 5 Modérément sévère  
Présence d'idées délirantes avec quelques préoccupations OU quelques domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.
- 6 Sévère  
Présence d'idées délirantes avec beaucoup de préoccupations OU plusieurs domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.
- 7 Extrêmement sévère  
Présence d'idées délirantes constituant l'essentiel des préoccupations OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les pensées délirantes.

**12. COMPORTEMENT BIZARRE : Rapporte des comportements singuliers, inusuels, ou des délits bizarres. Pas limité à la période d'interview. Inclut les affects inappropriés. Exclut les maniérismes et postures, les verbalisations bizarres.**

Avez-vous fait quoique ce soit qui a attiré l'attention des autres?

Avez-vous fait quoique ce soit qui aurait pu vous causer des ennuis avec la police?

Avez-vous fait quoique ce soit qui a semblé inhabituel ou dérangement pour les autres?

- 2 Très léger  
Comportement légèrement singulier, par ex. accumulation de nourriture en privé, porte des gants à la maison.
- 3 Léger  
Comportement particulier, par ex. parler fort en public, ne regarde pas dans les yeux lorsqu'il parle à quelqu'un
- 4 Modéré  
Modérément inhabituel, par ex. habillement bizarre ou maquillage "aguichant" pour les inconnus, regard fixe, dans le vague, quand il est en société, fait la collection d'ordures.
- 5 Modérément sévère  
Très inhabituel, par ex. marche sans but précis dans la rue, mange des choses non-comestibles, regarde fixement d'une manière déroutante en société.
- 6 Sévère  
Petits délits inhabituels, par ex règle le trafic, se montre nu en public, contacte les autorités pour des crimes imaginaires.
- 7 Extrêmement sévère  
Délits sérieux inusuels, par ex. bouter le feu, vol "asocial", séquestration commise d'une façon bizarre ou pour des raisons bizarres.

**13. NEGLIGENCE PERSONNELLE : Hygiène, apparence, ou comportement nutritif en-dessous des attentes sociales, en-dessous des standards acceptables par la société, ou menaçant sa propre existence.**

A quelle fréquence prenez-vous des douches? Changez-vous d'habits?

Quelqu'un s'est-il plaint de votre hygiène ou de votre habillement (patients / équipe)?

Prenez-vous des repas réguliers?

- 2 Très léger

- Hygiène / apparence quelque peu sous les standards usuels, par ex. chemise en-dehors du pantalon, les boutons déboutonnés
- 3 Léger  
Hygiène / apparence très en-dessous des standards usuels, par ex. habits débraillés et tachés, cheveux ébouriffés.
- 4 Modéré  
Hygiène / apparence en-dessous des standards acceptables socialement, par ex. trous dans les habits, mauvaise haleine, cheveux ébouriffés, gras, nourriture malsaine et irrégulière.
- 5 Modérément sévère  
Hygiène nettement irrégulière et insuffisante, par ex. forte odeur corporelle. Nourriture très irrégulière et malsaine, par ex. ne manger que des chips.
- 6 Sévère  
Hygiène et nourriture menacent potentiellement la santé, par ex. mange et se lave que lorsqu'on l'y incite.
- 7 Extrêmement sévère  
Hygiène et nourriture menacent la santé, par ex. ne mange pas ou ne se lave pas.

**14. DESORIENTATION : Ne comprend pas de situations ou de communications. Confusion par rapport aux personnes, lieux ou temps.**

Puis-je vous poser quelques questions standard que nous demandons à tout le monde ?  
 Quel âge avez-vous?  
 Quel jour sommes-nous?  
 Comment s'appelle cet endroit?  
 En quelle année êtes-vous né?

- 2-3 Léger  
Semble occasionnellement perplexe, ennuyé ou légèrement confus.
- 4-5 Modéré  
Semble confus au sujet de personnes, endroits, temps. A de la difficulté à se souvenir de faits, par ex. où il est né ou reconnaître des gens.
- 6-7 Sévère  
Extrêmement désorienté quant aux personnes, endroits, ou temps.

**POINTS D'EVALUATION 15-24 SUR LA BASE DU COMPORTEMENT ET DU LANGAGE OBSERVES**

**15. DESORGANISATION CONCEPTUELLE : Degré auquel le langage est confus, déconnecté, vague ou désorganisé. Evaluer la tangentialité, la circonstancialité, les coq-à-l'âne, l'incohérence, les barrages, les déraillements, les néologismes et autres troubles du langage. Ne pas évaluer le contenu du discours.**

- 2 Très léger  
Usage de mots particuliers, langage décousu mais compréhensible.
- 3 Léger  
Discours un peu difficile à comprendre, donner un sens à cause de la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne.
- 4 Modéré

- Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne survenant à plusieurs reprises OU 1-2 occasions de perturbation importante, par ex. incohérence, déraillement, néologismes, blocage.
- 5 Modérément sévère  
Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne la plupart du temps OU 3-5 occasions de perturbations importantes.
- 6 Sévère  
Discours incompréhensible la plupart du temps en raison de perturbations importantes.
- 7 Extrêmement sévère  
Discours incompréhensible tout au long de l'entretien.

**16. AFFECT EMOUSSE : Eventail limité de l'expression émotionnelle du visage, de la voix et des gestes. Indifférence marquée ou monotonie même lors de discussions sur des sujets pénibles. Dans le cas de patients euphoriques ou dysphoriques, évaluer l'émoussement de l'affect si la monotonie est également clairement présente.**

- 2-3 Léger  
Perte des réponses émotionnelles normales
- 4 Modéré  
Expression des émotions très diminuée, par ex. ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles, excepté à 2 ou 3 occasions pendant l'interview.
- 5 Modérément sévère  
Expression émotionnelle extrêmement diminuée par ex., ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles excepté un maximum de une fois pendant l'interview.
- 6 Sévère  
Langage, gestes et expression mécaniques.
- 7 Extrêmement sévère  
Expression glacée et langage monocorde. Ne montre aucune émotion.

**17. RETRAIT EMOTIONNEL : Manque de contact avec l'interlocuteur durant l'entretien. Utiliser vos propres sentiments quant à la présence d'une "barrière invisible" entre le patient et l'enquêteur. Inclut le retrait apparent dû aux processus psychotiques.**

- 2-3 Léger  
Tend à ne pas montrer une implication émotionnelle avec l'enquêteur, mais réagit lorsqu'on l'approche.
- 4-5 Modéré  
Contact émotionnel absent pendant la plupart du temps que dure l'interview. Réagit avec un affect minimum seulement.
- 6-7 Sévère  
Évite une participation émotionnelle activement. Ne répond pas aux questions ou seulement par OUI ou NON. Peut partir lorsqu'on lui parle ou ne pas répondre du tout.

**18. RALENTISSEMENT MOTEUR : Réduction du niveau d'énergie prouvé par des mouvements et un langage ralenti, tension corporelle réduite, nombre de mouvements spontanés du corps diminués. Cotez seulement sur la base du**

**comportement du patient observé. Ne pas évaluer sur la base des impressions subjectives du patient sur son propre niveau d'énergie. Evaluer sans tenir compte des effets médicamenteux.**

- 2-3 Léger  
Mouvements ou langage notablement ralentis ou réduits, comparé à la plupart des gens.
- 4 Modéré  
Importante lenteur ou réduction dans les mouvements ou le langage.
- 5 Modérément sévère  
Bouge ou parle spontanément rarement OU mouvements raides très mécaniques.
- 6 Sévère  
Ne bouge ou ne parle que si on l'y exhorte.
- 7 Extrêmement sévère  
Gelé, catatonique.

**19. TENSION : Manifestations de tension physique et motrice observables, nervosité et agitation. Les expériences de tension rapportées par le patient doivent être évaluées sous l'article concernant l'anxiété.**

- 2-3 Léger  
Semble tendu. Posture tendue, parfois tics nerveux.
- 4-5 Modéré  
Semble anxieux. Expression craintive, tremblements, agitation.
- 6-7 Sévère  
Continuellement agité, ne peut rester sur place, se tord les mains.

**20. ABSENCE DE COOPERATION : Résistance, froideur, ressentiment ou manque de volonté à coopérer durant l'entretien. N'évaluer que le comportement non-coopératif observé pendant l'interview, pas l'absence de coopération avec les proches.**

- 2-3 Léger  
Rouspète ou essaie d'éviter de se plier à l'entretien mais s'engage sans objecter.
- 4-5 Modéré  
Résiste verbalement, ou négatif, mais se plie néanmoins. Omet quelques informations.
- 6-7 Sévère  
Refuse de coopérer. Résiste physiquement.

**21. EXCITATION : Elévation du tonus émotionnel, réactivité augmentée, impulsivité.**

- 2-3 Léger  
Emotivité augmentée. Semble surexcité, en état d'alerte.

- 4-5 Modéré  
Réagit à la plupart des stimuli pertinents ou pas d'une intensité considérable.  
Temps d'attention court. Langage sous pression.
- 6-7 Sévère  
Réaction exagérée marquée à tous stimuli d'intensité inappropriée, excitation, impulsivité. Ne peut se fixer ou s'atteler à une tâche.

**22. DISTRACTIBILITE : Degré auquel les séquences de langage et d'action observées sont interrompues par des stimuli externes minimum. Inclut la distractibilité due aux intrusions d'hallucinations visuelles ou auditives. L'attention de la personne interviewée peut être attirée par du bruit dans la pièce voisine, des livres sur l'étagère, les habits de l'interviewer, etc. N'inclut pas la préoccupation subséquente à des délires ou autres pensées.**

- 2 Très léger  
Peut se concentrer sur les questions en général, juste 1 distraction ou un glissement d'attention inapproprié et de brève durée, dû à un stimuli minimum externe.
- 3 Léger  
Même chose qu'en 2 mais survient à 2 reprises.
- 4 Modéré  
Répond à des stimuli hors de propos dans la pièce ou l'environnement la plupart du temps.
- 5 Modérément sévère  
Même chose qu'en 4, mais interfère maintenant avec la compréhension du langage.
- 6 Sévère  
Extrêmement difficile de conduire l'interview ou de rester sur un sujet pour cause de rupture de l'attention due à des stimuli peu importants et hors de propos, ou langage presque totalement incompréhensible parce que l'attention se détourne rapidement entre les questions posées et des stimuli non pertinents externes variés.
- 7 Extrêmement sévère  
Impossible de conduire l'interview car les stimuli externes, hors de propos et peu importants, préoccupent la personne prioritairement.

**23. HYPERACTIVITE MOTRICE : Augmentation du niveau d'énergie, observable par des mouvements plus fréquents et/ou un langage plus rapide.**

- 2 Très léger  
Présente de l'impatience, de la difficulté à rester assis tranquillement, expressions faciales animées, ou quelque peu volubile.
- 3 Léger  
Occasionnellement très impatient, augmentation de l'activité motrice évidente, gestes animés, 1-3 brèves occasions de logorrhée.
- 4 Modéré  
Très impatient, remuant, expressions faciales excessives ou mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Logorrhéique jusqu'à 1/3 de l'interview.

- 5 Modérément sévère  
Fréquemment impatient, agité, remuant. Plusieurs occasions de mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Bouge presque tout le temps. Fréquemment logorrhéique, difficile à interrompre. Se lève pour faire quelques pas à 1-2 occasions.
- 6 Sévère  
Activité motrice excessive, agitation, remuant, tapotements bruyants, etc. pendant presque tout l'interview. Le langage n'est interrompu qu'au prix d'un grand effort. Se lève pour faire quelques pas à 3-4 occasions.
- 7 Extrêmement sévère  
Activité motrice excessive constante pendant tout l'interview, par ex. se lève constamment, constamment logorrhéique sans pauses, l'interview ne peut être interrompu que brièvement et seuls des petits bouts d'information peuvent être obtenus.

**24. MANIERISMES ET ATTITUDES : Comportement moteur inhabituel et bizarre, mouvements ou actions stylisés, ou n'importe quelle posture adoptée qui soit clairement inconfortable ou inappropriée. Exclut les manifestations évidentes des effets secondaires dus à la médication.**

- 2-3 Léger  
Manières ou activité excentriques ou singulières, que les personnes ordinaires auraient de la difficulté à expliquer, par ex. faire des grimaces, etc...
- 4-5 Modéré  
Manières ou attitudes maintenues pendant 5 secondes ou plus, qui feraient considérer ce patient dans une foule, comme bizarre ou fou.
- 6-7 Sévère  
Poser, se barbouiller, balancements intenses, positionnement foetal, rituels étranges qui dominent l'attention et le comportement du patient.

**INSTRUCTIONS :** Ce formulaire consiste en 24 symptômes, dont chacun doit être évalué sur une échelle de sévérité de 7 points, allant de "absent" à "extrêmement sévère". Si un symptôme particulier n'est pas évalué, écrire PE pour Pas Evalué. Entourer le numéro qui correspond le mieux au terme décrivant la condition du patient pendant l'interview.

PE : Pas Evalué	3 : Léger	6 : Sévère
1 : Absent	4 : Modéré	7 : Extrêmement sévère
2 : Très léger	5 : Modérément sévère	

Temps de référence pour l'évaluation : \_\_\_\_\_

**Questions 1 à 12 basées sur l'auto-observation du patient pendant l'interview. Les questions 12 et 13 sont également évaluées sur le comportement ou langage observés pendant l'interview. Citer des exemples.**

1. Préoccupation somatique	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
2. Anxiété	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
3. Dépression	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
4. Tendances suicidaires	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
5. Sentiment de culpabilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
6. Hostilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
7. Humeur élevée	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
8. Mégalomanie	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
9. Suspicion	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
10. Hallucinations	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
11. Pensées inhabituelles	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
12. Comportement bizarre	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
13. Négligence personnelle	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
14. Désorientation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

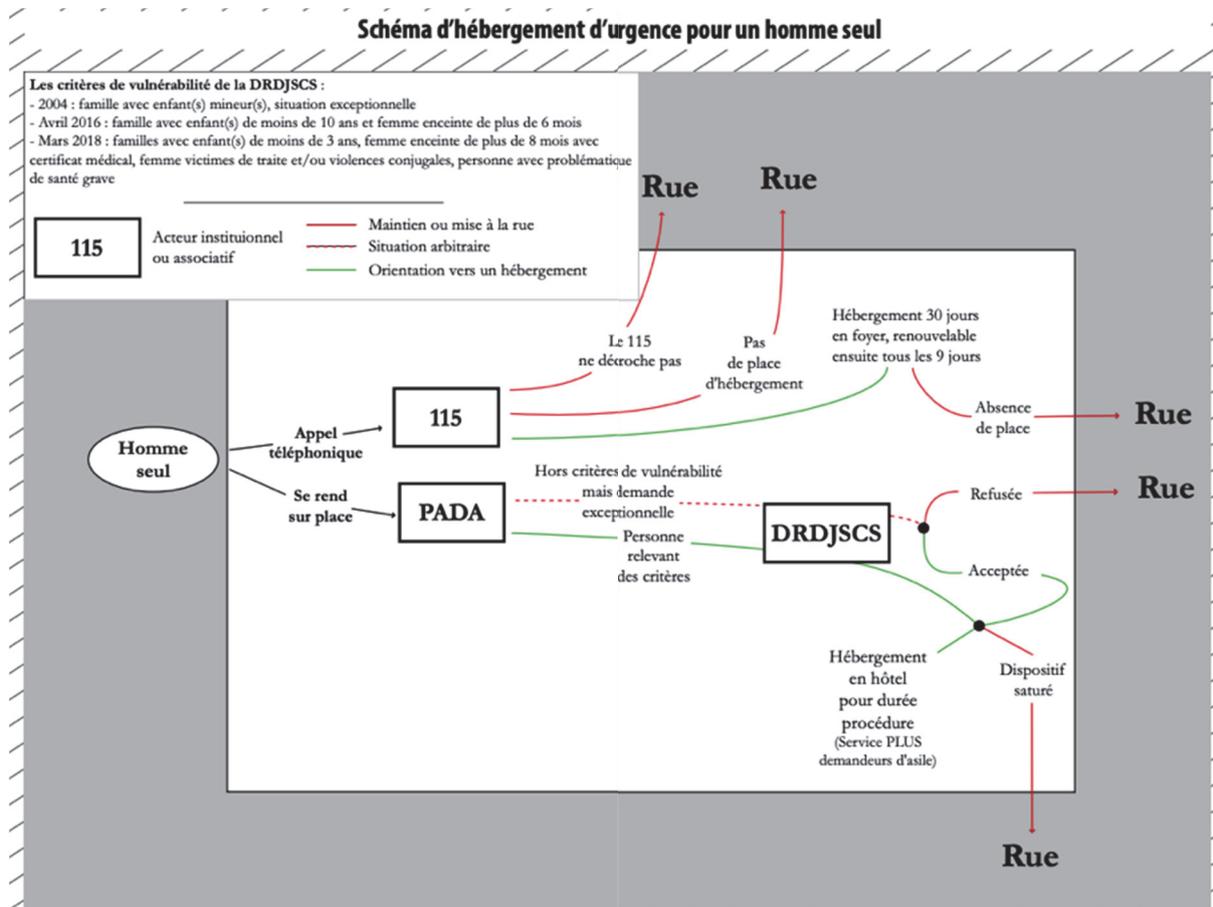
**Questions 15 à 24 basées sur le comportement et le langage du patient observés pendant l'interview.**

15. Désorganisation conceptuel.	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
16. Affect émoussé	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
17. Retrait émotionnel	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
18. Ralentissement moteur	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
19. Tension	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
20. Absence de coopération	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
21. Excitation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
22. Distractibilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
23. Hyperactivité motrice	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
24. Maniérismes et attitudes	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

## 8.19. Annexe 19 : Tableau récapitulatif des données socio-économiques de l'échantillon

Demandeurs d'asile ( n = 51 )	
<b>Classe d'âge</b>	
18-34 ans	40 (78,4%)
≥ 34 ans	11 (21,6%)
<b>Sexe biologique</b>	
Femme	5 (9,8%)
Homme	46 (90,2%)
<b>Diplôme</b>	
Sans diplôme	9 (17,6%)
Éducation primaire	8 (15,7%)
Éducation secondaire	14 (27,4%)
Éducation supérieure	20 (39,2%)
<b>Profession et catégorie sociale</b>	
N'a jamais travaillé	8 (15,7%)
Sans emploi	29 (56,9%)
Ouvrier(ère)	3 (5,9%)
Employé(e)	2 (3,9%)
Profession intermédiaire	0
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	8 (15,7%)
Cadre, profession intellectuelle supérieure	1 (1,9%)
Agriculteur(trice) exploitant(e)	0
<b>Situation de famille</b>	
Marié(e) vivant en couple dans le pays	9 (17,6%)
Marié(e) mais séparé	2 (3,9%)
Séparé(e)	1 (1,9%)
Divorcé(e)	2 (3,9%)
Veuf(ve)	1 (1,9%)
Célibataire	36 (70,6%)
<b>Nombre d'enfant</b>	
0	31 (60,8%)
1	8 (15,7%)
2	9 (17,6%)
> 2	3 (5,9%)

## 8.20. Annexe 20 : Schéma d'hébergement d'urgence pour un homme seul



Source : *l'asile en exil, un rapport de l'observatoire Asile à Marseille 2017 - 2018, (p97)*

## 9. Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : migration - Dictionnaire de français Larousse. Accessed January 12, 2020. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>
2. M de. l'Intérieur Chiffres clés. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/ Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>. Accessed January 12, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
3. Migrations. Published August 24, 2018. Accessed January 12, 2020. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/>
4. Bulletin officiel du ministère de l'intérieur- BOMI n°2020-01.pdf.
5. Evaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées: le programme "Sindiane."C.AUBAS.pdf
6. glossaire UNHCR.pdf. Accessed April 7, 2020. <https://www.unhcr.org/fr/4ad2f6e1e.pdf>
7. Convention de Genève.
8. What's the difference between a refugee and an asylum seeker? Accessed January 16, 2019. <https://www.amnesty.org.au/refugee-and-an-asylum-seeker-difference/>
9. Le droit des étrangers et la réforme de l'asile. Gouvernement.fr. Accessed August 11, 2020. <https://www.gouvernement.fr/action/le-droit-des-etrangers-et-la-reforme-de-l-asile>
10. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. | Legifrance. Accessed January 12, 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>
11. Rapport\_dactivitr\_2019\_-\_ofpra.pdf. Accessed August 11, 2020. [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_dactivitr\\_2019\\_-\\_ofpra.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivitr_2019_-_ofpra.pdf)
12. Situation des femmes demandeuses d'asile en France apres l'adoption de l | Vie publique.fr. Accessed August 7, 2020. <https://www.vie-publique.fr/rapport/37067-situation-des-femmes-demandeuses-dasile-en-france-apres-ladoption-de-l>
13. Les premières données de l'asile 2019 à l'Ofpra | OFPRA. Accessed August 7, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-premieres-donnees-de-l-asile>
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 Ministère des Solidarités et de la Santé. Accessed April 16, 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
15. Jusot F. Etat de santé des populations immigrées en France. Published online 2008:22.
16. Van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, et al. A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013963.
17. Article. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Accessed April 25, 2020. [http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19-20\\_1.html](http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_1.html)
18. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2016. Accessed January 14, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>
19. L'analyse des flux migratoires entre la France et l'étranger entre 2006 et 2015 - Insee Focus - 78. Accessed April 25, 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2593515>
20. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. *Bull Académie Natl Médecine*. 2017;201(4-6):567-587.
21. Km A, Ld G, N A. Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ*. 2004;328(7455):1548-1552. doi:10.1136/bmj.328.7455.1548
22. Bischoff A, Denhaerynck K, Schneider M, Battegay E. The cost of war and the cost of health care - an epidemiological study of asylum seekers. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13252.

23. Harris M, Zwar N. Refugee health. *Aust Fam Physician*. 2005;34(10):825-829.
24. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602-612.
25. Spike EA, Smith MM, Harris MF. Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Med J Aust*. 2011;195(4):188-191.
26. Laban CJ, Komproe IH, Gernaat HBPE, de Jong JTVM. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(7):507-515.
27. Rapports annuels | Comede. Accessed April 25, 2020. <https://www.comede.org/rapport-dactivite/>
28. Décret N° 2019-1531 Du 30 Décembre 2019 Relatif à La Condition de Résidence Applicable Aux Demandeurs d'asile Pour La Prise En Charge de Leurs Frais de Santé.; 2019.
29. Evaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées: le programme "Sindiane."C.AUBAS.pdf
30. FTA\_lettre\_France\_Terre\_dAsile-69-web-V2.pdf. Accessed August 14, 2020. [https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/7694-FTA\\_lettre\\_France\\_Terre\\_dAsile-69-web-V2.pdf](https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/7694-FTA_lettre_France_Terre_dAsile-69-web-V2.pdf)
31. Reynard R. La qualité de vie dans les territoires français. *Rev OFCE*. 2016;N° 145(1):33-48.
32. Nante N, Gialluca L, De Corso M, Troiano G, Verzuri A, Messina G. Quality of life in refugees and asylum seekers in Italy: a pilot study. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(3):424-427.
33. HCSP. *Visite médicale des étrangers primo-arrivants*. Haut Conseil de la Santé Publique; 2015. Accessed April 8, 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>
34. Instructions et circulaires récentes | Legifrance. Accessed April 8, 2020. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=43755>
35. Guisao A. la santé des migrants primo-arrivants: résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens / health of newly arrived migrants: results of nursing assessments carried out from october 2015 to march 2016 in facilities hosting migrants in the greater paris area who were evacuated from the paris camps. :7.
36. Richter K, Peter L, Lehfeld H, Zäske H, Brar-Reissinger S, Niklewski G. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):206.
37. Shawyer F, Enticott JC, Block AA, Cheng I-H, Meadows GN. The mental health status of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic including comparisons with a matched sample of Australian-born residents. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):76.
38. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008;58(3-4):109-122.
39. Führer A, Eichner F, Stang A. Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):703-706.
40. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 2005;365(9467):1309-1314.
41. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):12-24.
42. Dykxhoorn J, Hollander A-C, Lewis G, Magnusson C, Dalman C, Kirkbride JB. Risk of schizophrenia, schizoaffective, and bipolar disorders by migrant status, region of origin, and age-at-migration: a national cohort study of 1.8 million people. *Psychol Med*. 2019;49(14):2354-2363.
43. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*. 2016;352:i1030.

44. Article. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Accessed April 25, 2020. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19-20\\_5.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_5.html)
45. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):18-26.
46. Prévalence dépression 2017. [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119666/file/152124\\_2018-32-33-1.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119666/file/152124_2018-32-33-1.pdf)
47. Harris S, Dykxhoorn J, Hollander A-C, Dalman C, Kirkbride JB. Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS Med.* 2019;16(11):e1002944./journal.pmed.1002944
48. Salas-Wright CP, Vaughn MG. A “refugee paradox” for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend.* 2014;142:345-349./j.drugalcddep.2014.06.008
49. Drogues, chiffres clés - 8ème édition - 2019 - OFDT. Accessed August 11, 2020. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>
50. étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 / nationwide survey on the characteristics of migrants attending the health service access points in France in 2016. :10.
51. Redman EA, Reay HJ, Jones L, Roberts RJ. Self-reported health problems of asylum seekers and their understanding of the national health service: a pilot study. *Public Health.* 2011;125(3):142-144.
52. Blackwell D, Holden K, Tregoning D. An interim report of health needs assessment of asylum seekers in Sunderland and North Tyneside. *Public Health.* 2002;116(4):221-226.
53. Bischoff A, Schneider M, Denhaerynck K, Battagay E. Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *Eur J Public Health.* 2009;19(1):59-64./eurpub/
54. Eckstein B. Primary Care for Refugees. *Am Fam Physician.* 2011;83(4):429-436.
55. Clément R, Lebossé D, Barrios L, Rodat O. Asylum seekers alleging torture in their countries: Evaluation of a French center. *J Forensic Leg Med.* 2017;46:24-29.
56. Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health.* 2010;10(1):659.
57. Document\_travail\_2017\_229\_violences.sexuelles\_enquete.fr.pdf. Accessed August 26, 2020. [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/26153/document\\_travail\\_2017\\_229\\_violences.sexuelles\\_enquete.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf)
58. Goosen S, Uitenbroek D, Wijzen C, Stronks K. Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(7):528-533.
59. Lot F. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. :6.
60. Hobbs M, Moor C, Wansbrough TP, Calder L. The health status of asylum seekers screened by Auckland Public Health in 1999 and 2000. *NZ Med J.* Published online 2002.
61. Kortas AZ, Polenz J, von Hayek J, et al. Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015: a systematic single-centre analysis. *Public Health.* 2017;153:1-8.
62. Panagiotopoulos T. Screening for infectious diseases in newly arrived migrants in Europe: the context matters. *Eurosurveillance.* 2018;23(28).
63. Wilson S. Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU EEA.
64. Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra C-N, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2018;23(14).
65. Vanino E, Tadolini M, Attard L, et al. Systematic Tuberculosis Screening in Asylum Seekers in Italy. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2017;65(8):1407-1409.

66. Ehlkes L, George M, Knautz D, et al. Negligible import of enteric pathogens by newly-arrived asylum seekers and no impact on incidence of notified Salmonella and Shigella infections and outbreaks in Rhineland-Palatinate, Germany, January 2015 to May 2016. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2018;23(20).
67. DeVetten G, Dirksen M, Weaver R, Turin T, Aucoin M. Parasitic stool testing in newly arrived refugees in Calgary, Alta. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2017;63:e518-e525.
68. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med.* 2017;24(4).
69. Ceccarelli G, Sulekova LF, Milardi GL, Lopalco M, Vita S, Gabrielli S. Prevalence of intestinal parasitic infections among asylum seekers. *Can Fam Physician.* 2018;64(2):88.
70. Jean-Charles L. Haute Autorité de santé. Published online 2017:60.
71. Schistosomiase (bilharziose). Accessed August 29, 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>
72. Migrant health series: Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel. European Centre for Disease Prevention and Control. Published August 15, 2011. Accessed April 25, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/migrant-health-series-improving-hiv-data-comparability-migrant-populations-and>
73. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2013;23(6):1039-1045.
74. Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR.pdf.
75. Refugees UNHC for. Refworld | Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response. Refworld. Accessed April 25, 2020. <https://www.refworld.org/docid/3edcd0661.html>
76. Thematic Report: Migrants - Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress. European Centre for Disease Prevention and Control. Published September 20, 2013. Accessed April 25, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/thematic-report-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-partnership>
77. Del Amo J, Likatavičius G, Pérez-Cachafeiro S, et al. The epidemiology of HIV and AIDS reports in migrants in the 27 European Union countries, Norway and Iceland: 1999-2006. *Eur J Public Health.* 2011;21(5):620-626.
78. Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. *J Public Health Oxf Engl.* 2007;29(4):420-428.
79. Goosen S, Hoebe C, JPA, Waldhober Q, Kunst AE. High HIV Prevalence among Asylum Seekers Who Gave Birth in the Netherlands: A Nationwide Study Based on Antenatal HIV Tests. *PLoS ONE.* 2015;10(8).
80. Sida et VIH | Inserm - La science pour la santé. Accessed August 26, 2020. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih>
81. Dalekos GN, Zervou E, Karabini F, Tsianos EV. Prevalence of viral markers among refugees from southern Albania: increased incidence of infection with hepatitis A, B and D viruses. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1995;7(6):553-558.
82. Roussos A, Goritsas C, Pappas T, Spanaki M, Papadaki P, Ferti A. Prevalence of hepatitis B and C markers among refugees in Athens. *World J Gastroenterol WJG.* 2003;9(5):993-995.
83. Prévalence des hépatites B – Santé publique France. Accessed August 29, 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/articles/prevalence-de-l-hepatite-b>
84. Montesi L, Caletti MT, Marchesini G. Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing World. *World J Diabetes.* 2016;7(3):34-44.
85. Goosen S, Middelkoop B, Stronks K, Agyemang C, Kunst AE. High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2014;31(12):1532-1541.

86. Gholap N, Davies M, Patel K, Sattar N, Khunti K. Type 2 diabetes and cardiovascular disease in South Asians. *Prim Care Diabetes*. 2011;5(1):45-56.
87. Choukem SP, Fabreguettes C, Akwo E, et al. Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub-Saharan Africans. *Diabetes Metab*. 2014;40(1):56-60.
88. Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol*. 2012;27(2):109-117.
89. *Loi N° 2016-41 Du 26 Janvier 2016 de Modernisation de Notre Système de Santé*; 2016.
90. Charte-signee-scan19-12-2012.pdf. Accessed April 7, 2020. <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>
91. Fiche-pratique-Interpretariat-par-telephone.pdf. Accessed April 7, 2020. <https://ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2015/06/Fiche-pratique-Interpr%C3%A9tariat-par-telephone.pdf>
92. Rhizome\_55.pdf. Accessed April 7, 2020. [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rhizome\\_Orspere-Samdarra/Rhizome\\_55.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rhizome_Orspere-Samdarra/Rhizome_55.pdf)
93. Interpretariat linguistique dans le domaine de la santé. Haute Autorité de Santé. Accessed April 7, 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante)
94. Touraine M. La ministre des affaires sociales et de la santé,. Published online 2017:2.
95. ISM Interpretariat - Le dialogue à trois. Accessed April 8, 2020. <https://ism-interpretariat.fr/>
96. Enticott JC, Shawyer F, Vasi S, et al. A systematic review of studies with a representative sample of refugees and asylum seekers living in the community for participation in mental health research. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):37.
97. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee. Accessed May 4, 2020. <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
98. Nomenclature relative au niveau de diplôme. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Accessed May 3, 2020. [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html)
99. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement. Accessed May 3, 2020. <https://www.feantsa.org/fr/ressource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement?bcParent=27>
100. Laurence S, Durand E, Thomas E, Chappuis M, Corty JF. Food insecurity and health status in deprived populations, 2014: a multicentre survey in seven of the social and medical healthcare centres (CASOs) run by Doctors of the World, France. *Public Health*. 2017;143:97-102.
101. Referentiel\_tabac.pdf. Accessed May 3, 2020. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
102. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. 1995;56(4):423-432.
103. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi? Que représente un verre d'alcool? - alcoolinfoservice - Alcool Info Service. NomSite. Accessed May 3, 2020. <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool>
104. Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Rev*. 2017;38(1):22. doi:10.1186/s40985-017-0065-4
105. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. 1968; 16(5):622-626.
106. A manual of guidelines. :30.
107. Salvi F, Miller MD, Grilli A, et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(10):1926-1931.

108. Salvi F, Miller MD, Towers AL, Morichi V, Des P. Manuel de directives pour la cotation de l'échelle «Modified cumulative illness rating scale (CIRS)» Manuel CIRS, traduit par l'ANQ, version 10/2013c \*). :19.
109. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res.* 1992;41(3):237-248.
110. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol.* 2005;58(6):603-608.
111. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2006;15(1):83-91.
112. Brett T, Arnold-Reed DE, Troeung L, Bulsara MK, Williams A, Moorhead RG. Multimorbidity in a marginalised, street-health Australian population: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(8):e005461.
113. 68.pdf. Accessed April 14, 2020. [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
114. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1171-1178.
115. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):903-912.
116. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res.* 1992;1(5):349-351.
117. Perneger TV, Leplège A, Etter J-F, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol.* 1995;48(8):1051-1060.
118. Haute Autorité de santé. Published online 2013:32.
119. Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Mackinnon A. Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Res.* 2007;152(1):63-71.
120. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(2):202-209.
121. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci.* 1974;19(1):1-15.
122. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
123. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2003;18(7):361-364. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.03.004
124. Pull CB. [DSM-IV]. *L'Encephale.* 1995;21 Spec No 5:15-20.
125. DSM-AESP1.pdf. Accessed April 20, 2020. <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/04/DSM-AESP1.pdf>
126. Brief Psychiatric Rating Scale Expanded | Se rétablir. Accessed August 11, 2020. <https://www.seretablir.net/outils-evaluations/brief-psychiatric-rating-scale-expanded/>
127. Mouaffak F, Morvan Y, Bannour S, et al. Validation of the French version of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale with anchor BPRS-E(A). *L'Encéphale.* 2010;36:294-301.
128. Cartes France et monde, plans de ville, atlas - ViaMichelin. Accessed August 11, 2020. <https://www.viamichelin.fr/web/Cartes-plans>
129. Freedman J. Introduire le genre dans le débat sur l'asile politique. L'insécurité croissante pour les femmes réfugiées en Europe. *Cah CEDREF Cent D'enseignement D'études Rech Pour Études Féministes.* 2004;(12):61-80.

130. Formation linguistique à visée d'insertion en direction des primo-arrivants – Ancrages. Accessed August 16, 2020. <https://ancrages.org/formations-2/formation-linguistique/>
131. Osiris Interprétariat - Plateforme d'interprétariat spécialisé dans le soin Skeleton Application. Accessed April 20, 2020. <http://www.osiris-interpretariat.org/>
132. 84 % de la population mondiale est religieuse. Accessed August 11, 2020. [http://www.lemondedesreligions.fr/actualite/84-de-la-population-mondiale-est-religieuse-18-01-2013-2925\\_118.php](http://www.lemondedesreligions.fr/actualite/84-de-la-population-mondiale-est-religieuse-18-01-2013-2925_118.php)
133. Manuel\_persecution\_genre\_dec2017.pdf. Accessed August 29, 2020. [https://www.gisti.org/IMG/pdf/manuel\\_persecution\\_genre\\_dec2017.pdf](https://www.gisti.org/IMG/pdf/manuel_persecution_genre_dec2017.pdf)
134. Lettre\_cadrage\_personnalisation\_de\_l\_accompagnement\_des\_demandeurs\_d\_asile\_accueillis\_en\_cada\_mai\_2013.pdf. Accessed August 26, 2020. [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre\\_cadrage\\_personnalisation\\_de\\_l\\_accompagnement\\_des\\_demandeurs\\_d\\_asile\\_accueillis\\_en\\_cada\\_mai\\_2013.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_cadrage_personnalisation_de_l_accompagnement_des_demandeurs_d_asile_accueillis_en_cada_mai_2013.pdf)
135. Douleur et Analgésie : Présentation de la revue. Accessed August 26, 2020. <https://archives-dea.revuesonline.com/accueil.jsp>
136. Fond G, Tinland A, Boucekine M, et al. Prescription of potentially inappropriate psychotropic drugs in homeless people with schizophrenia and bipolar disorders. Results from the French Housing First (FHF) program. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;89:84-89.
137. Giuntella O. Immigration, Working Conditions, and Health. :30.
138. The “healthy immigrant” effect: Does it exist in Europe today? | Request PDF. Accessed August 29, 2020. [https://www.researchgate.net/publication/286641429\\_The\\_healthy\\_immigrant\\_effect\\_Does\\_it\\_exist\\_in\\_Europe\\_today](https://www.researchgate.net/publication/286641429_The_healthy_immigrant_effect_Does_it_exist_in_Europe_today)
139. A “Healthy Immigrant Effect” or a “Sick Immigrant Effect”? Selection and Policies Matter. ResearchGate.
140. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? | European Journal of Public Health | Oxford Academic. Accessed August 29, 2020. [https://academic.oup.com/eurpub/article/24/suppl\\_1/80/563158](https://academic.oup.com/eurpub/article/24/suppl_1/80/563158)
141. Puschmann P, Donrovich R, Matthijs K. Salmon Bias or Red Herring? *Hum Nat Hawthorne N*. 2017;28(4):481-499.
142. La souffrance psychique des exilés\_Rapport pages.pdf. Accessed August 29, 2020. [https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s\\_Rapport%20pages.pdf](https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf)
143. À Marseille, des migrants montent une association pour dénoncer les violations de leurs droits - InfoMigrants. Accessed August 29, 2020. <https://www.infomigrants.net/fr/post/24154/a-marseille-des-migrants-montent-une-association-pour-denoncer-les-violations-de-leurs-droits>
144. La route migratoire de Méditerranée centrale en période de COVID-19 | Actualité | Parlement européen. Published June 15, 2020. Accessed August 29, 2020. <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/press-room/20200614IPR81201/la-route-migratoire-de-mediterranee-centrale-en-periode-de-covid-19>
145. FrC G. Crise sanitaire : quel impact sur les déplacements forcés? Forum réfugiés - Cosi. Accessed August 29, 2020. <https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-europe/744-crise-sanitaire-quel-impact-sur-les-deplacements-forces>
146. Ministère de l'Intérieur. L'accompagnement du demandeur d'asile. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-parcours-du-demandeur-d-asile/L-accompagnement-du-demandeur-d-asile>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-parcours-du-demandeur-d-asile/L-accompagnement-du-demandeur-d-asile>
147. Forum réfugiés. Structure de premier accueil des demandeurs d'asiles (Forum réfugiés). Forum réfugiés - Cosi. Accessed April 11, 2020. <https://www.forumrefugies.org/nos-actions/en-france/demandeurs-d-asile/premier-accueil>

148. Système d'information EURODAC | CNIL. Accessed May 2, 2020. <https://www.cnil.fr/fr/systeme-dinformation-eurodac>
149. L'Asile - La préfecture de Police. Accessed April 12, 2020. <https://www.prefecture-depolice.interieur.gouv.fr/Demarches/Particulier/Ressortissants-et-rangers/Ressortissants-et-rangers/L-Asile#ancree-0>
150. Office Français Immigration Intégration. OFII - Accueil des demandeurs d'asile. Accessed April 11, 2020. <http://www.ofii.fr/demande-d-asile>
151. La vulnérabilité. Accessed May 2, 2020. [https://asile-en-france.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9:la-vulnerabilite&catid=8&showall=1&Itemid=117](https://asile-en-france.com/index.php?option=com_content&view=article&id=9:la-vulnerabilite&catid=8&showall=1&Itemid=117)
152. Ministère de l'Intérieur. L'accès à la procédure et le droit au maintien sur le territoire. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-acces-a-la-procedure-et-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-acces-a-la-procedure-et-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire>
153. Convention de New York (1954) | OFPRA. Accessed May 2, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/convention-de-new-york-1954>
154. [guide\\_des\\_procedures\\_ofpra\\_-\\_juillet\\_2018.pdf](#).
155. Ministère de l'Intérieur. L'irrecevabilité et la clôture de la demande d'asile. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-irrecevabilite-et-la-cloture-de-la-demande-d-asile>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-irrecevabilite-et-la-cloture-de-la-demande-d-asile>
156. Ministère de l'Intérieur. L'examen par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-examen-par-l-Office-francais-de-protection-des-refugies-et-apatrides-OFPRA>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-examen-par-l-Office-francais-de-protection-des-refugies-et-apatrides-OFPRA>
157. l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. OFPRA : L'exclusion et le refus de statut. Accessed April 11, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/l-exclusion-et-le-refus-de-statut>
158. l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. OFPRA : Les réexamens. Accessed April 11, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-reexamens>
159. l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. OFPRA : Les voies de recours. Accessed April 11, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-voies-de-recours>
160. Ministère de l'Intérieur. L'examen par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-examen-par-la-Cour-nationale-du-droit-d-asile-CNDA>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-conditions-d-examen-de-la-demande-d-asile/L-examen-par-la-Cour-nationale-du-droit-d-asile-CNDA>
161. Ministère de l'Intérieur. La décision de rejet de l'OFPRA ou de la CNDA. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/La-decision-de-rejet-de-l-OFPRA-ou-de-la-CNDA>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/La-decision-de-rejet-de-l-OFPRA-ou-de-la-CNDA>
162. Le Conseil d'État. CE : structure. Conseil d'État : la structure. Accessed April 11, 2020. <https://www.conseil-etat.fr/le-conseil-d-etat/missions>
163. Ministère de l'Intérieur. Le retour aidé dans le pays d'origine. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/Le-retour-aide-dans-le-pays-d-origine>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/Le-retour-aide-dans-le-pays-d-origine>

164. Ministère de l'Intérieur. Le retour contraint dans le pays d'origine. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/Le-retour-contraint-dans-le-pays-d-origine>. Accessed April 11, 2020. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-consequences-du-rejet-de-la-demande-d-asile-sur-le-droit-au-maintien-sur-le-territoire/Le-retour-contraint-dans-le-pays-d-origine>
165. Saralogisol. Accueil. SARA LOGISOL. Accessed April 29, 2020. <http://saralogisol.fr/>
166. La Comede. Le Comede en région PACA | Comede. Published September 27, 2016. Accessed April 11, 2020. <https://www.comede.org/le-comede-en-region-paca/>
167. Pays d'origine sûrs | OFPRA. Accessed May 2, 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/pays-d-origine-surs>
168. Convention de Dublin sur la détermination de l'État responsable de l'examen d'une demande d'asile (15 juin 1990). CVCE.EU by UNILU. Published September 26, 2012. Accessed May 2, 2020. [https://www.cvce.eu/obj/convention\\_de\\_dublin\\_sur\\_la\\_determination\\_de\\_l\\_etat\\_responsable\\_de\\_l\\_examen\\_d\\_une\\_demande\\_d\\_asile\\_15\\_juin\\_1990-fr-8299847c-3aff-426c-a990-675774627e5a.html](https://www.cvce.eu/obj/convention_de_dublin_sur_la_determination_de_l_etat_responsable_de_l_examen_d_une_demande_d_asile_15_juin_1990-fr-8299847c-3aff-426c-a990-675774627e5a.html)
169. Règlement (UE) no 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride. :29.
170. La procédure de la demande d'asile. Info droits étrangers. Accessed May 2, 2020. <http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/la-procedure/>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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



# Résumé

**Introduction** Le nombre de personnes en situation de demande d'asile augmente chaque année en France, avec 138 420 nouvelles demandes d'asile en 2019. Paradoxalement la santé de ces personnes n'a été étudiée que dans des travaux de faible envergure ou avec des populations non représentatives.

Le parcours de cette population, depuis le pays de naissance jusqu'en France, la rend particulièrement vulnérable. Dépister les pathologies psychiatriques et somatiques des demandeurs d'asiles est donc un défi en termes de santé publique.

**Matériel et méthodes** L'objectif de notre étude pilote est d'évaluer la faisabilité de l'étude PREMENTADA, qui est une recherche standardisée mesurant la prévalence des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les demandeurs d'asiles à Marseille, sur un groupe de 1080 personnes.

Notre étude était prospective, observationnelle et monocentrique. Elle s'est déroulée aux alentours de la SPADA de Marseille sur une période d'inclusion de 9 mois. Les critères d'inclusions comprenaient : âge supérieur à 18 ans, procédure de demande d'asile en cours, enregistrement à la SPADA de Marseille et capacité à consentir à la participation à l'étude.

Nous avons mis en place un protocole de faisabilité articulé autour d'entretiens pour 51 demandeurs d'asile non-présélectionnés. Une équipe mobile de deux médecins formés (une psychiatre et un généraliste) se déplaçait à la SPADA pour réaliser les entretiens comportant un questionnaire quantifiant la santé avec un recueil de données socio-démographiques et passation des échelles SF-12, CIRS, RHS-15, BPRS et MINI

Notre objectif principal était évalué par le nombre de participants éligibles ayant répondu à toutes les questions lors de l'entretiens.

**Résultats** : Sur 139 patients éligibles, 51 ont participé à l'étude (37%). Tous les patients inclus ont répondu au questionnaire socio-démographique et aux questionnaires SF12, CIRS et RHS-15. Le questionnaire BPRS a été proposé à 26 patients pour lesquels 100% des réponses ont été obtenues. En revanche, la réalisation du questionnaire MINI dans sa totalité n'a pas été possible. La durée moyenne du questionnaire était de 43 minutes et 12 secondes. Sur le plan logistique, le lieu choisi était adapté au recrutement. L'interprétariat téléphonique utilisé a été très satisfaisant. Un binôme mixte professionnels de santé était nécessaire. Peu de bilans sanguins ont été réalisés enquêteurs mais de nombreuses comorbidités ont été découvertes.

**Discussion** : Les premiers résultats analysés des questionnaires laissent présager un état de santé psychique très dégradé et une santé somatique relativement bonne.

Les premiers résultats des bilans sanguins montrent toutefois une importante prévalence de pathologies somatiques, non déclarées lors des questionnaires.

**Conclusion** Le protocole PREMENTADA a démontré sa faisabilité dans l'ensemble, mais quelques ajustements sont nécessaires.

L'étude PREMENTADA, de grande envergure, permettra de vérifier nos résultats préliminaires et d'obtenir les informations nécessaires à l'accueil de la population des demandeurs d'asile sur le plan sanitaire.

**Mots-clés** : Demandeurs d'asile – Accès aux soins – Santé publique – Santé mentale – Santé somatique – Faisabilité – Marseille.