



HAL
open science

Vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile : représentations et attentes de la consultation avec le médecin généraliste

Marie Taffin, Arnaud Boudet-Girard

► To cite this version:

Marie Taffin, Arnaud Boudet-Girard. Vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile : représentations et attentes de la consultation avec le médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03020025

HAL Id: dumas-03020025

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03020025>

Submitted on 23 Nov 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.

**Vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile :
représentations et attentes de la consultation avec le médecin généraliste.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 28 Octobre 2020

Par Madame Marie TAFFIN

Née le 27 juillet 1992 à Nantua (01)

Et

Par Arnaud BOUDET-GIRARD

Né le 27 Janvier 1992 à Decines- Charpieu (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Directeur

**Vécu des soins primaires par les demandeurs d'asile :
représentations et attentes de la consultation avec le médecin généraliste.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 28 Octobre 2020

Par Madame Marie TAFFIN

Née le 27 juillet 1992 à Nantua (01)

Et

Par Arnaud BOUDET-GIRARD

Né le 27 Janvier 1992 à Decines- Charpieu (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUÇASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
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
SARLES 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
VIALETTES 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	RUFO 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

EMERITAT

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	VIALETES 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>GUYS 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	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

////////////////////////////////////

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
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

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	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

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)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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 Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE 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)

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)

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 VISCÉRALE 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 INFANTILE 5402

GUYSS 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)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-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)

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

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

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 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)

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

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)

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

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

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

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

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)
 FERON François (PR) (69ème section)

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (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)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

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

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

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 1/10/2019)

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

OPHTALMOLOGIE 5502

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

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)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

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

NEUROCHIRURGIE 4902

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

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

NEUROLOGIE 4901

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)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-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)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

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-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

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)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements communs

Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Nous vous remercions chaleureusement pour l'intérêt porté à ce travail et nous accueillerons avec respect votre appréciation. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération pour votre investissement dans l'enseignement de cette magnifique discipline qu'est la Médecine Générale.

Monsieur le Professeur Jean Naudin,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre thèse et d'apporter votre réflexion sur ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pascal Auquier,

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Votre expertise de médecin en Santé Publique et de Chef de pôle de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Marseille sera précieuse lors de la présentation de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

Madame le Docteur Maeva Jego-Sablier,

Tu as été une directrice de thèse en or. Merci pour ta disponibilité et ton regard expert. Tu nous as accompagnés et soutenus avec bienveillance tout au long de ce travail et nous te remercions du fond du cœur pour cela.

Merci à **toutes les personnes interviewées** pour vos témoignages. Vous êtes les premiers auteurs de ce travail.

Merci à **toutes les associations et structures** qui ont permis de près ou de loin la réalisation de cette thèse.

Remerciements Marie

A **Mathieu**, mon amour, mon complice. Merci pour ton écoute, ton soutien et ta patience. Ton énergie m'a aidée à surmonter les moments de doute. En route pour de nouveaux projets !

A **mes parents**, pour votre soutien durant toutes ces années. La distance et les sacrifices exigés par mes études n'ont pas toujours été simples, merci de m'avoir toujours encouragée. Votre courage dans l'adversité a été un exemple. J'espère vous rendre fiers.

A **ma sœur, Claire**. Merci d'avoir été là, en particulier lors de mes premiers pas à Marseille. Bravo pour ton parcours, je suis heureuse de te savoir pleinement épanouie dans cette nouvelle vie professionnelle.

A **mes grands-parents**, en particulier ma grand-mère maternelle Noëlle : merci pour ta générosité, ta bienveillance et cette complicité qui nous a toujours liées et mon grand-père paternel Jacques : merci de m'avoir accueillie chaleureusement durant ma première année de médecine.

A **mes amis** pour tous ces merveilleux moments passés ensemble :

A **mes amies lyonnaises de l'externat**. On a vécu des moments de galère et de doute mais aussi des moments de joie inoubliables ! **Caro** : merci d'avoir toujours été présente et bienveillante, je suis fière de notre parcours depuis les bancs de l'école primaire ; **Shannon et Pauline** : vous avez été des modèles durant mes études et surtout mes acolytes d'aventures, quel séjour magique à vos côtés au Pérou ! ; **Fanny et Charline** : des moments insolites partagés avec vous, vivement les prochains challenges ! Merci pour votre écoute dans les moments difficiles et pour la générosité que vous avez toujours eue pour moi. **Lison** : 3 belles années de bonne humeur dans notre colocation, prépare-toi pour des moments sportifs en Isère ! ; **Perrine** : pour ta bonne humeur communicative ; **Camille et Claire** : merci pour ces bons moments partagés ensemble.

A **mes amis de l'internat** : l'équipe martégale ! Un semestre partagé ensemble et trois belles années avec vous à Marseille : **Fanny, Benjamin, Charlotte, Yvan, Laurie, Manon, Lucas, Anaïs, Léa, Olivier et Marie**

A **Vaniala**, pour sa précieuse amitié malgré la distance.

A **Julie et Mathieu, Joséphine et Adrien, Léo, Lolie et Guillaume, Morgane et Maxime, Marina et Guillaume, Jean Yves**. Des moments festifs à vos côtés et je sens que c'est loin d'être fini... !

A **Catherine**, merci pour l'accompagnement bienveillant depuis le début de mon cursus.

A **ma belle-famille** : **Chantal et Patrice**, merci pour votre accueil toujours chaleureux à Gap, **Cécile, Pierre Henri, Léa et Mathis** : je me réjouis déjà de nos futurs week-ends à la montagne.

A **Arnaud, mon co-thésard**. Ce projet est né d'une volonté commune de s'intéresser au thème de la précarité en santé. Ce fut une belle expérience enrichissante à tes côtés !

A tous les médecins bienveillants qui ont participé à ma formation durant mes études et plus particulièrement : au **Dr Martin Devoir** pour mes premiers pas en cabinet de ville, à **l'équipe de l'UHSI de l'hôpital Nord** : ce stage a été humainement le plus enrichissant ; aux pédiatres **Dr Niel Bernard et Dr Dehri** ; au **Dr Mimari** et au **Dr Amoros** en gynécologie, au **Dr Auzet** pour le partage de ses connaissances en dermatologie et enfin les médecins de mon SASPAS : **Dr De Taddeo, Dr Rambaud, Dr Laugero, Dr Choay, Dr Rei**, merci pour votre confiance et votre accompagnement tout au long du semestre.

Remerciements Arnaud

A ma famille, parce que le plus important n'est pas le nombre mais qu'elle soit unie.

A **Anaïs**, parce que chaque jour à tes côtés m'éveille à la vie.

A **mes parents**, pour votre soutien et votre amour indéfectibles. **Ma mère**, pour ta bienveillance constante et ton oreille attentive. **Mon père**, pour ta générosité et ta bonne humeur. Merci pour tout, tout le temps.

A mon frère, **Etienne**, pour ces moments de joie passés, présents et futurs. Merci d'être là. A **Julie** et **Lucas**, que la route s'annonce belle tous ensemble.

A ma tante et marraine, **Pascale**. Ta bonté et ton altruisme sont des modèles pour moi.

A ma tante **Chantal**, pour ton affection depuis toutes ces années.

A ma grand-mère, **Suzanne**, pour ton soutien sans faille depuis le balcon de la rue Nungesser et Coli.

A mes grands-parents **Suzanne, Pierre et Georges**, A mon oncle **Robert**. Vous êtes présents dans nos cœurs.

A **ma belle-famille**, merci pour tous ces beaux moments partagés ensemble.

A tous mes amis,

A **Los Potos**, parce que je suis fier d'avoir grandi et de continuer à me construire à vos côtés malgré la distance :

-A mes hnounes bien snanées : à **Brice**, mon ami de toujours, à **Hedy**, pour nos discussions interminables dans ton corbillard, à **Saam**, pour ta fidélité en amitié et ce confit d'oignon, merci à tous les trois d'être là. A **Fitouch**, à **Avi**, à **Sosgueg**, à **Jerem**, à **Axel**, à **Nico**, plein de belles marrades passées et à venir.

-A toutes les poules : à **JB**, à **Lénou**, à **Justine**, à **Mégane**, à **Laeti**, à **Sophie**, à **JD**, à **Marine**, à **Chloé**, à **JA**, vous comptez énormément pour moi.

Au **cercle des piliers** :

A **Yann**, parce que tu vas compter ça comme un titre.

A **Stan**, pour ta boulimie de vie et ta passion pour les corps-à-corps.

A **Alexandra et Madeleine**, pour le serrage de coudes intensif pendant toutes ces années.

A **Mathieu**, pour ce cheminement à deux pendant l'internat, ton rayonnement d'âme et les gamelles-doubles gamelles.

A **Thibault, Thicul, Kouni et Ravanic** pour le zadisme au Mont Senac.

A **Guigui et Laurette** et notre passion Novartis, au Capichef **Arthur et Sixtine** la maire de Hyères, à **Marie** Pasmoi et **Julien** Pannou, à **Léa**, à **Camille**, à **Gaet** et à **Clotilde**, magnifique équipe marseillaise.

A **Penpen et Arthur**, pour ces futurs après-midis à Sausset les Pins.

A **Ugo, Vikus, Christian, Gentes, Pierre-Etienne et toute l'équipe du Cha** pour ces belles années passées et à venir.

A **Marie**, ma co-thésarde, pour ce travail accompli ensemble dans la bienveillance.

A **tous mes co-internes de Hyères, Lucie, Manon, Mylène, Magali, Chloé**, plus solides que les murs de l'internat.

A **tous mes co-internes de Manosque, Martin, Jules, Ravin, Isa, Julien**, une équipe de smuristes comme on en verra plus.

A **toute l'équipe de la PASS, Marie, Jeremy, Thibault, Priya, Jerome, Josie, Said, Sabrina, Carole, Mathilde**, merci pour ce stage riche d'enseignements que l'on ne trouve pas dans les bouquins de médecine.

A **toute l'équipe de la PMI Belle de Mai**, merci pour votre partage de connaissances sur des sujets qui m'étaient inconnus.

Aux **Drs Chiausa, Matheron et Lamarchi**, merci pour le partage des connaissances médicales et surtout extra médicales.

Et merci à **tous les autres...**

Table des matières

1. Introduction.....	3
1.1. Introduction générale.....	3
1.2. Contexte	4
1.2.1. Définition d'un demandeur d'asile	4
1.2.2. Déroulement pratique de la demande d'asile.....	5
1.2.3. Droits ouverts aux demandeurs d'asile (logement, allocation, éducation).....	7
1.2.4. Focus sur l'accès aux soins.....	8
1.2.5. La demande d'asile en chiffre.....	10
1.2.6. Structures existantes à Marseille	11
1.2.7. Les profils des personnes en demande d'asile	12
1.2.8. Obstacles au maintien de la santé et au recours aux soins en France.....	14
1.2.9. Connaissances actuelles sur l'état de santé des demandeurs d'asile.....	17
1.2.10. Prise en charge des demandeurs d'asile par les médecins généralistes.....	17
1.3. Objectifs de l'étude.....	18
1.3.1. Objectif principal.....	18
1.3.2. Objectifs secondaires.....	18
2. Méthodes	19
2.1. Choix de la méthode	19
2.2. Population de l'étude et taille de l'échantillon	19
2.3. Modalités de recrutement.....	20
2.4. Modalités de recueil des données.....	20
2.5. Analyse des données	20
2.6. Éthique	21
3. Résultats	22
3.1. Caractéristiques des entretiens.....	22
3.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	23
3.3. Arbre de codage	24
3.4. Du pays d'origine à l'arrivée en France : une mise en tension du corps.	25
3.4.1. Des stigmates psychiques et physiques	25
3.4.2. Une fragilisation de l'état de santé	27
3.4.3. La consultation médicale : expression de la douleur et attente du diagnostic.....	28
3.4.4. Légitimer la demande d'asile.....	30
3.5. Des représentations des soins façonnées par le parcours de vie	32
3.5.1. Négligence de la santé dans le pays d'origine	32
3.5.2. Vulnérabilité sanitaire en France et impact sur le suivi médical	34
3.5.3. Sentiment d'illégitimité et ressenti de discrimination dans les soins.....	37
3.5.4. Disponibilité du médecin pour son patient	39
3.6. Les éléments déterminant le choix du médecin généraliste.....	42
3.6.1. Une rencontre orientée par le tissu social... ..	42
3.6.2. ... Impliquant un médecin bienveillant avec des connaissances administratives et sociales adaptées au statut des personnes en demande d'asile	44
3.6.3. L'instauration d'un cadre sécurisant.....	47

3.6.4.	Le rôle de pilier du médecin	49
3.7.	Le devenir en France : santé et projet de vie futur	53
3.7.1.	La santé avant tout, quel que soit leur statut.....	53
3.7.2.	Fidélité au médecin généraliste	55
3.7.3.	Un statut limitant les projets	55
3.7.4.	Solidarité envers les demandeurs d’asile	56
4.	Discussion.....	59
4.1.	Résultats principaux de l’étude	59
4.2.	Discussion autour des atouts et des limites de l’étude	59
4.2.1.	Intérêt de l’étude.....	59
4.2.2.	Population de l’étude.....	60
4.2.3.	Déroulement des entretiens	61
4.2.4.	Analyse des données.....	63
4.3.	Regards croisés entre les demandeurs d’asile et les médecins généralistes	63
4.3.1.	Des attentes relationnelles mais des contraintes de communication.....	64
4.3.2.	Une souffrance morale confrontée à des difficultés de prise en charge psychologique.....	66
4.3.3.	Un statut administratif et social particulier opposé à un manque de formation sur les problématiques.....	67
4.4.	Des besoins relationnels exacerbés... ..	69
4.5.	L’importance du tissu social spécifique.....	71
5.	Conclusion :.....	74
	Bibliographie :	76
	Annexes.....	82

1. Introduction

1.1. Introduction générale

Menacés et persécutés dans leur pays d'origine, les demandeurs d'asile sont de plus en plus nombreux à demander la protection de la France. En 2019, 132 826 demandes d'asile ont été enregistrées sur le territoire français soit une hausse de 7,4% par rapport à l'année précédente (1).

La convention de Genève du 28 juillet 1952 définit comme réfugié toute personne qui « *crain*t avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques et qui ne peut ou ne veut se réclamer de son pays d'origine » (2).

Afin d'obtenir cette protection, le demandeur d'asile entreprend une longue procédure administrative pour faire valoir ses droits (3).

Cette démarche s'initie après un passé douloureux à l'origine de leur parcours d'exil. Les traumatismes vécus dans le pays d'origine ainsi que les conditions de voyage ont majoré la fragilité de ces personnes vulnérables. À peine les pieds posés sur le sol français, le demandeur d'asile doit rapidement déposer sa demande d'asile afin de ne pas risquer l'expulsion immédiate du fait d'une situation irrégulière. Loin de leurs proches, dans une langue qui n'est pas toujours comprise, ils se retrouvent projetés dans une précarité sociale importante (4). Ce parcours de rupture est à l'origine d'un bouleversement culturel et d'une perte des repères (5).

L'ensemble des épreuves auxquelles sont confrontées les demandeurs d'asile laissent présager un état de santé fragilisé nécessitant un recours aux soins médicaux.

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins primaires comme "*des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays*" (6). Acteurs de premier recours des soins primaires, les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge les demandeurs d'asile. Les problématiques auxquelles cette population est confrontée ne sont pas toujours évidentes à comprendre pour ces soignants.

Récemment, notre directrice de thèse, le Dr Jego-Sablier Maeva a encadré une étude s'intéressant au ressenti des soins en médecine générale par les migrants bénéficiaires de l'AME (7). L'irrégularité de séjour façonnait les représentations des soins de cette population. Les compétences relationnelles du médecin généraliste étaient attendues en particulier l'écoute, l'humanisme, la bienveillance et la confiance. Les demandeurs d'asile partagent des problématiques communes aux migrants mais ils sont également confrontés à d'autres difficultés du fait des traumatismes particuliers vécus.

Étant donné qu'il existe très peu de données sur les demandeurs d'asile, il nous a paru intéressant d'explorer cette thématique auprès de cette population dont le nombre ne cesse de s'accroître.

L'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de vulnérabilité est l'un des enjeux actuels de santé publique. Afin de répondre adéquatement aux besoins et aux attentes de ces patients, il est intéressant d'explorer leur vécu de la médecine générale ambulatoire.

1.2. Contexte

1.2.1. Définition d'un demandeur d'asile

Amnesty international définit un demandeur d'asile « *comme une personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays mais qui n'a pas encore été reconnue comme réfugiée* » (8).

Le Ministère de l'Intérieur français appuie sur la notion d'expectative du demandeur d'asile en ajoutant qu'il est en attente « *que les autorités compétentes statuent sur sa requête.* » (9). La demande d'asile désigne ainsi le statut juridique d'une personne en attente d'un éventuel octroi d'un statut de protection. Il existe trois statuts de protection en France : le statut de réfugié, la protection subsidiaire et le statut d'apatridie.

Le droit d'asile peut ainsi être demandé par toute personne étrangère à la France qui se réclame de ce droit, principe constitutionnel (10) réaffirmé dans la loi du 29 Juillet 2015.

1.2.2. Déroulement pratique de la demande d'asile

Après avoir défini le statut, intéressons-nous au déroulement pratique de la demande d'asile sur le sol français. Nous nous appuyons sur le guide du demandeur d'asile rédigé par le Ministère de l'intérieur (11).

Lorsqu'une personne arrivant sur le territoire français souhaite effectuer une demande d'asile, elle doit dans un premier temps se signaler auprès d'une structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). Ce sont généralement des associations qui effectuent ce rôle de premier accueil. Pour l'exemple de Marseille où nous avons effectué l'ensemble de nos entretiens, c'est Forum Réfugiés (12) qui a le rôle de PADA.

Un rendez-vous au guichet unique du demandeur d'asile (GUDA) de la préfecture lui est alors donné pour introduire officiellement sa demande d'asile auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA). Lors de ce rendez-vous, des agents de la préfecture sont chargés de relever les empreintes digitales et de retracer les informations concernant le parcours, permettant ainsi de statuer sous quelle procédure la demande d'asile va être étudiée.

Il existe trois grandes procédures en France (10) :

a. Procédure normale

Dans ce cas, c'est bien l'état français qui doit examiner la demande d'asile et la personne n'est pas concernée par la procédure accélérée. Le demandeur d'asile reçoit lors de son passage au GUDA une attestation de demande d'asile et un formulaire de demande d'asile. Il a vingt et un jours pour envoyer ce formulaire auprès de l'OFPRA. Il reçoit ensuite une date de convocation en région parisienne (Fontenay sous-bois) pour un entretien personnel à l'OFPRA, avec possibilité d'interprète. A l'issue de cet entretien, l'OFPRA peut indiquer les décisions suivantes :

- Favorable, dans ce cas le demandeur obtient le statut de réfugié ou bénéficie de la protection subsidiaire.
- Défavorable avec rejet. Dans ce cas, le demandeur d'asile peut entamer un recours devant le Comité National de Demande d'Asile pour réexamen de sa demande.
- Défavorable avec irrecevabilité ou clôture : dans les cas où le demandeur bénéficie déjà d'un statut de protection dans un autre pays (irrecevabilité), ou s'il n'a pas fourni les

documents demandés dans le délai imparti (clôture). Un recours devant le CNDA ou le Tribunal administratif peuvent respectivement être entamés.

Les délais d'examen de la procédure normale sont en général de plusieurs mois. En 2019, la durée médiane de traitement d'une procédure normale est de 110 jours (13).

b. Procédure accélérée

Comme son nom l'indique, elle implique un délai théorique raccourci de seulement quinze jours entre le dépôt de la demande d'asile et l'examen par l'OFPRA. En pratique ce délai est difficilement réalisable puisque, en 2019, le délai médian de traitement d'une procédure accélérée monte à 72 jours (12).

Elle concerne :

- Les ressortissants de pays considérés comme sûrs. Cette liste est mise à jour chaque année par le conseil d'administration de l'OFPRA en fonction des situations politiques des pays. En 2019, on retrouvait sur cette liste (14)16 pays : l'Albanie, l'Arménie, le Bénin, la Bosnie-Herzégovine, le Cap-Vert, la Géorgie, le Ghana, l'Inde, le Kosovo, la Macédoine, Maurice, la Moldavie, la Mongolie, le Sénégal et la Serbie.
- Les personnes ayant déjà fait une demande d'asile qui a été rejetée et qui sollicitent un réexamen.
- Elle peut enfin concerner les personnes qui refusent de donner leurs empreintes, qui soumettent de faux papiers, ou encore qui ont mis plus de 90 jours après leur entrée sur le territoire français pour introduire leur demande d'asile.

Les procédures accélérées ont représenté 31% des demandes globales en 2019 (12).

c. Procédure Dublin III

Cela signifie que l'étude de la demande d'asile ne relève pas du pays où le dossier a été déposé. Cette procédure résulte de la réglementation n°604/2013 (15), dit règlement Dublin III du 26 Juin 2013 entre les 28 membres de l'Union Européenne qui établit que la demande d'asile n'est examinée que par un seul pays européen :

- Soit le premier pays qui a relevé les empreintes du demandeur d'asile.
- Soit le pays qui a accordé un visa ou une première demande d'asile.

La France se met en lien avec l'état membre concerné pour lui demander de prendre en charge la demande d'asile. Elle a un délai de 6 mois pour organiser le transfert après accord du pays qui a reconnu sa responsabilité. Passé ce délai, la personne peut demander l'asile auprès de la France (16).

1.2.3. Droits ouverts aux demandeurs d'asile (logement, allocation, éducation)

Lors du rendez-vous au GUDA, une fois l'attestation de DA délivrée, un agent de l'OFII se charge d'évaluer la situation de vulnérabilité, les besoins matériels ou une éventuelle situation de handicap. Le demandeur d'asile a le droit de bénéficier de conditions matérielles d'accueil comprenant un lieu d'hébergement et une allocation financière tout au long de sa demande d'asile(17,18) :

- **Hébergement du demandeur d'asile**

L'État français, à travers le Dispositif National d'Accueil des demandeurs d'asile coordonné par l'OFII, est censé pouvoir loger l'ensemble de cette population.

Ce dispositif comprend les Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et les hébergements d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA). Lorsqu'il n'y a plus de place disponible, l'OFII oriente les demandeurs d'asile vers des chambres d'hôtel ou dans des CADA d'autres départements ou régions.

- **Allocation financière du demandeur d'asile**

Une allocation de demande d'asile (ADA) mensuelle est versée dans un délai de 21 jours après l'enregistrement de la DA jusqu'à la fin du mois au cours duquel a pris fin le maintien sur le territoire ou de l'acceptation de la demande d'asile (19). Le montant forfaitaire journalier varie en fonction du nombre de personnes dans le foyer et si un logement a pu être fourni (20). Ainsi en 2020, l'ADA s'élève à 6,80 euros/jour pour une personne et à 10,80 euros/jour/foyer s'il y a deux personnes dans le foyer. Il faut ajouter une prime supplémentaire de 7,40 euros/jour/foyer si la ou les personnes n'a(n'ont)pu être hébergée(s).

A titre de comparaison, une personne seule sans logement qui touche le Revenu de Solidarité Active perçoit en 2020 18,82 euros/jour (21).

- **Éducation**

Depuis la rentrée scolaire 2019, l'État français a abaissé l'âge de l'instruction scolaire obligatoire pour tous les enfants de 3 à 16 ans (22) contre 6 à 16 ans auparavant. S'il n'est pas mentionné explicitement dans le nouveau texte de loi qu'il concerne aussi les enfants étrangers, le ministère de l'intérieur rappelle que « le système d'éducation pour les familles des demandeurs d'asile est identique à celui réservé aux nationaux » (23). En pratique, l'inscription à l'école primaire se fait auprès de la mairie de secteur et l'inscription au collège et lycée directement auprès des établissements.

Ces droits se complètent par l'accès à une couverture médicale dont la réglementation a été mise à jour récemment.

1.2.4. Focus sur l'accès aux soins

- **Situation régulière versus irrégulière**

Il est important de comprendre que le demandeur d'asile est considéré en situation régulière par l'Etat Français. A ce titre, il peut bénéficier de la protection universelle maladie (PUMA) et de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, ancienne Couverture Maladie Universelle (CMU)). A l'inverse, une personne en situation irrégulière ne peut prétendre qu'à l'Aide Médicale d'État (AME) (24).

- **Augmentation du délai d'obtention de la couverture maladie à trois mois**

Depuis le 1^{er} Janvier 2020, le demandeur d'asile doit désormais justifier de trois mois de résidence ininterrompue sur le territoire Français pour obtenir une couverture maladie (PUMA + CSS) (25). Auparavant, cette couverture maladie était effective dès l'enregistrement de la demande d'asile.

Cela ne concerne pas les mineurs non accompagnés, les enfants mineurs de parents demandeurs d'asile et les femmes enceintes qui ont toujours accès sans délai à la prise en charge de leurs soins.

Si le délai de 3 mois de résidence pour bénéficier de l'AME est déjà effectif pour les étrangers irréguliers depuis 2003 (26), la publication de cette nouvelle loi a provoqué de nombreux débats dans le milieu associatif (27) et politique (28).

C'est en effet la première fois depuis 1953, date de l'intronisation de l'aide médicale gratuite (29), qu'un délai de carence est instauré pour l'accès aux soins des demandeurs d'asile.

- **Accès aux soins identiques à celui d'un citoyen français**

Une fois le délai de 3 mois passé, le demandeur d'asile a ensuite la même couverture maladie que toute personne qui réside ou travaille avec un statut régulier en France(30) (PUMA +/- CSS selon le plafond de revenu complémentaire). Il peut donc déclarer un médecin traitant, être hospitalisé ou encore avoir accès aux examens complémentaires. A noter qu'il ne possède pas de carte vitale mais simplement une attestation papier justificative de l'assurance maladie.

- **Et en attendant le délai de 3 mois ?**

Le demandeur d'asile peut bénéficier de soins gratuits en attendant l'obtention de sa couverture maladie :

- A l'hôpital pour des soins urgents en cas de pathologie grave ou potentiellement contagieuse : dans ce cas, avec appui d'un certificat médical, le travailleur social du service concerné fait la demande de Dispositif Soins Urgents et Vitaux (DSUV), anciennement connu sous le nom d'Aide Médicale d'Urgence (AMU)(31)
- En permanence d'accès aux soins de santé hospitalière.
- En permanence médicale associative : Médecins du monde, COMEDE
- En Protection Maternelle Infantile pour les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes.
- En Centre de Lutte Antituberculeux pour le dépistage de la Tuberculose, en CeGIDD pour le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et en CSAPA pour les addictions.

1.2.5. La demande d'asile en chiffres

- **Une augmentation continue des demandes, particulièrement pour la région PACA**

Sur l'année 2019, l'OFPPRA a recensé 132 826 demandes d'asile au total (chiffre comprenant les premières demandes, les demandes de réexamen et les mineurs accompagnant). Cela représente une augmentation de 7,6% par rapport à 2018 (cf rapport d'activité de l'OFPPRA, déjà cité (12)).

Le nombre des premières demandes s'élève à 101 513, soit une hausse de 10,1%.

Cet accroissement de la demande est encore plus visible en région PACA : +23% par rapport à 2018 et +17% pour le département des Bouches-du-Rhône par rapport à 2018 (12)

- **Triplement du nombre de demandes depuis dix ans en France**

L'augmentation est encore plus parlante lorsqu'on compare sur les dix dernières années : en 2009, la demande globale a été de 47 686 requêtes (32) et en 2015 de 80 075(33). En dix ans, le nombre de demandes d'asile a donc quasiment triplé en France (+278%).

- **Une augmentation parallèle du nombre de décisions favorables**

En 2019, le taux de protection octroyée (statut de réfugié ou protection subsidiaire) par l'OFPPRA s'élève à 23,7%. Mais le taux global de décision favorable augmente à 39% lorsqu'on prend en compte le recours devant le CNDA.

- **Comparaison avec les pays de l'union européenne**

Lorsqu'on compare avec les pays l'Union Européenne (UE), la France est deuxième (19,9% des demandes totales de l'UE) derrière l'Allemagne (23,3%) (34).

Au niveau des décisions favorables, la répartition est très différente entre les différents pays de l'UE. Par exemple, l'Espagne compte plus de 66% de décision favorable en première instance, l'Allemagne plus de 35% et mais la France seulement 23,7%, comme nous l'avons vu précédemment. Cela s'explique en grande partie par les différences de nationalités des demandeurs d'asile entre chaque pays. Pour l'Allemagne, les ressortissants Syriens, Iraquiens et Turques constituent les trois principaux contingents de demandes d'asile. Le taux

d'acceptation pour ces trois nationalités est élevé sur l'ensemble de l'UE. Pour la France, la Géorgie et l'Albanie sont les deux nationalités les plus représentées, avec un taux d'acceptation beaucoup plus faible puisque considérés comme pays sûrs.

1.2.6. Structures médico-sociales existantes à Marseille

Il ne s'agit pas ici de faire un listage exhaustif de toutes les structures médico-sociales existantes à Marseille, mais plutôt de présenter les plus importantes et celles que nous avons rencontrées via nos entretiens.

- **L'office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) (35):** office sous tutelle du ministère de l'intérieur responsable des conditions matérielles d'accueil des demandeurs d'asile. Elle gère entre autres le versement de l'allocation du demandeur d'asile (ADA) et l'attribution de place d'hébergement en CADA et autres centres d'hébergements provisoires.
- **Forum réfugiés-Cosi (36):** c'est l'association qui a le rôle central de structure de premier accueil pour les demandeurs d'asile à Marseille (SPADA). Elle délivre la convocation au guichet unique du demandeur d'asile à la préfecture puis elle accompagne les demandeurs d'asile tout au long de leur parcours notamment les démarches administratives, la constitution du dossier OFPRA ou encore l'hébergement lorsque l'OFII n'a pas pu trouver de place.
- **COMEDE (Comité pour la santé des Exilés)(37):** Association d'aide pour l'accès aux soins des personnes étrangères, notamment concernant le droit au séjour pour raison médicale (titre de séjour étranger malade, parents d'enfant malades etc...). Elle effectue des consultations physiques médico-sociales, et une permanence téléphonique de conseil est disponible pour les demandeurs d'asile et pour les professionnels.
- **CIMADE (Comité Inter mouvement Auprès Des Évacués)(38) :** Association d'aide juridique et administrative pour accompagner les personnes étrangères dans leur démarche de régularisation,

- **Centre Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA)(39)** : Au nombre de dix à Marseille, les CADA hébergent et accompagnent quotidiennement plusieurs dizaines de demandeurs d'asile. Tous les hébergés sont suivis individuellement par un référent social. Quatre entretiens ont été réalisés avec des demandeurs d'asile issus de CADA
- **Collectif El Manba(40)** : association de soutien et d'accompagnement aux migrants sur Marseille, qui proposent notamment des cours de français. Deux personnes ont été recrutées pour nos entretiens via ce collectif.
- **Association Cent pour un toit (41)**: Association qui contribue au logement de personnes défavorisées. Deux personnes ont été recrutées pour nos entretiens par cette association
- **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) Rimbaud AP-HM (42)** : Situé en milieu hospitalier, c'est un service d'orientation et de suivi médicosocial pour les personnes sans couverture sociale qui ont besoin d'accéder au plateau technique hospitalier.
- **Médecins du monde (43)** : Association nationale et internationale qui propose un accompagnement médicosocial pour les personnes précaires, avec notamment des permanences de consultations médicales.
- **Dispositif PASS de ville (44)** : dispositif d'accompagnement médical et social crée en Janvier 2019 à Marseille, qui permet, en miroir de la PASS hospitalière, l'accès aux professionnels de soins de ville en attendant l'ouverture de leur couverture sociale.

1.2.7. Les profils des personnes en demande d'asile

- **Une population jeune et majoritairement masculine**

Les caractéristiques sociodémographiques des demandeurs d'asiles en France n'ont pas connu de bouleversements majeurs ces dernières années selon le dernier rapport de l'OFPPA publié en Juin 2020 (1).

Ainsi, en 2019, l'âge moyen des demandeurs d'asile est de 30,7 ans. La jeunesse de cette population s'explique sans doute par la nécessité d'un état de santé conservé permettant de pouvoir résister aux conditions de voyage éprouvantes.

Les hommes sont représentés en majorité puisqu'ils sont 67,5% contre 32,5% de femmes.

- **Une diversité dans les pays d'origine**

L'origine géographique des personnes en demande d'asile est variée mais certains pays sont plus représentés du fait des situations sécuritaires actuelles préoccupantes.

L'Afghanistan est le pays le plus représenté. Il est suivi par l'Albanie, la Géorgie, la Guinée, le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, Haïti, le Nigéria, la République démocratique du Congo, et la Syrie.

Tous ont été contraints de quitter leur pays du fait des menaces et des persécutions vécues. Cependant, ces origines multiples entraînent une diversité culturelle parmi les demandeurs d'asile.

- **Des motifs d'exil variables**

Les raisons amenant ces personnes sur la route de l'exil sont multiples. Elles peuvent être d'ordre économiques, culturelles, politiques, environnementales, ou être qualifiées de migrations de contrainte si elles s'imposent aux individus (5).

Concernant les demandeurs d'asile, l'OFPRA distingue plus particulièrement 5 profils de vulnérabilité (1) dont voici la classification :

- **Les mineurs non accompagnés**

Ils doivent convaincre d'être âgés de moins de 18 ans et d'être venus en France sans leurs parents. En 2019, 755 demandes ont été enregistrées auprès de l'OFPRA et 67% ont reçu une protection.

- **Les victimes de torture et de traumatisme**

La Syrie, l'Afghanistan, le Soudan et la Fédération de Russie sont les principaux pays d'où proviennent les allégations de torture. Ces violences subies sont à l'origine de graves conséquences traumatiques pouvant persister sur le long terme.

- **L'orientation sexuelle et l'identité de genre**

Les personnes homosexuelles, bisexuelles, transgenres ou inter sexes peuvent subir des persécutions par les autorités civiles ou religieuses ainsi que par l'environnement familial.

- **La traite des êtres humains**

La traite à des fins d'exploitation sexuelle est majoritairement alléguée par des femmes en provenance du continent africain.

La traite aux fins d'exploitation par le travail est en augmentation ces dernières années. Les personnes en provenance du Bangladesh sont particulièrement confrontées à cette problématique de travail forcé voire à des situations d'esclavage domestique, y compris pour des faits survenus en France.

- **Les femmes victimes de violence**

Les différentes formes de violence évoquées par les femmes en demande d'asile sont les suivantes : violences sexuelles, mariages forcés et précoces, violences conjugales et intrafamiliales, et les mutilations sexuelles.

Ces motifs d'exil attestent des graves traumatismes auxquels les demandeurs d'asile ont été exposés. Les séquelles sur le long terme peuvent être importantes et donc nécessiter un suivi médical adéquat. Cependant, les conditions précaires en terre d'accueil ne semblent pas faciliter cette prise en charge.

1.2.8. Obstacles au maintien de la santé et au recours aux soins en France

- **Une précarité de logement impactant la santé ...**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'accueil des demandeurs d'asile et l'hébergement sont gérés par l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration), sous tutelle du ministère de l'Intérieur(45).

Au 31 décembre 2018, les capacités du dispositif national d'accueil étaient de **86 425** places d'hébergement (46). Face aux nombres de demandeurs d'asile en France, ce nombre est insuffisant pour héberger l'ensemble de cette population. Les principales structures d'hébergement sont représentées par les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (*CADA*) avec une capacité de 41 370 places en 2018. D'autres dispositifs complètent les CADA mais les places sont insuffisantes : hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (*HUDA*), hébergements en accueil temporaire- service de l'asile (*AT-SA*), centres d'accueil et

d'orientation (*CAO*), hébergements en programme d'accueil et hébergements des demandeurs d'asile (*PRADHA*).

Diverses problématiques apparaissent pour les demandeurs d'asile. Tout d'abord, ces logements précaires sont suspendus à la durée de la procédure d'asile (47).

Seulement un tiers des demandeurs d'asile sont effectivement accueillis en CADA (48). Face au manque de places dans les centres d'accueil, un certain nombre d'entre eux se retrouvent sans logement. Les hébergements d'urgence, par le Samu social (115) peuvent leur permettre de dormir dans un foyer d'accueil pour une ou quelques nuit(s), sans possibilité de rester la journée(49). Nombre d'entre eux vivent alors à la rue.

Or, toute forme de précarité de logement a des conséquences directes sur la santé (50).

Tout d'abord, la stabilité géographique est essentielle pour la continuité des soins. Les déplacements incessants empêchent un suivi médical adéquat (48). Les difficultés à se rendre aux rendez-vous médicaux et à adhérer au parcours de soins sont ainsi soulevées (50). La surveillance médicale est simplifiée lorsqu'elle est réalisée par les mêmes professionnels de santé. L'état de santé est connu par le médecin et la confiance du patient envers le soignant s'instaure progressivement.

Ensuite, l'insalubrité de l'habitat peut altérer directement la santé. Les conséquences sont diverses (48–51) : le saturnisme lié aux peintures de plomb, les maladies respiratoires liées à l'humidité et aux moisissures, les maladies infectieuses favorisées par les équipements sanitaires précaires et les troubles psychiques (dépression, troubles cognitifs, troubles du sommeil) liés au manque de lumière et à la taille exiguë du logement.

Enfin, l'ancrage géographique engendre le lien social (50). Isolés à l'arrivée en France, les demandeurs d'asile ont particulièrement besoin de développer un réseau relationnel. Ce dernier permet d'échanger les informations concernant les démarches administratives mais aussi de confier les angoisses relatives aux conditions de vie.

- **... aggravée par une précarité financière**

Les demandeurs d'asile sont confrontés à des difficultés financières quotidiennes. En effet, la faible allocation mensuelle perçue les place dans une situation financière fragile.

L'accès au travail est soumis à une procédure administrative complexe, ne facilitant pas la recherche d'emploi. Pour obtenir une autorisation de travailler, il faut attendre un délai de 6 mois après l'enregistrement auprès de l'OFPRA. La demande se fait auprès de la préfecture du domicile et elle doit être accompagnée d'une promesse d'embauche ou d'un contrat de travail. La durée de l'autorisation ne peut dépasser 6 mois (52). Les difficultés à aller travailler renforcent le sentiment d'exclusion sociale, ce qui peut participer à aggraver l'état de santé mental des demandeurs d'asile (49).

De plus, cette précarité financière peut engendrer un renoncement aux soins médicaux lorsque la couverture médicale n'est pas encore délivrée ou que la prise en charge n'est pas couverte par cette dernière (50).

L'insécurité alimentaire est également l'une des conséquences de la pauvreté financière. Elle peut altérer l'état de santé du fait de carences vitaminiques (fer, folates, vitamine B12), de dénutrition protéique, de surpoids, voire d'obésité (50).

- **Une barrière linguistique entre le patient et le soignant**

La mauvaise maîtrise du français peut dissuader le demandeur d'asile d'avoir recours aux soins par crainte de ne pas se faire comprendre par le soignant. En effet, la barrière de la langue peut être source de malentendus et d'incompréhension. Elle peut engendrer de l'anxiété ou de l'agressivité chez le patient et de la frustration pour le soignant qui ne peut répondre aux attentes (53).

Le recours à l'interprétariat est parfois possible par l'intermédiaire d'un proche ou d'un interprète professionnel (47). Le patient peut ainsi s'exprimer plus aisément en laissant déployer ses émotions et ses représentations. De plus, le fait d'entendre parler sa langue maternelle permet de le rassurer.

Néanmoins, l'interprétariat a ses limites (53). Tout d'abord, la restitution de l'information par un interprète non professionnel peut être erronée et/ou appauvrir le message du soignant. Ensuite, le respect du secret professionnel ainsi que l'intimité du patient sont remis en cause.

1.2.9. Connaissances actuelles sur l'état de santé des demandeurs d'asile

Les études évaluant la santé psychique et physique de cette population spécifique sont peu fréquentes. Elles relèvent toutefois une plus forte altération de la santé mentale.

○ **Une santé mentale altérée**

Les troubles en santé mentale et plus particulièrement la souffrance psychique touchent de nombreux exilés. Le risque de présenter un psycho traumatisme grave est augmenté du fait des violences subies dans le pays d'origine, durant le voyage et lors des premiers mois à l'arrivée en France(54). D'après le COMEDE (Comité pour la santé des exilés), 81% des exilés déclaraient des antécédents de violences, dont 21% des antécédents de torture, et 19% des antécédents de violences liées au genre (54). La santé mentale des demandeurs d'asile est ainsi fragilisée et différents troubles psychiques apparaissent.

Les troubles anxiodépressifs ainsi que les états de stress post traumatique toucheraient 30 à 40% des demandeurs d'asile (49,55–58). Par ailleurs, 54% d'entre eux souffriraient de troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (54).

Les difficultés inhérentes au long parcours administratif en France induisent une aggravation des pathologies mentales des exilés. En effet, l'allongement des périodes d'attente pour la décision d'asile est associée à un risque accru de troubles psychiatriques (59).

○ **Des maladies somatiques prédominantes**

Nous n'avons pas trouvé de données concernant la prévalence des pathologies somatiques des demandeurs d'asile. Les données sur des populations proches telles que des migrants suggèrent un risque majoré de maladies infectieuses telles que les infections au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose, et à la bilharziose urinaire (60–62).

Par ailleurs, les demandeurs d'asile partagent avec les autres exilés le poids des maladies chroniques et en particulier les maladies nutritionnelles, cardiovasculaires et le diabète (54,61).

1.2.10. Prise en charge des demandeurs d'asile par les médecins généralistes

Les difficultés ressenties par les médecins généralistes lors de la prise en charge des demandeurs d'asile ont été étudiées dans une thèse d'exercice en médecine réalisée en 2018

par le Dr Honyiglo (63). Actuellement, il n'existe aucune étude explorant le ressenti des soins primaires des demandeurs d'asile. La confrontation des ressentis de ces deux acteurs de la relation médecin-patient pourrait permettre une meilleure compréhension des difficultés de chacun et améliorer ainsi leur expérience des soins.

Les demandeurs d'asile représentent une population en constante augmentation ces dernières années en France. Ils se distinguent par leur diversité culturelle mais ils partagent tous un parcours de vie traumatisant. Arrivés en France déjà fragilisés, ils ont des conditions d'accueil et des procédures administratives qui ne leur permettent pas de vivre sereinement. Afin d'améliorer le parcours de soins et leur relation médecin-patient, il est indispensable de mieux connaître leurs expériences de soins et leurs attentes des soins primaires.

1.3. Objectifs de l'étude

1.3.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre travail de recherche était d'explorer les représentations de la prise en charge en médecine générale ambulatoire des patients demandeurs d'asile.

1.3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Comprendre le parcours de soins des patients en demande d'asile.
- Révéler d'éventuels facteurs pouvant favoriser ou limiter l'accroche des demandeurs d'asile au suivi par le médecin généraliste.
- Préciser les attentes des patients demandeurs d'asile vis-à-vis du médecin généraliste.

2. Méthodes

2.1. Choix de la méthode

Afin d'explorer les représentations des demandeurs d'asile vis-à-vis de la consultation avec le médecin généraliste, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée.

Cette méthode est en effet adaptée aux questions de recherche visant à comprendre des phénomènes sociaux : *« Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. »*(64).

2.2. Population de l'étude et taille de l'échantillon

Les personnes en demande d'asile répondant aux critères suivants ont été ciblées :

- être âgé de plus de 18 ans
- être en cours de demande d'asile en France
- être sous couvert de la protection universelle maladie et de la complémentaire (PUMA + CSS)
- être francophone
- avoir consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois
- avoir consenti par écrit à participer à l'étude

L'échantillon a été diversifié sur l'âge (tranche d'âge de 10 ans), le sexe, l'ancienneté de la demande d'asile (<6 mois ; 6-12 mois ; > 12 mois) et le type d'habitation (Annexe 1, typologie européenne de l'exclusion liée au logement établie).

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance (65).

En effet, l'analyse du matériel étant simultanée au recueil des données, les entretiens se poursuivent tant qu'émergent de nouvelles informations.

La saturation des données étant difficile à affirmer avec certitude, nous avons suivi le concept de « suffisance théorique » (66). Ainsi, les inclusions cessent lorsque les chercheurs jugent que les données recueillies offrent un cadre explicatif suffisant pour répondre à la question de recherche.

2.3. Modalités de recrutement

Les lieux de recrutement ont été variés afin de prendre en compte les diversités d'expériences de soins pouvant exister selon les structures médico-sociales.

Ainsi, les personnes interviewées ont été recrutées dans les structures suivantes : Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), Permanence d'Accès aux Soins de Santé de La Timone (PASS), Protection Maternelle et Infantile (PMI), Associations d'aide aux migrants et demandeurs d'asile (El Manba et Association 100 pour un toit).

2.4. Modalités de recueil des données

Des entretiens semi-dirigés en face à face ont été réalisés par chacun des deux doctorants.

Les entretiens individuels ont été préférés aux focus groupes afin d'assurer la confidentialité des échanges de ces personnes en situation de vulnérabilité et de favoriser la liberté de parole.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont été secondairement intégralement retranscrits.

Un guide d'entretien a été préalablement établi afin de traiter les 3 thématiques suivantes : le parcours de soins du patient, le vécu des consultations avec le médecin généraliste et les attentes vis-à-vis de celui-ci. Finalement, le guide était composé de 7 questions ouvertes. Après un premier entretien « test » réalisé par l'un des doctorants, il a évolué avec l'aide de la directrice de recherche. Puis, de nouvelles modifications ont été apportées régulièrement suite à l'analyse du contenu des entretiens et à l'émergence d'hypothèses. Des questions complémentaires sur des données générales ont été posées à la personne interviewée afin de s'assurer de la diversité de l'échantillon.

2.5. Analyse des données

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive. L'induction est « *une démarche intellectuelle consistant à rechercher des lois générales à partir de l'observation de*

faits particuliers »(67). L'objectif général est l'émergence d'hypothèses à partir des données recueillies dans une approche compréhensive(68).

Afin de parvenir à ce résultat, nous avons suivi différentes étapes. Tout d'abord, une lecture attentive et approfondie de chacun des entretiens a été menée afin de se familiariser avec le contenu des données. Puis, à l'aide d'un tableur Excel simple, une grille d'analyse a été créée. Un premier codage ouvert a été réalisé par chacun des chercheurs. Cela a consisté à transformer les données brutes en une formulation signifiante, entretien par entretien. Il a été suivi d'un codage axial permettant d'organiser les codes obtenus dans les divers entretiens à l'issue de cette première codification. Des catégories ont ainsi émergé. Elles ont été mises en relation et regroupées dans un arbre à thème.

La triangulation de l'analyse a été assurée à chaque étape par les deux investigateurs. Les deux doctorants se sont réunis après avoir réalisé individuellement le codage ouvert puis axial de chacun des entretiens. Les codes obtenus ont été discutés et comparés. Puis, les deux chercheurs ont fait émerger conjointement les grandes thématiques avant d'établir un arbre de codage. Les grandes étapes du codage ont été discutées par ailleurs avec la directrice de recherche.

2.6. Éthique

L'étude a obtenu l'accord du Comité d'Éthique d'Aix Marseille Université (référence n° 2019-17-10-005). Une déclaration de conformation MR-003 auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été effectuée.

Au début de chaque entretien, la remise d'une lettre d'information et d'un formulaire de non opposition ont été assurés par les doctorants.

Les informations recueillies ont été rendues anonymes au cours de la retranscription.

A la fin du travail de thèse, les fichiers audio seront supprimés.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des entretiens.

Au total, 13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Chacun des deux doctorants a retranscrit intégralement les entretiens qu'il avait mené soit 6 pour l'un et 7 pour le second doctorant.

De mi-mars à mi-mai 2020, les entretiens ont dû être interrompus suite à la crise sanitaire liée à la Covid 19 et à la période de confinement qui s'en est suivie. Nous avons 12 entretiens à cette période dont les données ont été analysées pendant le confinement. La saturation des données nous a semblé obtenue à l'issue de ces 12 entretiens. Nous avons souhaité vérifier la suffisance des données en réalisant une dernière interview mais cela s'est avéré difficile. En effet, les foyers d'hébergement et les associations d'aide aux migrants n'ont pas souhaité nous recevoir devant les mesures sanitaires liées à la Covid 19. Un treizième entretien a tout de même pu être réalisé en juin avec un demandeur d'asile rencontré avant le confinement. La saturation des données a ainsi été vérifiée.

Sur ces 13 entretiens, 3 d'entre eux n'ont pas pu être retenus pour l'analyse. En effet, la maîtrise de la langue française n'était pas suffisante pour deux d'entre eux. Le troisième entretien non retenu a été réalisé avec un interprète, ami de la personne interviewée. Ce dernier n'a pas retranscrit les paroles du demandeur d'asile mais plutôt ses opinions concernant le sujet.

Au total, l'analyse a porté sur 10 entretiens.

La durée moyenne des enregistrements était de 18 minutes (allant de 9 à 32 minutes).

Les entretiens ont été réalisés dans différentes structures :

- PMI : 4 entretiens
- PASS de La Timone : 1 entretien
- CADA : 4 entretiens
- Association El Manba : 2 entretiens
- Association 100 pour un toit : 2 entretiens

3.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les profils des personnes interviewées étaient diversifiés tant sur l'âge, le sexe, le pays d'origine et la date de la demande d'asile.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Entretiens	Recrutement	Durée (min)	Tranche d'âge (ans)	Sexe	Pays d'origine	Ancienneté de la demande d'asile (mois)	Type d'habitation (Annexe 1)
A	CADA	26	40-50	H	Rwanda	6-12	Studio (5.1)
B	CADA	10	50-60	H	Pakistan	<6	Studio (5.1)
C	CADA	17	20-30	F	Algérie	>12	Studio (5.1)
E	Association El Manba	18	20-30	H	Kenya	6-12	Foyer d'hébergement (3.1)
F	Pass Timone	19	20-30	H	Sénégal	<6	Hebergé chez un ami (8.1)
G	PMI	15	20-30	F	Cameroun	6-12	Hébergée chez une amie (8.1)
H	PMI	12	20-30	F	Guinée Conakry	>12	Hôtel (5.1)
K	Association 100 pour un toit	17	20-30	F	Cameroun	>12	Hôtel (5.1)
L	Association 100 pour un toit	11	30-40	H	Cameroun	>12	Hôtel (5.1)
M	Association El Manba	32	30-40	H	Guinée	>12	Hébergé chez un ami (8.1)

Légende du tableau 1 :

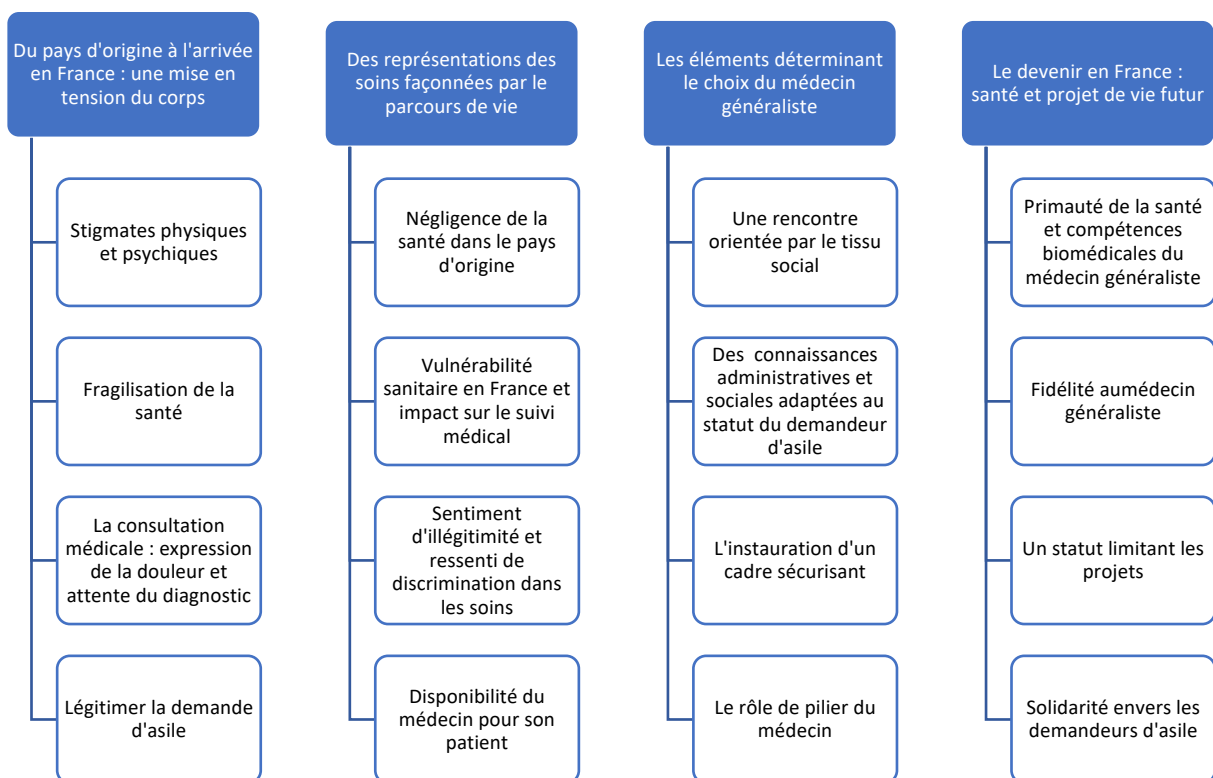
H = Sexe masculin ; F = Sexe féminin

3.1 = Foyer d'hébergement/d'insertion ; 5.1 = Logement provisoire/centre d'accueil ; 8.1 = Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis

3.3. Arbre de codage

L'analyse de contenu inductive a permis la construction de l'arbre de codage à partir des différentes étapes issues du processus de codage.

Nous nous sommes inspirés de l'arbre de codage réalisé au cours de la thèse de TOUATI Stephan et VERGAN Sébastien dont l'intitulé est « Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire » (7). En effet, nous le détaillerons dans la partie discussion de notre travail mais de nombreuses similitudes ont été retrouvées entre les deux études.



3.4. Du pays d'origine à l'arrivée en France : une mise en tension du corps.

Depuis les violences vécues dans le pays d'origine et jusqu'à l'arrivée sur la terre d'exil, les demandeurs d'asile interrogés nous ont fait part des différentes épreuves auxquelles ils ont été confrontés. Ces expériences douloureuses répétées ont marqué leur corps d'après les confidences réalisées au cours des entretiens.

3.4.1. Des stigmates psychiques et physiques

Une souffrance morale était verbalisée par les demandeurs d'asile rencontrés au cours de nos entretiens. Le passé douloureux vécu dans le pays d'origine et durant le parcours d'exil avait laissé des séquelles psychologiques.

Entretien M :

Enquêteur : D'accord. Tu m'as dit que tu étais souffrant, qu'est-ce que tu avais ?

Patient : Ben ... moralement je ne comprenais pas les choses parce que j'ai traversé des moments durs, difficiles et qui se sont accumulés dans ma mémoire... et donc je n'étais pas du tout bien. Physiquement ça ... parce que tu sais quand ça ne va pas moralement tout le reste du corps suit.

Ainsi, dans l'entretien M, les épreuves douloureuses vécues restaient ancrées dans la mémoire de ce demandeur d'asile. Il exprimait le déséquilibre psychique dont il souffrait à travers des troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration.

Entretien M :

Patient : Ouais mais je n'arrivais pas à dormir. Tout de suite là si on se parle, tout ce que tu dis moi je ne comprends pas. Je suis là, je t'écoute, je te vois mais je sais pas réellement ce que tu dis. Et même si j'entends ce que tu dis, je n'arrive pas à réellement retenir ce que tu dis quoi. Et ça moi dans ma vie, je n'ai jamais été comme ça. (...). J'avais comme un mal à la tête, tout le temps, tout le temps.

L'altération de la santé mentale est à l'origine pour ce patient d'une flambée des symptômes somatiques. Divers problèmes corporels se manifestent simultanément à la fragilité du psychisme. Le corps du demandeur d'asile apparaît ainsi le lieu où s'exprime la souffrance morale.

Au cours des entretiens, les motifs de l'exil étaient encore difficiles à aborder face à l'intensité des traumatismes vécus. Néanmoins, l'expression du mal-être psychique était bien réelle pour les patients F et C. Elle était accompagnée d'une demande de soutien moral.

Entretien F :

Patient : (...) *tu sais nous on a besoin d'aide parce que si on se sentait bien dans notre pays nous on serait pas ici donc on se sent pas bien on peut pas tout dire mais (il s'arrête).*

Entretien C :

Patient : *Oui bien sûr. Parce que nous allons ... (en parlant des personnes en demande d'asile) c'est des malades de toujours... ils cherchent les ... des gens ... bien ... spacefull... chaque malade toujours le moral, c'est pas bien.*

Le bénéfice d'un soutien psychologique était souligné également par la patiente H. Envahie par des troubles anxieux inhérents à sa situation, elle envisageait d'interrompre sa grossesse avant sa rencontre avec un médecin généraliste.

Entretien H :

Patient : *Moi au début quand j'étais ici, j'avais plein de soucis en tête, je ne voulais même plus garder le bébé. Mais lui, il m'a parlé, il m'a consolé, j'ai beaucoup aimé ça.*

Enquêteur : *D'accord, il a réussi à vous faire changer d'avis ?*

Patient : *Oui.*

Parallèlement à l'expression de la souffrance morale, la révélation au médecin de stigmates physiques était un élément important. Au cours de l'entretien M, le patient décrivait les douleurs chroniques ressenties et l'impotence fonctionnelle au niveau de son poignet suite à des violences physiques dans son pays d'origine.

Entretien M :

Patient : *Quand je l'ai rencontré (en parlant du médecin généraliste), je lui ai expliqué mes problèmes. Même ma blessure. Je lui ai montré les traces parce que j'avais vraiment mal ... jusque-là là j'avais la douleur (il montre son avant-bras et sa cicatrice au poignet). Il m'a prescrit des produits avec des anti douleurs qu'il a dit et ... je crois j'ai eu ces produits là, là bas dans leur pharmacie.*

Enquêteur : *Qu'est-ce que tu as eu à la main ?*

Patient : *J'ai été blessé en Guinée. D'ailleurs, c'est le but de mon départ.*

En révélant au médecin cette blessure, il souhaitait un soulagement de ses douleurs et une réparation de ce poignet abimé. L'avis défavorable du chirurgien pour une opération a été une grande déception pour lui. Cette cicatrice apparente et le handicap fonctionnel lié à l'atteinte tendineuse lui rappellent quotidiennement les violences physiques vécues avant son exil.

3.4.2. Une fragilisation de l'état de santé

Une dégradation de l'état de santé à l'arrivée en France était décrite par l'un des demandeurs d'asile rencontré au cours de l'entretien A.

Entretien A :

Patient : *Hum pratiquement je n'avais pas d'antécédents, de cas pathologiques un peu avant. Parce que là, c'est après avoir arrivé ici en France que j'ai remarqué que je développais (cite une maladie chronique) encore à ses débuts. Sinon au Rwanda, je n'avais pas eu de cas pathologiques graves.*

Le départ du pays d'origine nécessitait un état de santé conservé afin de supporter le long parcours d'exil avant l'arrivée en France. Puis, les conditions de voyage et la précarité sociale en France ont pu fragiliser les corps des demandeurs d'asile.

L'ensemble de ces difficultés ont participé à la mise en tension du corps et à l'altération de la santé.

La maladie est venue s'ajouter aux difficultés inhérentes au parcours d'exil et à la souffrance morale préexistante.

Le patient A était ainsi revenu sur la difficulté à accepter l'annonce de sa maladie chronique.

Entretien A :

Patient : *parce que là quand j'ai su la toute première fois que j'avais (cite une maladie chronique) ... parce que là au début j'étais très costaud ... bon ça m'a pris du temps pour tout encaisser.*

3.4.3. La consultation médicale : expression de la douleur et attente du diagnostic.

Le soulagement des symptômes après avoir reçu un diagnostic de la part du médecin généraliste était souligné au cours des entretiens. Ce bénéfice était lié en partie à la prescription médicamenteuse adaptée qui suivait le diagnostic médical réalisé.

Entretien L :

Enquêteur : *comment ça se passe avec lui ? (En parlant du médecin généraliste)*

Patient : *Très bien, Il me diagnostique. Il prend la peine de me diagnostiquer. Il me fait l'ordonnance et je récupère les médicaments à la pharmacie. Après je suis soulagé.*

Entretien F :

Patient : *j'ai dit que j'avais une hémorroïde, ça ça ma fatigué mais depuis que j'ai eu la pommade ça va mieux ; depuis que j'ai vu le médecin généraliste y'a du changement, ça va mieux.*

D'autre part, le besoin de se confier et de faire entendre sa douleur apparaissaient également comme deux éléments essentiels aux soulagements des maux ressentis.

Après avoir été déçue de sa prise en charge à la maternité, la patiente de l'entretien K expliquait le bénéfice apporté par l'écoute attentive des médecins généralistes rencontrés.

Entretien K :

Enquêteur : *A votre avis, comment vous expliqueriez cette différence entre ce que vous avez vécu à la maternité et chez les médecins généralistes ?*

Patient : *elle réfléchit ; comment je vais expliquer cette différence. Pour moi il y a une très très très grande différence ; parce qu'avec eux quand tu souffres, mais quand tu es devant eux, la façon dont ils prêtent attention à ta douleur, à toi, tu oublies ta douleur, ta souffrance, tu te sens soulagée déjà ; et ça te permet de vite faire confiance.*

Retrouver de la dignité grâce à l'attention portée par le médecin apparaissait alors comme fondamental dans le processus de soins.

Concernant le diagnostic, la problématique des pathologies infectieuses était à évoquer chez les migrants. En effet, des maladies infectieuses contractées dans le pays d'origine ou au cours des conditions précaires de voyage étaient parfois découvertes à l'arrivée en France.

Entretien E :

Patient : *Oui c'était très difficile pour moi parce que quand j'arrive ici, j'étais contacté par la maladie, très infectieuse. C'est tuberculose.*

Enquêteur : *D'accord, tu avais la tuberculose ?*

Patient : *Oui, voilà. Et bon, mais maintenant je prends tous les jours le traitement, des comprimés. Voilà, mais ça va aller maintenant.*

La nécessité de pouvoir consulter un médecin rapidement à son arrivée en France était soulignée par ce patient. En effet, comme constaté précédemment, l'état de santé avait pu être fragilisé lors du parcours d'exil. Le dépistage des maladies infectieuses était essentiel afin d'améliorer la santé des migrants et de limiter la propagation de la maladie dans la population générale.

Enfin, l'annonce d'un diagnostic précis était parfois attendue depuis longtemps pour certains demandeurs d'asile n'ayant pu bénéficier de soins adéquats dans leur pays d'origine. Au cours de l'entretien B, le patient décrivait la pathologie rare dont il était atteint depuis l'adolescence mais dont le diagnostic n'avait pu être réalisé qu'à son arrivée en France. Sa maladie orpheline l'obligeait à se déplacer en fauteuil roulant depuis de nombreuses années. Depuis l'annonce de

sa maladie, il avait enfin pu comprendre l'origine de ses symptômes. Bien que sa maladie soit incurable, les soins médicaux dont il bénéficiait depuis son arrivée en France lui avaient permis de mieux vivre avec son handicap.

Entretien B :

Patient : *Le Dr X.. elle a fait une biopsie et comme ça je sais c'est quelle maladie précisément. C'est (nom de maladie orpheline). (...)*

Il n'y a aucun soin dans mon pays alors qu'ici mon traitement pour ma maladie il n'est pas encore commencé mais mes soins ... les infirmiers ils viennent tous les jours. Il fait la tension. J'ai les kiné qui viennent tous les jours aussi. Mais comme les traitements n'ont pas encore commencé, j'ai déjà les soins. Ça c'est pas disponible chez moi.

3.4.4. Légitimer la demande d'asile

D'après les récits des demandeurs d'asile interrogés, l'obtention du statut de réfugié était une nouvelle épreuve difficile après le parcours migratoire. En effet, ils sont amenés à fournir des preuves concernant la véracité de leur histoire. La rédaction d'un certificat médical authentifiant les problèmes de santé auxquels ils étaient confrontés pouvait alors revêtir toute son importance pour le demandeur d'asile. En effet, ce certificat apparaissait comme une reconnaissance des souffrances engendrées par les traumatismes vécus et permettait de légitimer sa demande d'asile.

Entretien M :

Patient : *Toujours je parle par rapport à ça, moi je pense que le témoignage même si ça ne suffit pas à 100%, ils ont compris que ça ça n'était pas juste une égratignure c'est vraiment quelque chose qui m'a touché.*

Enquêteur : *Donc tu attends un certificat médical ?*

Patient : *Oui, moi je pense que ça avec ça, ça pourra beaucoup m'aider parce que avec ça maintenant je n'arrive plus à maîtriser le mouvement de mes tendons. J'ai été chez le kiné. Il a fait ce qu'il avait à faire mais ça n'a pas marché quoi.*

Synthèse de la première partie :

Du pays d'origine à l'arrivée en France, nous avons pu constater que la santé des demandeurs d'asile interrogés a été mise à rude épreuve. En effet, le corps de ces sujets vulnérables a été soumis à des traumatismes physiques et psychiques dans le pays d'origine. Puis, les conditions précaires du voyage semblaient avoir majoré la mise en tension du corps. Une flambée des symptômes psychiques et somatiques apparaissait alors à l'arrivée en France. La fragilisation de la santé semblait ainsi le témoin de la souffrance de l'ensemble du corps du demandeur d'asile.

La dégradation de l'état de santé était difficile à vivre pour ces sujets déjà vulnérables. La consultation avec le médecin généraliste était le lieu où l'on pouvait alors exprimer ses souffrances. Ce moment apparaissait d'autant plus apprécié lorsque le médecin savait se montrer à l'écoute de son patient et lui porter un regard attentif. L'annonce du diagnostic, parfois attendu depuis longtemps, était vecteur de soulagement en mettant le mot sur les maux.

Enfin, la rédaction d'un certificat médical exposant la fragilité de la santé s'avérait un élément important dans le parcours administratif du demandeur d'asile. Il s'agissait de faire reconnaître la souffrance ressentie, qu'elle soit physique ou morale.

3.5. Des représentations des soins façonnées par le parcours de vie

D'après le récit des patients interrogés, le parcours de soins était différent entre le pays d'origine et la France. Les conditions de vie distinctes entre les deux territoires façonnaient la perception des soins et la prise en charge de sa santé.

3.5.1. Négligence de la santé dans le pays d'origine

Comme nous avons pu l'observer précédemment, la santé des demandeurs d'asile interviewés était marquée par une souffrance morale intense ainsi que diverses pathologies somatiques. Pour la première fois depuis des années, des soignants s'occupaient de leur corps en souffrance. En effet, l'absence de suivi médical dans le pays d'origine était soulignée au cours de plusieurs entretiens. Les motifs ayant entraîné une négligence de la santé étaient variables :

➔ Coût des soins médicaux

Tout d'abord, parmi les demandeurs d'asile interrogés, six d'entre eux soulevaient un renoncement aux soins pour des raisons financières. Ces personnes avaient pour point commun d'être originaires de pays africains.

Entretien E :

Enquêteur : *Au Kenya, est-ce que tu avais un médecin traitant ?*

Patient : *Non c'est très cher pour moi là-bas. Au Kenya c'est très très cher et j'ai pas d'argent là bas.*

Enquêteur : *Tu ne te faisais pas soigner ?*

Patient : *Non.*

Entretien F :

Patient : *Si tu as les moyens, il y a les cliniques, les hôpitaux mais si t'as pas les moyens, c'est la galère mon frère tu vas mourir directement ou c'est le bon Dieu qui va t'aider. Parce que là bas pour rentrer dans l'hôpital il faut d'abord payer la consultation.*

Entretien G :

Patient : *En Afrique c'est pas le cas, que tu meurs ou pas, si t'as pas d'argent « c'est pas notre problème », je serai pas soignée.*

Entretien K :

Patient : *Ce n'est pas le cas dans mon pays, même si tu es à deux de la mort quand tu arrives à l'hôpital, tant que tu n'as pas les moyens de payer, on ne va pas te regarder.*

L'absence d'égard de la part du médecin lorsque le patient ne pouvait payer la consultation avait marqué l'esprit de ces demandeurs d'asile. La référence à la mort était citée par trois d'entre eux ce qui soulignait l'impact engendré par les soins coûteux dans leurs représentations.

→ Manque de matériel médical

Ensuite, l'insuffisance du matériel médical disponible apparaissait comme un frein à l'accès à des soins adaptés.

Entretien F :

Patient : *il y a une grande différence c'est que là-bas y'a pas beaucoup de matériel. Parce que ce j'ai fait là (parlant de sa prise en charge en France) je n'aurais pas pu le faire au Sénégal. Ils te voient déjà mal, ils te donnent un médicament pour calmer la douleur mais tu fais pas d'analyses tu fais rien une fois que tu n'as plus mal.*

→ Attitude déplaisante du médecin

Enfin, l'attitude antipathique des soignants dans le pays d'origine était critiquée dans la prise en charge médicale.

Entretien H :

Patient : *Oui, là-bas il y a des docteurs bizarres. Quand quelqu'un est malade là-bas, ils ne s'occupent pas bien de lui. Si quelqu'un par exemple vomit dans la salle d'attente, il va aller lui crier dessus comme si c'était de sa faute. Pas tous les médecins mais certains.*

La brutalité des propos du médecin devant un corps déjà bousculé par les violences vécues au quotidien était difficile à entendre pour ces individus venus chercher du soin. Le manque de considération de la part du médecin n'incitait pas le patient à parler de sa souffrance.

Entretien L :

Patient : *Même quand tu as de l'argent au Cameroun, l'attitude des médecins c'est très différent. Ils se prennent un peu pour des Dieux, ils sont arrogants, insolents, malgré que tu les paies pour les soins. C'est très différent, ici c'est le contraire.*

Entretien K :

Enquêteur : *Et hormis le côté argent, est-ce que dans la relation avec les médecins au Cameroun vous avez senti des différences ?*

Patient : *Pareil. Même dans les relations avec les médecins ce n'est pas pareil. Parfois quand tu arrives chez le médecin, que tu te plains de tes douleurs, le médecin ne prend pas le temps de te dire qu'il faut approfondir pour voir d'où provient la douleur pour qu'on puisse la soigner, voir à la source. Lui ce qu'il veut c'est seulement soigner à l'instant et quand tu reviens après, alors que la maladie s'est approfondie, il va te dire que c'est parce que tu n'as pas suivi bien traitements, ou bien il te reproche plein de trucs.*

L'ensemble de ces éléments entraînait une mise en silence des symptômes du corps devant la difficulté à les prendre en charge.

Les conditions de soins en France sont distinctes du pays d'origine mais elles semblent se répercuter également dans le parcours médical d'après les expériences décrites par les sujets interrogés.

3.5.2. Vulnérabilité sanitaire en France et impact sur le suivi médical

Le parcours de soins à l'arrivée en France était impacté par la précarité sanitaire inhérente au statut de demandeur d'asile. Les difficultés d'hébergement faisaient partie des problématiques

auxquelles ces sujets étaient exposés. De ce fait, l'incertitude concernant l'ancrage géographique pouvait s'avérer être un obstacle dans le suivi médical.

Entretien A :

Patient : J'ai fait deux mois avec lui avant que je déménage du Sud de la France. Je suis allé m'installer sur Clermont Ferrand. Sur Clermont Ferrand aussi j'ai eu un médecin traitant du nom de Dr C.. Oh ce que j'ai remarqué, et les deux médecins ils étaient sympas. (...) Malheureusement avec le médecin de Clermont Ferrand, bon il n'a pas eu beaucoup de temps pour étudier mon cas parce que là j'ai dû retourner sur Marseille.

La prise en charge médicale initiée lors de l'arrivée du demandeur d'asile A a alors été interrompue précocement. Le transfert du dossier médical du patient pouvait s'avérer difficile et ne pas faciliter la poursuite optimale des soins. De plus, le demandeur d'asile était déjà bousculé par la perte de ses repères sociaux à l'arrivée en France et il devait renouveler sa confiance envers les différents médecins rencontrés.

La méconnaissance des structures de soins était retranscrite également pour expliquer les difficultés à se faire soigner. En effet, l'arrivée dans un pays inconnu, où la langue n'était pas toujours comprise pouvait s'avérer être un frein aux soins médicaux par méconnaissance des lieux de consultation.

Entretien E :

Enquêteur : Est-ce que tu peux me raconter comment ça s'est passé la première fois que tu as vu un médecin en France ?

Patient : Bon euh ... la première fois que j'arrive ici en France, c'était un peu difficile pour moi parce que ... je connais pas bien, rien ... quelqu'un ici. C'était très très difficile pour moi.

(...) Imagine quand tu arrives en France. Moi je ne connais rien.

Puis, l'ancrage géographique permettait de se familiariser avec les structures de soins existantes et de continuer le parcours de soins avec les mêmes soignants comme le souligne le patient M.

Entretien M :

Enquêteur : *Et là si tu as besoin de te faire soigner en France, où est ce que tu vas ?*

Patient : *Maintenant ça c'est les informations que j'ai comme j'ai déjà fait une année. Tu sais, plus tu restes longtemps dans un lieu, plus tu commences à comprendre comment ça fonctionne.*

Concernant la précarité liée au logement, le patient M évoquait avec émotion son parcours d'errance. Dès le début de l'entretien, alors même que la question initiale était centrée sur sa première consultation médicale en France, il racontait d'abord la précarité dans laquelle il avait vécu. Il avait dû se préoccuper de sa santé lorsque cette dernière s'était dégradée.

Entretien M :

Enquêteur : *Tout d'abord est ce que tu peux me raconter comment ça s'est passé la première fois que tu as vu un médecin généraliste en France ?*

Patient : *Euh ... écoute quand je suis rentré pour la première fois en France (...). J'ai rencontré une compatriote qui m'a hébergé pendant 2, 3, 4, 5 jours et qui m'a fait croire qu'elle allait m'aider... m'accompagner dans mes démarches. Mais du coup après 5 jours elle m'a mis à la porte. Suis resté à passer par les gens, à demander pour savoir qu'est-ce qu'il faut pour quelqu'un qui est sans situation administrative. Il y a des gens qui m'ont demandé d'appeler 115 ... d'insister (...). Je suis passé à La Cimade ... mais c'était pas leur jour de permanence. On m'a parlé de l'ADJ, je ne sais pas si ça te dit ? (...) Et là c'est à l'ADJ que j'ai... les employés de l'ADJ qui m'ont aidé à appeler le 115. J'ai passé deux jours dehors et puis le troisième jour j'ai appelé, ça a marché. Mon premier hébergement c'est triste mais ça a été la Madrague... Parce que j'avais pas la choix. Après les 15 jours, je suis resté encore dehors. Et là on m'a dit d'appeler et d'insister surtout sur le numéro parce qu'il y a assez de personnes qui appelle à longueur de journée pour se faire héberger. Mais je suis plus passé maintenant par l'ADJ comme je connaissais certains employés de la Madrague qui avait la responsabilité du service, ils m'ont accordé car j'étais souffrant. C'est à ce moment là... parce que je fréquentais toujours l'ADJ. J'ai demandé comment est-ce qu'il faut pour faire cet examen... si quelqu'un voulait faire le bilan...*

Pour souligner le lien entre la santé et le logement, le patient A retranscrivait le bénéfice apporté par le médecin lorsqu'il avait pu accéder à un hébergement.

Entretien A :

Enquêteur : *Il vous a aidé dans vos démarches administratives ? (En parlant du médecin).*

Patient : *Oui oui, d'acquisition d'une structure d'hébergement me permettant de me faire soigner convenablement.*

Afin de pouvoir se préoccuper de la santé, les besoins de première nécessité tels que l'acquisition d'un logement devait avoir été résolu. La prise en considération de l'environnement du patient était fondamentale pour la poursuite optimale des soins.

3.5.3. Sentiment d'illégitimité et ressenti de discrimination dans les soins

La menaçante incertitude quant à la reconnaissance du statut de réfugié entraînait un sentiment d'illégitimité dans les soins. L'interviewé de l'entretien H se pensait en situation irrégulière car il estimait que son statut était suspendu à la réponse de sa demande d'asile. Il ne se sentait ainsi pas légitime d'accéder à un parcours de soins avec un médecin traitant.

Entretien H :

Enquêteur : *Après le temps de la demande d'asile, que celle-ci soit acceptée ou refusée, comment vous envisagez la relation avec le médecin généraliste ?*

Patient : *Si elle est acceptée, je choisirai une seule personne qui sera toujours au courant de mes problèmes de santé.*

Enquêteur : *D'accord. Mais actuellement pourquoi n'avez-vous pas un seul médecin ? Qu'est-ce qui vous freine ?*

Patient : *Pour le moment, je ne suis pas en règle. Je fais des démarches, (...).*

Enquêteur : *Vous dites que vous n'êtes pas en règle. Vous pouvez préciser ?*

Patient : *Ma demande n'est pas encore acceptée.*

La crainte de ne pas être bien reçu par le médecin généraliste pouvait être ressentie du fait du statut administratif. L'équité dans les soins et la bienveillance du médecin étaient alors appréciées.

Entretien A :

Patient : *Ce que j'ai aimé, c'est que quand il a remarqué que j'avais un (cite une maladie chronique) à ces débuts qui s'était déclenché, d'abord il m'a administré un traitement tout en sachant que j'étais demandeur d'asile.*

Le vécu de discrimination dans les soins était retranscrit durant l'un des entretiens. Cette situation était décrite par la patiente K lors de son séjour à la maternité.

Entretien K :

Patient : *Ce n'était pas le cas pour moi, même dans les soins avant que j'accouche, je souffrais, j'avais certaines douleurs mais on ne prenait pas en compte mes peines, on faisait plus attention à cette fille ; et il fallait que cette fille agisse, dise « ma collègue de chambre elle a un souci, elle se plaint depuis tout à l'heure et vous la regardez pas » pour qu'elles prêtent attention à ce que je dis.*

L'absence d'égard des soignants vis-à-vis d'elle et de son enfant était ressentie comme discriminatoire en comparaison aux soins prodigués à sa voisine de chambre.

Entretien K

Enquêteur : *Vous pourriez expliquer plus en détail ce qui vous a fait évoquer de la discrimination ?*

Patient : *c'était pas pareil, par exemple quand j'ai accouché de ma fille, les trois premiers jours on lui a fait le bain, mais le quatrième jour quand je voulais lui faire son bain on m'a dit, les dames ont dit, « madame aujourd'hui on va pas faire le bain de ton bébé, tu rentres le faire chez toi » ; je me suis dit que je devais encore faire une semaine à l'hôpital ; et celle qui était à côté de moi elle on venait prendre son bébé tous les matins, on la laissait dormir, on prenait soin de son bébé, on le laissait se reposer, ce n'était pas le cas avec moi ; avec moi, ma fille a fait deux jours sans être lavée et ça m'a touchée, ça m'avait beaucoup affecté parce que j'ai pleuré et je leur dis « vous faites de la discrimination ».*

Le manque de considération des soignants l'avait affectée. Le sentiment de subir un déclassement social et de perdre de la dignité étaient sources de souffrance pour cette patiente.

Finalement, le besoin de retrouver de l'estime de soi à travers le regard apparaissait alors comme fondamental chez ces individus fragilisés.

3.5.4. Disponibilité du médecin pour son patient

Le besoin de pouvoir consulter rapidement son médecin semblait essentiel dans la représentation des soins des demandeurs d'asile rencontrés. La prise de rendez-vous afin de pouvoir bénéficier d'une consultation avec le médecin généraliste pouvait alors s'avérer être un frein.

Entretien H :

Patient : *Ici tout est sur rendez-vous. Si tu veux voir un médecin il te dit non, il fallait prendre rendez-vous.*

Entretien G :

Patient : *Quand j'ai besoin de me faire soigner je me rends n'importe où, et vu que j'ai vu le docteur T mais lui il est sur rendez-vous mais ça ne peut pas attendre si je suis vraiment malade parce que une fois j'ai appelé l'hôpital je me suis même rendu à l'hôpital mais les soins n'était pas bien j'étais même gênée.*

L'urgence perçue lors de la mise en tension du corps impactait la vision du demandeur d'asile quant à la disponibilité du médecin. La nécessité de soulager rapidement la souffrance ressentie semblait importante pour ces sujets déjà fragilisés. Ainsi, l'impossibilité de rencontrer le médecin sans rendez-vous pouvait s'avérer être source d'angoisse devant l'intensité des symptômes perçus.

Au cours de l'entretien K, l'interviewé visualisait le médecin comme étant dévoué en permanence pour son patient.

Entretien K :

Patient : *Pour moi c'est un médecin qui est toujours prêt pour ses patients, quelles que soient les heures, quelque soit le temps, il est toujours prêt ; il oublie d'abord ce que lui traverse et ils privilégient ses patients ; ses patients sont plus importants pour lui que lui-même ; (elle précise) la santé de ses patients est plus importante pour lui.*

Entretien L :

Enquêteur : *Et comment ça s'est passé pendant ces consultations ?*

Patient : *Très très bien. On prend la peine de me recevoir, je rencontre le docteur, il me demande de quoi je souffre, il essaie de me diagnostiquer, après le diagnostic il me prescrit le médicament.*

Décus par la désinvolture des soignants dans le pays d'origine décrite précédemment, le demandeur d'asile souhaitait retrouver un accueil plus chaleureux en France. La disponibilité du médecin et son dévouement étaient alors appréciés lors de la consultation.

Synthèse de la deuxième partie :

Les différentes étapes jalonnant le parcours de vie des demandeurs d'asile rencontrés ont façonné leur représentation des soins. Tout d'abord, la santé était fréquemment négligée dans le pays d'origine. Le désengagement de prendre soin de son corps était en partie induit par l'absence de conditions favorables pour bénéficier de soins. Le coût financier, l'insuffisance de matériel médical et la non bienveillance des médecins participaient ainsi au renoncement aux soins.

A l'arrivée en France, la précarité sanitaire et sociale ne facilitait pas le parcours de soins. Pourtant, surmonter ces obstacles apparaissait essentiel devant le besoin d'accorder de la valeur aux souffrances ressenties dans ce moment de vie. Longtemps mis sous silence, la santé semblait reprendre de l'importance. L'attitude bienveillante et la considération portées par les soignants étaient alors primordiales pour soulager les maux.

Le besoin de retrouver de la dignité et de prendre soin de soi semblaient deux éléments essentiels dans le nouveau parcours de soin en terre d'exil.

3.6. Les éléments déterminant le choix du médecin généraliste

3.6.1. Une rencontre orientée par le tissu social...

L'arrivée en France survenait après un parcours le plus souvent traumatisant. Le premier accueil jouait un rôle fondamental à l'arrivée du demandeur d'asile et orientait le parcours de soins. Dans nos entretiens, les demandeurs d'asile atterrissaient rarement par hasard chez un médecin généraliste ou un lieu de soin. Les demandeurs d'asile, en quête de repère, s'appuyaient sur leur entourage, les associations ou les structures officielles pour les guider dans le parcours de soins.

Le rôle primordial des amis et des connaissances :

La plupart des personnes étaient orientées chez un médecin par l'intermédiaire d'une personne de confiance, tout du moins une connaissance.

Entretien H :

Enquêteur : *Pourquoi vous aviez choisi de consulter ce médecin ?*

Patient : *Moi je ne connaissais pas, c'est le père d'une amie qui m'a envoyée là-bas.*

La notion de choix était effacée pour la personne A qui s'en était remise complètement à une connaissance pour le « guider » sur son cheminement dans le parcours de soin.

Entretien A :

Patient : *Pratiquement... Je ne l'ai pas choisi. J'ai été guidé vers ce médecin par les personnes que je connaissais ici en France.*

Entretien F :

Patient : *C'est une copine qui m'a dit d'aller à la PASS pour voir une assistante sociale. Là bas, j'ai eu tous les renseignements pour voir ce qu'on allait faire.*

De par leur place de premier accueil, les associations, les CADA ou la plateforme de demande d'asile avaient aussi un rôle dans l'orientation vers le médecin généraliste :

De la même manière, il semblait logique de trouver les centres de premiers accueil, CADA et autres associations dans l'orientation vers le médecin généraliste. Elles centralisaient les demandeurs d'asile et étaient habituées à ce rôle de guidance.

Entretien L :

Enquêteur : *Qui c'est qui vous a orienté vers ce médecin ?*

Patient : *Le médecin qui s'est beaucoup occupé de moi, de nous je veux dire ma petite famille et moi, c'est le Dr C. Je l'ai rencontré par une association.*

Entretien C :

Enquêteur : *D'accord. C'est vous qui aviez décidé de voir ce médecin ?*

Patient : *Non... A. l'infirmière du CADA.*

Entretien E :

Enquêteur : *Et donc du coup quel est le médecin que tu as vu en premier ?*

Comment tu l'as trouvé ce médecin ?

Patient : *Une plateforme qui ... direct ...*

Enquêteur : *Une plateforme qui t'a orienté ?*

Patient : *Oui voilà qui m'a orienté.*

Une perte de chance en cas d'isolement :

A l'inverse, lorsque le tissu social était absent, le parcours de soin du demandeur d'asile devenait chaotique. Dans l'entretien M, le patient mettait en avant ses difficultés à trouver un médecin généraliste par ses propres soins.

Cela mettait en lumière l'importance d'avoir des réseaux de connaissances pour entrer dans le parcours de soin. Cette orientation par le tissu social permettait une mise en confiance plus rapide du demandeur d'asile et pouvait ainsi éviter une errance médicale, synonyme d'aggravation de la vulnérabilité du demandeur d'asile.

Entretien M :

Enquêteur : *Donc il faut que le médecin soit au courant de ton histoire personnelle ?*

Patient : *Oui mais je n'ai pas eu ce médecin-là. En fait moi le mal que j'ai eu, dès le début la personne qui m'accueillie, m'a hébergée, m'a rejetée. En fait moi je savais rien, je ne savais pas comment ça fonctionnait et j'ai duré dans ça. Jusque-là c'est moi qui essaye de trouver les contacts, les bonnes personnes, les informations, tu vois ?*

Enquêteur : *Donc finalement ce que tu aurais attendu c'est qu'on t'oriente vers les bonnes personnes ?*

Patient : *Ouais. Les personnes qui sont censées m'accompagner.*

Enquêteur : *Donc c'est important que ce soit un médecin qui soit formé à votre statut ?*

Patient : *Exactement.*

C'était donc bien souvent les connaissances et le tissu social du demandeur d'asile qui orientaient vers les médecins généralistes. Ceux qui avaient l'expérience du parcours de la demande d'asile ou qui avaient le réseau pouvaient conseiller des médecins compétents pour les prendre en charge. C'était donc logiquement que les médecins généralistes rencontrés apparaissaient habitués à la prise en charge de ces patients et se montraient compétents dans des domaines spécifiques aux demandeurs d'asile.

3.6.2. ... Impliquant un médecin bienveillant avec des connaissances administratives et sociales adaptées au statut des personnes en demande d'asile

Ainsi, la rencontre entre les médecins généralistes et le demandeur d'asile était tout sauf un hasard. Les réseaux du demandeur d'asile recommandaient des médecins généralistes particulièrement habitués à la population des demandeurs d'asile et compétents dans des domaines spécifiques

Des médecins habitués aux populations de demandeur d'asile permettant de renforcer le lien :

Les demandeurs d'asile percevaient une sensibilité développée chez ces médecins généralistes pour les problématiques en lien avec l'asile dépassant la prise en charge médicale simple. Le patient A ressentait que son médecin était à l'aise avec le sujet.

Entretien A :

Patient : *Il s'y connaît avec ce monde. Et c'est pour cela d'ailleurs que mon cas a été bien traité. Parce que là lui, il connaît les problèmes des demandeurs d'asile, c'est ce que j'ai remarqué.*

Entretien C :

Patient : *Oui le Dr M. ça s'est le médecin de nous. C'est pas que moi, c'est pour tous les voisins du CADA.*

Le médecin se servait de ses connaissances spécifiques pour orienter vers des associations permettant de créer du lien.

Entretien E :

Enquêteur : *Aujourd'hui tu parles encore avec elle de ton histoire ?*

Patient : *Non maintenant c'est fini, c'est avec l'association « welcome » qui m'aide.*

Enquêteur : *Qui est-ce qui t'a présenté cette association ?*

Patient : *C'est lui ! (Exclamation). C'est le médecin.*

Une aide dans les démarches administratives appréciée... :

Nous l'avons détaillé dans la partie contexte, le parcours du demandeur d'asile est rythmé par des étapes administratives pouvant impliquer la rédaction de nombreux certificats. La plupart de nos demandeurs d'asile appréciaient avoir pu bénéficier d'aide auprès de leur médecin au cours de ces démarches.

Entretien A :

Patient : *Et puis bon, encore en tant que demandeur d'asile, j'ai eu le formulaire de l'OFII et il a rempli sans problème et avec les informations qu'il a fournies et qu'il a transmises à l'OFII*

Entretien A :

Enquêteur : *Il vous a aidé dans vos démarches administratives ?*

Patient : *Oui oui, d'acquisition d'une structure d'hébergement me permettant de me faire soigner convenablement.*

Entretien E :

Patient : *Oui, elle m'a fait le certificat de malade (NB : certificat étranger malade). Parce qu'elle a regardé tous les papiers que j'avais. Elle écoute mon histoire et après elle écrit un certificat comme ça. Je l'ai à la maison là.*

Cette aide était vécue comme un accompagnement précieux dans leur histoire de vie, permettant d'acquérir une stabilité matérielle, indispensable à la reconstruction dans leur vulnérabilité.

... mais rarement formulée :

Paradoxalement, lorsqu'on leur demandait directement s'ils attendaient que le médecin généraliste ait des compétences spécifiques pour les demandeurs d'asile, la réponse était le plus souvent négative.

Entretien G :

Patient : *(A propos des connaissances administratives des DA) S'il en a la possibilité ça ne m'empêcherait pas ; mais si non, je ne vais pas lui demander de le faire.*

Une barrière semblait même se dessiner entre le rôle du médecin et celui d'un agent administratif pour la personne de l'entretien D. Il attachait de l'importance à ce que les deux mondes ne soient pas mélangés.

Entretien E :

Q : D'accord. Et est-ce que vous attendez du médecin qu'il vous aide dans les démarches sociales ?

I : Moi je dirais non parce que ça ne le concerne vraiment pas.

Q. D'accord. Et malgré ça, est-ce que le médecin que vous aviez rencontré a pu vous aider ?

I : Déjà, c'est pas son monde. Ça ne concerne que la préfecture, et lui son problème c'est beaucoup plus la santé. Moi je trouve que c'est deux choses très différentes.

Deux explications se sont dégagées à travers nos entretiens et qui peuvent s'imbriquer ; du fait d'un sentiment d'illégitimité déjà exploré dans la deuxième partie, les personnes demandeuses d'asile n'osent pas demander un tel service au médecin. Ils ne se sentent pas suffisamment en règle pour le faire. Deuxièmement, les demandeurs d'asile accordent une importance particulière à leur santé, le temps de la demande d'asile est le moment de réécouter leurs maux corporels, souvent négligés avant leur arrivée en France. La consultation apparaît comme un moment privilégié pour se consacrer à leur santé et ne pas se préoccuper de l'administratif, déjà très prégnant depuis leur arrivée en France.

3.6.3. L'instauration d'un cadre sécurisant

La consultation avec le médecin généraliste correspondait ainsi à une rencontre avec une personne pleine d'attente, le demandeur d'asile. L'instauration d'un environnement sécurisant était indispensable pour amorcer la relation de confiance.

L'appréhension de la première consultation :

Logiquement, on retrouvait une forme d'appréhension de la première consultation lors de nos entretiens. Si la plupart avait déjà eu affaire à un médecin dans leur pays d'origine, la première rencontre avec le médecin cristallisait à la fois beaucoup d'attente et de stress.

Entretien A :

Patient : *Disons que euh quand je l'ai rencontré, j'ai été très étonné par le bon service que j'ai eu car c'était la toute première fois que je voyais le médecin.*

Entretien A :

Patient : *Donc le premier entretien ça s'est bien passé. Et ça m'a permis de continuer avec ce médecin traitant.*

Beaucoup d'importance était accordée au vécu de cette première consultation par le demandeur d'asile, attentif à tous les signaux de mise en confiance envoyés par son médecin.

Une confiance à établir avec le médecin :

Plus que toute autre sentiment, le demandeur d'asile témoignait d'un besoin de confiance avec son médecin. Celle-ci était nécessaire pour entamer une relation et passait par une attitude d'écoute.

Entretien K :

Patient : Ce qui me plaît quand vous êtes avec lui, c'est qu'il a des petites blagues, il a une façon de vous distraire qui fait que vous oubliez votre douleur à l'instant

Entretien A :

Patient : Et puis un diagnostic qui nous a permis d'entrer en confiance, pour établir une confiance entre moi et mon médecin traitant

Les compétences humaines du médecin renforçaient le lien et amorçaient le processus de soin :

En carence affective, toute attitude bienveillante, empathique était valorisée par le demandeur d'asile avec son médecin traitant. Les demandeurs d'asile interviewés relataient ainsi de nombreux instants de consultations où le médecin avait su trouver les mots.

Entretien F :

Patient : *Vous parlez bien avec nous, vous nous traitez bien, demandez où est-ce qu'ils ont mal et après vous les soignez ça aussi c'est important.*

Les capacités d'écoute du médecin généraliste permettaient d'amorcer une réappropriation de la personne chez les demandeurs d'asile, obnubilés par les problèmes importés avec eux.

Ici l'exemple de la patiente H enceinte qui ne désirait plus sa grossesse.

Entretien H :

Patient : *Moi au début quand j'étais ici, j'avais plein de soucis en tête, je ne voulais même plus garder le bébé. Mais lui, il m'a parlé, il m'a consolé, j'ai beaucoup aimé ça.*

Confidences des traumatismes :

Une fois la confiance installée, le demandeur d'asile pouvait se libérer des blessures et traumatismes vécus.

Entretien C :

Patient : *Côté agression, côté asile, beaucoup de choses ... même le traitement avec le psychiatre. Elle connaît tout Dr C.*

Entretien E :

Patient : *Oui c'était un peu difficile pour moi parce que ... j'avais beaucoup de problèmes et c'était difficile pour expliquer à une nouvelle personne. Mais après... tu commences comme ça tranquille et je t'explique tous mes problèmes.*

3.6.4. Le rôle de pilier du médecin

Naturellement, avec la confiance acquise, le médecin prenait une place importante dans l'estime du demandeur d'asile. Il était alors régulièrement consulté et donnait des conseils pour des domaines qui dépassaient le rôle de simple prescripteur. Le médecin généraliste devenait un

appui important dans la vie du demandeur d'asile, à la fois soutien moral et impliqué dans ses projets.

Un rôle motivationnel :

Le médecin généraliste jouait un rôle important dans la reconstruction psychique du demandeur d'asile qui avait besoin de se sentir valorisé à nouveau.

Entretien A :

Patient : *Ce qu'il m'a donné c'est de la confiance envers moi même.*

Entretien E :

Patient : *Elle dit « ça va, tu vas gagner des papiers ici en France, c'est possible pour toi ».*

Conseils et adaptation à la vie en France :

Progressivement, le médecin s'impliquait dans les projets du demandeur d'asile et donnait des conseils pratiques en dehors de la santé.

Entretien C :

Patient : *Des fois elle m'a donné des conseils ... par exemple « B. il faut prendre des cours en informatique », « il ne faut pas rester dans la chambre ».*

Reconnaissance et estime envers le médecin :

En retour de l'investissement personnel du médecin, une relation privilégiée s'installait avec la personne demandeuse d'asile, presque d'ordre filial.

Entretien G :

Patient : *Il est aussi là comme ton papa parce qu'il te donne des conseils, il te dit comme ça comme ça ça c'est bien y'a beaucoup de trucs que tu vas venir découvrir avec lui que tu ne connaissais pas donc c'est un peu ça qui nous aide nous les femmes je trouve.*

Dans la plupart de nos entretiens, le demandeur d'asile exprimait une gratitude profonde envers le médecin.

Entretien L :

Patient : *Ce médecin c'est comme la grâce de dieu, il prend soin de nous, les petits soucis, les maladies.*

Entretien E :

Patient : *Oui, oui bien sûr ! Parce qu'elle était très gentille avec moi. C'est toujours mon amie.*

Enquêteur : *Ah oui tu la considères comme une amie ?*

Patient : *Oui, pas médecin comme une amie.*

Enquêteur : *Pourquoi une amie ?*

Patient : *Imagine quand tu arrives en France. Moi je ne connais rien. C'est lui qui m'aide beaucoup.*

Le demandeur d'asile avait su trouver avec le médecin un véritable pilier. Confident et conseiller, il témoignait pour lui d'une affection profonde.

SYNTHESE DE LA TROISIEME PARTIE

Du fait d'un parcours de vie traumatisant, les demandeurs d'asile avaient besoin d'un cadre sécurisant et considéraient le médecin généraliste comme un repère dans leur quotidien en France. L'orientation initiale vers des médecins généralistes formés permettait une réponse adaptée à leur besoin. Le tissu social avait un rôle prédominant dans le choix de la première consultation, rencontre déterminante dans la relation future médecin-demandeur d'asile. Dévalorisé, le demandeur d'asile exprimait en effet le besoin d'un médecin qui présente une attitude empathique, d'écoute, pour instaurer un lien de confiance. Les compétences humaines du médecin apparaissaient ainsi précieuses pour amorcer le processus de soin.

Une fois le lien de confiance instauré, le rôle du médecin généraliste dépassait alors le cadre du simple prescripteur et prenait une place centrale dans la vie du demandeur d'asile. Lors de nos entretiens, la position du médecin était parfois comparée à celle d'un père. Une relation privilégiée se développait ainsi avec le médecin généraliste avec le souhait de s'inscrire dans la durée sur le territoire français.

3.7. Le devenir en France : santé et projet de vie futur

Dans cette dernière partie des résultats, nous avons analysé l'importance accordée par les demandeurs d'asile à leur santé, et comment ils ont envisagé leur avenir en France.

3.7.1. La santé avant tout, quel que soit leur statut

Même si la réponse à leur demande d'asile était une préoccupation majeure, la santé restait primordiale. Les demandeurs d'asile témoignaient en effet à travers nos entretiens de l'importance qu'ils accordaient à leur santé, quelle que soit la finalité de leur demande d'asile.

Entretien G :

Patient : Je vais toujours continuer le suivi comme d'habitude parce que, que l'asile soit accepté ou pas, je serai toujours avec le médecin. Parce que la santé après tout parce que si tu n'es pas en santé tu ne vas pas poursuivre la vie. Je vois souvent des personnes qui sont malades qui sont couchées, ils sont en train de se plaindre « ah mon asile » et pourtant c'est d'abord la santé parce que si tu n'es pas en santé tu ne vas rien faire d'essentiel quoi.

Entretien M :

Patient : Déjà je ne joue pas avec ma santé. Comme je t'ai toujours dit, la santé pour moi c'est la vie. Qui parle de la vie, parle de la santé. La santé n'est pas à côté de la vie. C'est les deux qui vont de train. Si tu vis et que tu es malade, c'est comme si tu n'existais pas quoi. Parce que l'existence sans ta présence pour moi n'a aucune valeur.

Implication dans le processus de soin :

Cette importance accordée à leur santé se traduisait par une implication profonde dans le processus de soins.

Loin de suivre passivement les demandes du médecin généraliste, les personnes interviewées adoptaient une attitude active pendant la consultation.

Entretien F :

Patient : *Oui pour trouver ma maladie moi j'ai demandé de faire un scanner. Il m'a répondu non ce qu'on a fait c'est plus efficace fibroscope c'est plus efficace pour voir ta maladie j'ai dit mais n'empêche mais il faut tenter dans tous les côtés pour voir des fois il faut tenter là tu peux voir ça peut rien donner.*

Ainsi dans l'entretien A, le demandeur d'asile appréciait pouvoir analyser ses examens complémentaires avec le médecin.

Entretien A :

Patient : *J'étais à l'hôpital Européen pour les examens, une IRM et puis on a interprété les résultats ensemble.*

Importance accordée aux compétences médicales du médecin :

Impliqués dans leur santé, les demandeurs d'asile apparaissaient sensibles aux compétences biomédicales de leur médecin.

Entretien L :

Patient : *Très bien, Il me diagnostique. Il prend la peine de me diagnostiquer.*

Entretien C :

Patient : *Toutes les choses j'aime tout parce que le Dr M. elle trouve que j'ai un manque de fer.*

Le dépistage des pathologies était particulièrement important. Ainsi soucieux d'éventuelles maladies qu'il avait pu attraper lors de son parcours migratoire, la personne E souhaitait un bilan complet à son arrivée.

Entretien E :

Patient : *[...] c'est important parce que les maladies ça se voit dans le corps humain quand tu es malade ce que tu as attrapé 50 ans ou 100 en arrière ou que tu vas en vacances au Maroc au Sénégal ça peut se voir.*

3.7.2. Fidélité au médecin généraliste

Logiquement, la plupart des demandeurs d'asile désiraient poursuivre avec leur médecin généraliste pour la suite. Ils souhaitaient pouvoir s'appuyer sur ce nouveau repère et faire perdurer la relation privilégiée qui s'était créée

Entretien I :

Patient : *je vais continuer avec lui, je ne change pas*

Le rôle de médecin de famille était clairement identifié. Symbole d'une migration réussie en France, le médecin généraliste était celui qui allait pouvoir suivre les générations futures.

Entretien A :

Patient : *ah oui c'est important parce que comme ça il va pouvoir te suivre pour toute ta vie, même tes enfants il va pouvoir les suivre.*

Entretien F :

Patient : *Oui j'ai envie, je te dis ça mais même moi si un jour, je me suis marié et mes enfants ils peuvent ils peuvent le suivre aussi donc s'il est bon pour toute maladie.*

Si le souhait de continuer avec le même médecin apparaissait fort dans la plupart des entretiens, la projection dans « l'après » de la demande d'asile restait malgré tout difficile.

3.7.3. Un statut limitant les projets

Conscients que ce choix était tributaire de la décision de l'OFPPRA, ils se sentaient en effet limités dans leurs projets.

Un sentiment d'irrégularité :

Bien qu'en situation régulière d'un point de vue légal, la personne H nous faisait ainsi part de son sentiment d'illégitimité.

Entretien H :

Enquêteur : *D'accord. Mais actuellement pourquoi n'avez-vous pas un seul médecin ?*

Qu'est-ce qui vous freine ?

Patient : *Pour le moment, je ne suis pas en règle. Je fais des démarches.*

L'attente interdit la projection :

Également, la temporalité d'attente vis-à-vis de leur demande rendait difficile toute projection.

Dans l'entretien E, la personne interviewée avait ainsi du mal à exprimer ce qu'elle désirait.

Entretien E :

Patient : *C'était un rêve pour devenir un médecin. Mais il était un peu difficile pour moi .*

Si possible ici en France, je commence. Mon rêve, je veux aller à l'école. Si je gagne les papiers français, je veux aller à l'école. Oui. C'était un rêve pour moi. Je veux aller à l'école.

Au cours des entretiens, les demandeurs d'asile apparaissaient freinés dans leur projection à cause de l'expectative de leur requête.

3.7.4. Solidarité envers les demandeurs d'asile

Limités dans leur projet, les demandeurs d'asile faisaient néanmoins part du désir d'aider leur communauté.

L'importance d'être compris :

En effet, le souhait d'accompagner dans leur démarche les futurs demandeurs d'asile était ressorti à deux reprises dans nos entretiens.

La personne de l'entretien A proposait ainsi de servir d'interprète pour pallier les problèmes de compréhension.

Entretien A :

Patient : *Ils s'expriment dans un anglais qu'ils ne maîtrisent pas et que peut être le personnel médical n'arrive pas à maîtriser parfaitement. Des fois ils disent ... Y a une incompréhension. Une incompréhension à cause des moyens de communication qui ne sont pas efficaces.*

Enquêteur : *Et du coup comment ils font pour se faire soigner quand ils n'arrivent pas à se faire comprendre ?*

Patient : *Bon disons que y a ce que je propose. Mes services d'interprète.*

De la même manière, la personne E soulignait l'importance d'avoir vécu la situation pour pouvoir aider les nouveaux demandeurs d'asile.

Entretien E :

Patient : *Imagine, maintenant il y a beaucoup de migrants ici en France. C'est très difficile pour expliquer tous leurs problèmes. Donc si ils veulent rentrer avec moi comme je suis black comme on dit noir, je pense que je peux bien expliquer leur problème.*

SYNTHESE DE LA QUATRIEME PARTIE

Les demandeurs d'asiles témoignaient ainsi à travers nos entretiens de l'importance accordée à leur santé. Si nous savions que les compétences humaines étaient largement appréciées dans la troisième partie, ils attachaient aussi beaucoup d'importance aux compétences biomédicales. En effet, une fois la confiance établie, ils s'impliquaient activement dans le processus de soin.

Nouveau repère dans leur vie, les demandeurs d'asile souhaitaient continuer avec le même médecin généraliste. Ce dernier, amené à suivre les générations futures, pouvait être un des symboles d'une migration réussie.

Conscientes du sursis de leur situation, les personnes interviewées exprimaient néanmoins des difficultés à se projeter dans l'avenir.

Les projets semblaient limités par la réponse de la demande d'asile mais ils envisageaient malgré tout d'aider dans le futur leur communauté.

4. Discussion

4.1. Résultats principaux de l'étude

Tout d'abord, les demandeurs d'asile interrogés ont souligné l'importance que représentait leur corps, marqué par la répétition des expériences de vie douloureuses. Le corps signifiait ses difficultés d'adaptation après avoir vécu successivement les traumatismes du pays d'origine, les conditions de voyage éprouvantes, puis l'arrivée en France. Les souffrances psychologiques étaient prédominantes et elles entraînaient des manifestations somatiques. La santé, longtemps négligée dans le pays d'origine était fragilisée en France. L'expression de la souffrance et l'annonce d'un diagnostic étaient alors attendues auprès du médecin généraliste consulté. La reconnaissance de l'altération de la santé par la rédaction d'un certificat médical était aussi un outil pour légitimer la demande d'asile.

En France, le parcours de soins pouvait être limité par trois facteurs : la précarité des conditions sociales, la migration géographique, et le sentiment d'illégitimité quant au statut incertain de réfugié. Au contraire, l'accroche aux soins était facilitée lorsque le tissu social avait orienté le demandeur d'asile vers un médecin généraliste connaissant les problématiques de ces sujets. Les compétences relationnelles du soignant étaient primordiales dans la relation entre le demandeur d'asile et son médecin. Les qualités d'écoute, d'empathie, de bienveillance, de dévouement et de disponibilité étaient appréciées et permettaient d'instaurer un cadre sécurisant. Le lien de confiance était également un élément central dans la relation de soins. Le médecin généraliste est perçu comme un repère dans la vie du demandeur d'asile. Enfin, le besoin d'accorder de l'importance à la santé était perçu dans le discours des demandeurs d'asile et ils souhaitaient s'impliquer dans ce processus de soins. Toutefois, l'attente de la réponse quant au statut de réfugié limitait les projections.

4.2. Discussion autour des atouts et des limites de l'étude

4.2.1. Intérêt de l'étude

Nous pouvons souligner l'originalité de notre travail. Il s'inscrit dans un domaine où peu de données existent sur le sujet alors que le nombre de demandeurs d'asile ne cessent de s'accroître ces dernières années.

Les problématiques actuellement abordées autour de cette population migrante spécifique concernent principalement les domaines politique, administratif et social. Il existe encore très peu d'études concernant la santé de ces personnes vulnérables et leur perception des soins primaires.

Le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge des demandeurs d'asile avait été étudié au cours d'une thèse d'exercice en médecine générale en 2018, intitulée : « *Asile et parcours de soins : une relation chaotique ? Et si les médecins nous en parlaient.* » (63)

Notre travail apporte donc une vision complémentaire sur le sujet en interrogeant les demandeurs d'asile. Nous comparerons le ressenti de ces deux acteurs de la relation médecin-patient dans un prochain paragraphe.

4.2.2. Population de l'étude

La suffisance des données a été atteinte dans notre échantillon. Nous avons choisi de faire varier notre population étudiée selon les critères suivants : la tranche d'âge, le sexe, l'ancienneté de la demande d'asile en France, le type d'habitation et le lieu de recrutement pour l'entretien.

Il est possible que d'autres critères spécifiques de patients aient apporté de nouveaux éléments mais nous n'avons pas pu réaliser davantage d'entretiens avec la crise sanitaire liée à la Covid 19.

Concernant le sexe, la parité est relativement respectée puisque notre échantillon est constitué de 4 femmes et de 6 hommes.

La population interrogée est jeune. En effet, 80 % d'entre elle était âgée de moins de 40 ans. Cette donnée est en adéquation avec l'âge moyen des demandeurs d'asile en France que nous avons cité précédemment dans l'introduction, à savoir 30,7 ans.

L'Afrique représente le continent d'où provient la majorité des demandeurs d'asile interviewés, 9 personnes interrogées sur 10. Cependant, ils viennent de territoires africains bien distincts :

- Afrique Centrale : 3 personnes
- Afrique de l'Ouest : 3 personnes

- Afrique du Nord : 1 personne
- Afrique de l'Est : 2 personnes

L'un des critères d'inclusion de notre étude était d'être francophone. Nous pouvons penser que cette exigence explique que 70% des demandeurs d'asile interrogés proviennent de 4 anciennes colonies françaises : Algérie, Sénégal, Cameroun, Guinée.

Concernant l'ancienneté de la demande d'asile, 80 % des sujets interviewés avait déposé leur dossier depuis plus de 6 mois dont 50 % depuis plus de 12 mois.

Nous avons utilisé la classification ETHOS, de typologie européenne de l'exclusion liée au logement pour distinguer les différents types d'habitation des personnes interrogées (Annexe 1).

Parmi les personnes interrogées, 9 d'entre elles sont considérées comme sans logement et vivent dans des hébergements pour des personnes sans domicile ou pour des immigrants. Le dernier sujet interrogé est dans un logement précaire, hébergé chez un ami.

Enfin, nous avons recruté notre population dans des structures variées telles que : PMI, PASS de la Timone, CADA Jane Panier, Associations El Manba, et 100 pour un toit.

Nous n'avons pas souhaité recruter les patients par l'intermédiaire de médecins généralistes de ville ayant régulièrement en consultation des demandeurs d'asile. En effet, nous avons la crainte que le patient soit moins susceptible de confier un regard critique sur les soins qu'il recevait par le médecin généraliste.

Nous avons pu faire émerger que le suivi médical était facilité pour les demandeurs d'asile logés dans des structures d'hébergement tels que les CADA ou bénéficiant d'une orientation par les associations. Ces structures constituaient le tissu social spécifique du demandeur d'asile. Au contraire, les patients recrutés en PMI et à la PASS avaient un parcours de soins plus difficile. Ils consultaient des médecins dans des structures de soins dédiés pour les personnes vulnérables plutôt que dans des cabinets de médecine de ville.

4.2.3. Déroulement des entretiens

Il s'agissait pour les deux doctorants de la première expérience dans la recherche qualitative. Afin de se familiariser avec cette méthode, l'un des doctorants a participé à un enseignement libre proposé par la faculté concernant la recherche qualitative.

Afin d'améliorer la qualité de notre travail, chacun des doctorants a rédigé un carnet de bord (Annexe 4). Il s'agissait de raconter les origines de la rencontre avec les personnes interviewées, le ressenti des entretiens réalisés ainsi que les difficultés à leur élaboration.

Selon Colette Baribeau, les vertus du journal de bord sont multiples dans la recherche qualitative (69) : « *Il existe, au cœur d'un processus de recherche, des activités méthodiques de consignation de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'événements (au sens très large; les événements peuvent concerner des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture, des descriptions de choses vues ou de paroles entendues) contextualisés (le temps, les personnes, les lieux, l'argumentation) dont le but est de se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste et qui permettent au chercheur de se regarder soi-même comme un autre. Cette instrumentation est essentielle pour assurer à la fois la validité interne et la validité externe du processus de recherche.* »

Après la réalisation des deux premiers entretiens, nous avons rencontré notre directrice de thèse afin d'avoir un retour critique sur ces premières entrevues. Le manque d'approfondissement des entretiens a ainsi été souligné et cela nous a permis d'améliorer la qualité des suivants.

Les entretiens ont été réalisés en PMI et à la PASS de La Timone pour les personnes recrutées dans ces structures.

Les personnes hébergées via les CADA ont été interrogées dans leur logement. Cela leur a permis d'être dans un lieu familier et de se sentir à l'aise pour libérer leur parole.

Enfin, les demandeurs d'asile recrutés via des associations ont été interviewés dans des lieux publics tels que des parcs ou des restaurants. L'affluence dans certains espaces publics a pu perturber le dialogue à certains moments des entretiens.

La durée des entretiens est relativement faible puisqu'elle est de 18 minutes (allant de 9 à 32 minutes). Nous avons choisi d'interroger uniquement des personnes francophones et sans l'intervention d'un interprète afin de ne pas modifier la parole des patients. Cependant, il était

parfois difficile pour certains demandeurs d'asile de comprendre le sens de nos questions et de répondre en français. Le dialogue pouvait demander un effort soutenu ce qui engendrait un raccourcissement de la durée des entretiens. De plus, un entretien a été écourté du fait de l'état de fatigue d'un des patients interrogés dans un contexte d'une grave maladie.

4.2.4. Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse des données à l'aide du logiciel Excel.

Les logiciels d'analyses qualitatives plus spécifiques tel que N-Vivo apportent une meilleure clarté des données : « (...) *cette clarification rend observable et descriptible le cours de l'interprétation mais, bien plus, elle offre à l'analyse qualitative la possibilité que soit conduite une épreuve jusque-là réservée aux seules sciences expérimentales : la reproductibilité de l'analyse.* » (70).

Toutefois, l'utilisation de ces logiciels n'est pas indispensable et elle ne remet pas en cause la validité du travail (71).

L'utilisation du logiciel Excel seul nous a paru suffisante devant le nombre de données que nous avons à traiter. Chaque étape de codification de l'analyse qualitative a été respectée avec ce logiciel.

L'un des atouts de notre étude est la triangulation des données afin de limiter le biais d'interprétation. En effet, la réalisation de la thèse en binôme a permis une double analyse des entretiens ce qui renforce la rigueur de notre travail.

4.3. Regards croisés entre les demandeurs d'asile et les médecins généralistes

Nous avons souhaité confronter le ressenti des deux protagonistes de la relation médecin-patient. L'objectif est de mettre en lien le ressenti des soins primaires des demandeurs d'asile et les difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la prise en charge spécifique de ces patients.

Pour étayer cette confrontation, nous nous sommes appuyés sur les résultats issus de la thèse d'exercice en médecine du Dr Emma Honyiglo. Son travail a été publié en 2018 et l'intitulé

exact est : « *Asile et parcours de soins : une relation chaotique ? Et si les médecins nous en parlaient.* » (63).

4.3.1. Des attentes relationnelles mais des contraintes de communication

Les demandeurs d'asile interrogés nous ont confié leurs attentes prépondérantes sur les compétences relationnelles du médecin généraliste. Ainsi, ils attendaient de la part du soignant : une écoute attentive, une relation de confiance, une bienveillance, un dévouement et une disponibilité pour le patient.

Cependant, les médecins généralistes interrogés dans les travaux du Dr Honyiglo exposaient les difficultés rencontrées, ne permettant pas toujours de répondre adéquatement à toutes ces attentes (63) :

- **Une relation de confiance et un suivi médical entrecoupés par des migrations géographiques**

Pour les médecins généralistes, les migrations géographiques fréquentes des demandeurs d'asile constituent des freins dans le domaine de la santé selon deux aspects.

Tout d'abord, la confiance établie entre le médecin et son patient est fondamentale dans la relation de soin (63,72). Ce cadre sécurisant était un facteur d'accroche aux soins pour les personnes que nous avons rencontrés. Cependant, la création de ce lien est progressive. L'instauration d'une relation de confiance peut prendre du temps, en particulier pour des patients traumatisés (73). Or, les délocalisations perpétuelles des demandeurs d'asile empêchent la poursuite des consultations avec le même médecin généraliste et par conséquent la création de cette confiance.

Ensuite, l'instabilité géographique peut constituer un obstacle au suivi médical selon les médecins généralistes (48,50,63). En effet, la poursuite des rendez-vous peut s'avérer difficile lorsque le demandeur d'asile est amené à changer de lieu d'hébergement. La prise en charge débutée ne peut ainsi se poursuivre de manière adéquate.

Cette difficulté a également été relevée par les demandeurs d'asile que nous avons interrogés. L'instabilité géographique constituait pour eux un frein à la continuité de leurs soins.

○ **Barrière linguistique et compréhension de la demande**

La barrière linguistique s'avère être une difficulté supplémentaire dans la prise en charge des demandeurs d'asile pour les médecins généralistes (47,63). En effet, la crainte d'une incompréhension de la demande du patient est soulevée par le soignant. De plus, afin d'impliquer le patient dans la décision médicale, il est important de pouvoir lui expliquer le processus de soins proposé.

Pour pallier cette difficulté, la présence d'un interprétariat peut alors s'avérer utile pour les soignants. Selon la Haute Autorité de Santé (74) : « *Le recours à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/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'autre part, 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.* »

La présence d'un interprète est un frein pour certains médecins généralistes (63). Elle entraîne selon eux un tiers interférant négativement dans la relation singulière avec le patient.

Différents types d'interprétariat sont possibles (74) :

- L'interprétariat professionnel : il peut être proposé en face à face ou par téléphone. Les freins principaux exprimés par les médecins généralistes quant à son utilisation en médecine de ville étaient la méconnaissance des structures mises en place, les difficultés logistiques et le coût financier (63). Dans les Bouches du Rhône, l'association ISM Méditerranée propose des services d'interprétariat sur site ou par téléphone (75)
- L'interprétariat par un proche : il s'agit de la situation la plus simple, rapide et économique. Néanmoins, la fiabilité de la traduction comparée à un interprète professionnel est plus difficile à satisfaire. De plus, certains problèmes médicaux sont plus difficiles à aborder en présence d'un proche et le secret médical est plus difficile à respecter (63).

- Autres moyens de communication : recours à une langue tierce, utilisation de pictogrammes, sites de traduction en ligne.

- **Confrontation culturelle**

La différence culturelle peut induire une représentation de la maladie différente entre le médecin et le patient. Ainsi, certains médecins généralistes interrogés dans le travail du Dr Honyiglo soulèvent la difficulté de faire accepter aux demandeurs d'asile que certaines manifestations somatiques sont le reflet des traumatismes psychologiques vécus (63). Or, l'acceptation du diagnostic et l'adhésion aux soins sont indispensables à la prise en charge.

- **Temps de consultation limité**

L'une des difficultés exprimées par les médecins généralistes est le manque de temps durant la consultation pour aborder les diverses problématiques auxquelles sont confrontés les demandeurs d'asile. La situation précaire des demandeurs d'asile demande une prise en charge médico-sociale selon eux et nécessite un temps relativement long pour traiter toutes les questions (63).

4.3.2. Une souffrance morale confrontée à des difficultés de prise en charge psychologique

Les demandeurs d'asile rencontrés ont abordé les souffrances morales ressenties en France. Ces dernières s'avèrent être la conséquence des différentes épreuves auxquelles ils ont été confrontés : les traumatismes psychiques et physiques dans le pays d'origine, les conditions de voyage éprouvantes et la précarité sanitaire et sociale en France.

Les médecins généralistes expriment les difficultés rencontrées dans la prise en charge psychologique de cette population (63) :

- **Aborder le traumatisme**

Comme nous l'avons cité dans un précédent paragraphe, les médecins expriment un manque de temps dans la consultation et une insuffisance de suivi des demandeurs d'asile. Du fait des difficultés à instaurer une relation de confiance, certains soignants ressentent un embarras à

aborder sereinement les traumatismes vécus. Ils éprouvent une crainte de réactiver les traumatismes. La présence d'outils de communication est souhaitée par les médecins pour aider à prendre en charge les traumatismes encore douloureux.

- **Difficultés d'orientation vers les structures adaptées**

Similairement aux souffrances morales décrites par les demandeurs d'asile que nous avons interrogés, les médecins généralistes constatent que les principales séquelles psychologiques sont les troubles anxieux et les états de stress post traumatiques.

Les soignants expriment leur difficulté à prendre en charge les troubles de la santé mentale. En effet, ces souffrances peuvent être d'origines multiples, liées aux parcours d'exil ou à la situation administrative incertaine en France. Beaucoup de médecins soulèvent les difficultés à orienter les patients vers des structures adaptées. En effet, l'instabilité géographique rend difficile l'orientation vers des psychologues et des psychiatres. De plus, l'adressage vers des CMP (centre médico-psychologiques) n'est pas facilité. En effet, ces structures sont sectorisées et certains demandeurs d'asile n'ont pas de domiciliation fixe. De plus, les délais de prise en charge dans ces structures sont parfois très longs.

De ce fait, certains médecins généralistes se retrouvent à réaliser eux-mêmes le suivi psychologique.

4.3.3. Un statut administratif et social particulier opposé à un manque de formation sur les problématiques

Le parcours administratif des demandeurs d'asile est long. L'obtention du statut de réfugié se fait après examen par l'OFPRA de la légitimité de la demande (2). Des entretiens sont réalisés et le demandeur d'asile doit évoquer les raisons justifiant la fuite de son pays. Il s'agit d'une nouvelle épreuve douloureuse. Pour certains demandeurs d'asile interviewés, l'apport d'un certificat médical rédigé par le médecin généraliste est un élément important pour appuyer la demande.

Cependant, le médecin généraliste n'est pas toujours formé à la rédaction de ce certificat et de manière plus générale au parcours administratif des demandeurs (63).

- **Certificat médical : une preuve pour le demandeur d’asile mais une difficulté rédactionnelle pour le médecin**

Suspecté d’être un « faux » demandeur d’asile, la nécessité de fournir les preuves de la véracité de son histoire est essentielle pour ces sujets (76).

Le certificat médical n’est pas expressément demandé par les institutions administratives et juridiques qui vont étudier la demande d’asile. Cependant, il s’avère utile pour certains afin de compléter l’instruction et d’appuyer la demande auprès des autorités (77).

En effet, il est bien souvent difficile pour ces sujets vulnérables de raconter avec précision le détail des violences voire des tortures subies dans le pays d’origine. Le certificat médical peut alors appuyer les propos du requérant en soulevant les séquelles physiques et psychiques des traumatismes vécus (77).

Les résultats du travail du Dr Honyiglo soulèvent les difficultés que représente la rédaction du certificat médical pour le médecin généraliste (63). Ainsi, ces derniers confient la crainte de rédiger un certificat médical inadéquat qui pourrait porter préjudice aux demandeurs d’asile. Ils suggèrent que les psychiatres sont mieux formés à la rédaction des séquelles psychologiques, bien souvent les seuls stigmates des violences vécues. Ils soulignent leur méconnaissance de l’impact du certificat médical dans le parcours administratif du demandeur d’asile. Ils préfèrent aider ces sujets à verbaliser les traumatismes vécus plutôt qu’à rédiger un certificat dont la valeur est discutée.

De plus, certains médecins évoquent la peur que le certificat soit confié à une personne malhonnête et qui pourrait jouer en défaveur du demandeur d’asile. Enfin, certains médecins généralistes craignent une dérive administrative dans laquelle le certificat serait le seul motif de consultation du médecin généraliste. Les problématiques inhérentes aux problèmes somatiques et psychologiques, ainsi que le dépistage et la prévention ne seraient alors plus une préoccupation du patient.

- **Volonté d’améliorer la formation médicale**

Les médecins généralistes interrogés au cours de la thèse du Dr Honyiglo souhaitent améliorer la prise en charge globale de ces patients (63). Pour cela, ils évoquent la nécessité d’être mieux formés sur différentes problématiques inhérentes à cette population : le dépistage et la prise en

charge des troubles psychologiques, l'évaluation des séquelles et les problèmes infectieux spécifiques aux migrants.

Afin de parfaire la prise en charge globale des demandeurs d'asile, les médecins généralistes suggèrent également d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des demandeurs d'asile.

Enfin, une piste d'amélioration du parcours de soins des demandeurs d'asile serait une meilleure coordination entre les différents acteurs intervenant pour cette population : travailleurs sociaux, assistantes sociales, éducateurs, médecins généralistes et psychiatres, psychologues.

4.4. Des besoins relationnels exacerbés...

Un des résultats principaux de nos entretiens est l'importance accordée aux compétences relationnelles des médecins généralistes. Ces résultats sont concordants avec ceux de la thèse des Dr Touati et Vergan sur les bénéficiaires de l'AME (7) où les qualités d'écoute, de bienveillance, d'humanisme étaient mises en avant dans la relation avec le médecin.

D'une façon globale, cela corrobore ce qui est généralement admis dans la littérature sur les relations de soins avec les personnes précaires (78,79). En 2017, une étude qualitative réalisée à Genève mettait ainsi en lumière l'importance des qualités relationnelles du médecin pour entrer en lien avec les personnes migrantes (80).

Le rapport « Soins et accompagnement des migrants étrangers en situation précaire » du COMEDE (81) met aussi en avant la capacité d'écoute et de reconnaissance. L'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte social et administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge.

Le parallèle peut être fait avec les personnes en situation de précarité qui n'est pas nécessairement liée à la migration. Patrick Declerc, anthropologue, parle dans « les naufragés » (82) de *pathologie du lien* pour les personnes en grande précarité, des sans chez-soi en l'occurrence. Celle-ci se caractérise par une rupture avec son environnement social. Le sentiment d'exclusion accroît la vulnérabilité psychique, les compétences humaines peuvent alors être un moyen de renouer cette perte de lien.

... par un parcours de vie traumatisant

Mais ce besoin de compétences relationnelles peut aussi trouver son origine dans le parcours chaotique des demandeurs d'asile (83). Les traumatismes psychiques vécus pendant les parcours de migration sont largement étayés dans la littérature (55,58)

Ainsi dans une étude française rétrospective(84) sur près de 16 000 personnes migrantes passées entre 2007 et 2016 par le COMEDE pour un bilan de santé, plus de la moitié (62%) témoignent avoir déjà subi des violence. Un nombre important de ces personnes a subi des formes de violence extrême, notamment la torture parmi les demandeurs d'asile (20%) ou des violences liées au genre chez les femmes (29%) (85). Cela implique la plupart du temps un accompagnement médico-psychologique du parcours de soins, du repérage de ces troubles dans le cadre de bilans de santé proposés au sein des dispositifs de soins et de prévention, jusqu'à la facilitation des recours aux soins de santé mentale dans le réseau des centres médico-psychologiques et sur l'ensemble du territoire, avec une protection maladie effective aux conditions sociales et administratives que ces personnes rencontrent lors des premiers mois ou années en terre d'exil.

... par le sentiment d'illégitimité

Bien qu'en situation régulière aux yeux de l'état, certains demandeurs d'asile nous ont fait part de leur sentiment d'illégitimité.

A propos de la précarité des demandeurs d'asile, Jean Furtos, psychiatre, écrit (85) : « *La précarité n'est pas la pauvreté, car la précarité n'est pas avoir peu, voire très peu, c'est avoir peur. Peur de quoi ? Peur de perdre ce qui permet à l'homme de jouer à l'humain avec d'autres humains ; ce qui est très concrètement perdable, ce sont les objets sociaux investis par le socius, qui font lien et qui permettent d'être reconnu comme un humain digne de ne pas être exclu de la commune humanité via son groupe d'appartenance. Les principaux objets sociaux sont : le logement, le travail, le statut, l'argent (on retrouve la pauvreté à un niveau non quantitatif), la famille (la famille peut être « perdue »), et, s'agissant de la demande d'asile, les papiers, ceux qui autorisent à vivre dans un pays et à bénéficier des droits y afférents* ». Cette peur de l'exclusion peut se traduire par un renoncement aux soins comme la patiente H qui n'avait pas de médecin car ne se sentait pas en règle.

... par la perte de sens

Le besoin d'un pilier peut s'expliquer aussi d'un point de vue anthropologique sur l'acte de la migration en elle-même ; ainsi Jean Claude Métraux, pédopsychiatre et anthropologue, décrit la migration comme un deuil du soi (86).

La notion de migration peut se scinder en six étapes : « vivre dans un monde et en en être ; quitter ce monde, ; passer d'un monde à l'autre ; entrer dans un autre monde ; vivre dans cet autre monde ; être de cet autre monde ». Jean Claude Metraux appuie sur le fait que la dernière étape n'advient pas toujours, voire jamais.

Dès lors que l'on ne fait plus partie d'un monde, on en perd l'appartenance et donc se crée un deuil du soi. Le médecin généraliste peut apparaître comme un moyen de se raccrocher à ce nouveau monde pour le demandeur d'asile.

A la lumière de ces entretiens, une sensibilité à l'altérité et à la précarité semble être indispensable au médecin généraliste pour sa consultation. La thèse réalisée en 2013 par les Dr Ernst et Meriaux soulignait l'importance de l'université dans la formation de ses étudiants sur les représentations face aux inégalités (87). Des formations ciblées telles qu'elles se développent actuellement dans les départements universitaires (88) de France pourraient être une réponse adaptée à ces besoins.

4.5. L'importance du tissu social spécifique

Il est aussi ressorti de nos entretiens l'importance du tissu social spécifique.

Là encore, nos résultats sont concordants avec ceux de la thèse sur l'AME qui mettaient en valeur l'importance des associations et de l'entourage.

La plupart des demandeurs d'asiles interviewées n'atterrissaient pas par hasard chez un médecin généraliste, mais avaient été orientés via leur association ou un proche. A l'inverse le patient M qui n'avait pas pu être aidé initialement exprimait ses souffrances liées à son errance médicale et souhaitait même pouvoir aider les futurs demandeurs d'asile à l'avenir.

L'importance des réseaux d'entraide pour les personnes migrantes avait déjà été soulignée dans l'étude du DRESS (89) à propos des bénéficiaires de l'AME. Ils concluaient ainsi : « Les conditions de logement ou de travail des bénéficiaires de l'AME apparaissent fortement déterminées par l'existence d'un réseau d'aide familial ou amical. Celui-ci favorise l'accès à un réseau d'une autre nature, en provenance du milieu associatif ou social. Si ce dernier s'adresse davantage aux personnes isolées, il apporte également un soutien à ceux qui sont déjà pourvus d'un solide réseau familial. Le réseau associatif apparaît ainsi complémentaire du réseau familial ou amical. Les personnes qui disposent d'un solide réseau d'aide familial ou

amical se déclarent plus souvent en bonne ou très bonne santé. Cependant, l'aide apportée par la famille ou les amis pour effectuer des démarches ne suffit pas pour favoriser le recours au soin, elle doit être complétée par l'aide d'origine associative ou sociale »

Les CADA, le support institutionnel à développer ?

Contrairement aux bénéficiaires de l'AME, les demandeurs d'asile, lorsqu'ils ont la chance de pouvoir être logés, peuvent s'appuyer sur des structures d'accompagnement subventionnées par l'état, type CADA. Parmi les demandeurs d'asile interviewés, deux avaient pu bénéficier d'orientation vers un médecin généraliste par le CADA.

Ces structures proposent un accompagnement individuel par un référent social.

Dans son dernier rapport(90), L'ANESM a défini l'accès aux soins pour le demandeur d'asile comme une des grandes priorités pour le référent social qui l'accompagne. Ils recommandent notamment de :

- assister la personne dans l'accès à ses droits à la santé
- mener des actions de prévention répondant aux besoins de la population accueillie
- proposer un accompagnement à l'accès aux soins
- repérer et orienter la personne en souffrance post traumatique.

Ces objectifs de soins apparaissent particulièrement adaptés aux besoins des demandeurs d'asile.

Malheureusement avec seulement un peu plus de 40000 places disponibles en CADA pour toute la France (91), à peine un tiers des demandeurs d'asile peuvent bénéficier de cet accompagnement.

Les médecins bienveillants

Une étude réalisée (92) en 2014 sur l'influence de la précarité sur la prise en charge en médecine générale a comparé les qualités de prises en charge des patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME par rapport à la population générale. Admettant que les patients précaires ont moins recours aux soins et consultent tardivement (93), ils s'attendaient à ce que les durées de consultations à motifs équivalents soit plus longues. Or les résultats ont montré qu'elles étaient plus courtes et que leur prise en charge semblait différente, moins complète en termes de procédures que pour le reste de la population de l'étude.

Les hypothèses avancées étaient la perception négative par le médecin de la capacité du patient à prendre part au processus de soins et de sa motivation pour adopter des comportements favorables à sa santé.

Cela pose la question de pouvoir aménager des plages de consultations dédiées pour prendre le temps avec ce type de patientèle.

De futurs travaux pourraient permettre de reconnaître la surcharge de travail psychique et physique pour le médecin généraliste que peut engendrer une consultation avec un demandeur d'asile, et réfléchir à la manière de l'intégrer dans le système actuel de tarification à l'acte.

5. Conclusion :

Les demandeurs d'asile rapportent une santé fragilisée du fait d'un parcours de vie extrêmement douloureux. La consultation avec le médecin généraliste est le lieu où les souffrances vécues par les demandeurs d'asile peuvent s'exprimer : les stigmates psychiques sont souvent dissimulés sous des motifs somatiques et sont un moyen de légitimer la demande d'asile.

En quête de repères à son arrivée en France, le demandeur d'asile trouve en son médecin généraliste un pilier sur lequel il peut s'appuyer, bien au-delà de la simple prescription médicale.

Si les attentes biomédicales sont appréciées par les demandeurs d'asile, ils accordent encore plus d'importance aux compétences relationnelles de leur médecin.

Grâce à l'orientation par le tissu social spécifique du monde des migrants, les médecins généralistes rencontrés par les demandeurs d'asile interviewés ont présenté effectivement les compétences relationnelles adaptées à leur besoin.

Conscients du sursis lié au verdict de leur demande d'asile, ils souhaitent néanmoins poursuivre avec le médecin traitant qui les suit. Ce dernier, amené à suivre les générations suivantes, pourrait en effet apparaître comme un des témoins d'une migration réussie.

D'après nos résultats, encourager la sensibilisation à la précarité chez les médecins généralistes par des formations universitaires semble être une des priorités. Il serait aussi intéressant de promouvoir la formation sur le dépistage et la prise en charge du stress post traumatique en soins primaires.

De par l'importance du tissu social spécifique, il serait souhaitable de favoriser une meilleure coordination entre les différents acteurs intervenant pour cette population : travailleurs sociaux, assistantes sociales, éducateurs, médecins généralistes, psychiatres et psychologues. Comme cela a été fait pour les bénéficiaires de l'AME dans l'étude DRESS(89), d'autres travaux pourraient appuyer l'importance de ce tissu social en étudiant l'impact d'une bonne orientation initiale des demandeurs d'asile sur le système de santé à moyen et long terme.

Enfin, reconnaître qu'une consultation avec un demandeur d'asile ou plus généralement une personne précaire demande une surcharge de travail psychique et physique, puis discuter de comment s'affranchir de ces freins en médecine générale pourrait être développé dans des travaux ultérieurs.

Bibliographie :

1. Office français de protection des réfugiés et des apatrides. A l'écoute du monde, Rapport d'activité 2019. 2020 juin p. 136. Report No.: 1773-1747.
2. Convention et Protocole relatif au statut des réfugiés [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur:
https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/convention_1951_protocole_1967.pdf
3. Premier accueil des demandeurs d'asile [Internet]. Disponible sur:
<https://www.forumrefugies.org/nos-actions/en-france/demandeurs-d-asile/premier-accueil>
4. Noura K. La requête d'asile et la construction de sa crédibilité. [Thèse en Sociologie]. Université de Lorraine; 2013.
5. Ballière Frédéric. Le recours aux soins des demandeurs d'asile, approche ethnographique de l'expérience de l'exil. L'Harmattan. 2011. 136 p.
6. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [Internet]. [cité 18 juill 2020]. Disponible sur:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>
7. Touati Stephan, Vergan Sébastien S. Passage : Parcours de soins et vécus du suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. Aix Marseille; 2017.
8. Amnesty France. Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ? [Internet]. Amnesty France. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile>
9. Ministère de l'Intérieur. Demandeur d'asile - Glossaire.
<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Definitions-et-methodologie/Glossaire/Demandeur-d-asile>.
10. Ministère de l'Intérieur. Les grands principes du droit d'asile [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Le-droit-d-asile/Les-grands-principes-du-droit-d-asile>
11. Guide du demandeur d'asile 2019 - VF.pdf [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur:
<http://www.herault.gouv.fr/content/download/32326/220059/file/Guide%20du%20demandeur%20d'asile%202019%20-%20VF.pdf>
12. Super. Premier accueil- Forum réfugiés -Cosi [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.forumrefugies.org/nos-actions/en-france/demandeurs-d-asile/premier-accueil>
13. Rapport d'activité OFPRA 2019 [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur:
https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2019.pdf
14. Conseil d'administration OFPRA. Liste des pays sûrs MAJ 2019 [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur:
https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151017_jorf_decision_ca_ofpra_du_9_octobre_2015.pdf
15. Parlement européen. 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.

16. délais-et-recours-Dublin.pdf [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/06/d%C3%A9lais-et-recours-Dublin.pdf>
17. Legifrance. Lieux d’hébergement pour demandeurs d’asile [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000031202450&cidTexte=LEGITEXT000006070158>
18. Légifrance. Conditions d’attribution ADA.
19. . Code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile. | Legifrance. Allocation pour demandeur d’asile [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000030952365&cidTexte=LEGITEXT000006070158>
20. Legifrance. Montant Allocation demandeurs d’asile. Code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile. [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000031358787&cidTexte=LEGITEXT000006070158>
21. Le revenu de solidarité active (RSA) [Internet]. CAF.fr. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/solidarite-et-insertion/le-revenu-de-solidarite-active-rsa>
22. Code de l’éducation - Article L131-1. Code de l’éducation.
23. Ministère de l’Intérieur. L’accès à l’éducation [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-droits-des-demandeurs-d-asile/L-acces-a-l-education>
24. Ameli.fr. En situation irrégulière - AME [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
25. Ministère des solidarités et de la santé. Note d’information n°DSS/2A/2020/43. 2020 févr.
26. Article 97 - Loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003 de Finances rectificative pour 2003 (1). - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006322004/2015-12-31/#LEGIARTI000006322004
27. Fédération des acteurs de la solidarité - [CP]. Le gouvernement s’apprête à dégrader la santé des personnes étrangères : le cri d’alarme des associations [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.federationsolidarite.org/espace-presse-aside/espace-presse-cp-menu/10610-cp-le-gouvernement-s%E2%80%99appr%C3%AAte-%C3%A0-d%C3%A9grader-la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A9trang%C3%A8res-le-cri-d%E2%80%99alarme-des-associations>
28. La Tribune. Politique migratoire: Philippe rassemble l’opposition (contre lui) [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.latribune.fr/economie/france/politique-migratoire-philippe-rassemble-l-opposition-contre-lui-832444.html>
29. Légifrance. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000507984/>
30. Ameli.fr. Accès aux soins du demandeur d’asile [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>

31. Légifrance. Article L254-1 - Code de l'action sociale et des familles [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041474149/2019-12-30
32. Rapport d'activité OFPRA 2009 [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2009.pdf
33. Rapport d'activité OFPRA 2015 [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2015_hd.pdf
34. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Principaux_pays_de_destination:_Allemagne.2C_France_et_Espagne
35. Qui sommes-nous ? | OFII [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/qui-sommes-nous>
36. Forum réfugiés - Così [Internet]. Forum réfugiés - Così. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://forumrefugies.org/nos-actions/en-france/demandeurs-d-asile/premier-accueil>
37. Comede - Qui sommes-nous ? [Internet]. 2016 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.comede.org/presentation/>
38. La Cimade -Missions [Internet]. La Cimade. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/nous-connaître/missions/>
39. Provence-Alpes-Côte-d'Azur - Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Tous les établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443/rgn-provence-alpes-cote-d-azur.html>
40. Collectif El Manba. Qui sommes nous | El Manba [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://elmanba.noblogs.org/home/>
41. Cent pour un toit - marseille 1° association Logement Marseille, [Internet]. Gralon. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: https://www.gralon.net/mairies-france/bouches-du-rhone/association-cent-pour-un-toit-marseille-1-marseille_W133027035.htm
42. PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) | AP-HM [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/consultation/pass>
43. Médecins du Monde. Médecins du Monde - Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous>
44. Médecins du Monde et l'URPS. Ils se soignent grâce à la PASS de ville [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2020/01/22/ils-se-soignent-grace-la-pass-de-ville>
45. CFDA, Coordination Française pour le Droit d'Asile. Certains jours, je ne savais pas où dormir. 2019 mai.
46. Office français de l'immigration et de l'intégration. Rapport d'activité 2018.
47. La voix de ceux qui crient, rencontre avec des demandeurs d'asile. Albin Michel; 2018. 317 p.
48. Faut-il avoir une maladie grave pour obtenir un toit ? Maux d'exil numéro 25. mars 2014;
49. France terre d'asile. La question de la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile. 2013 oct.

50. De Champs Léger H., Rieutord G., Lamache P. Particularités de la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité. *La revue du praticien*. avr 2020;(70):379.
51. Ministère des Solidarités et de la Santé. Habitat insalubre [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/batiments/article/habitat-insalubre>
52. Accès au travail du demandeur d'asile | service-public.fr [Internet]. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2741>
53. Bourgeois Brigitte. La créativité des soignants face à la barrière linguistique. avr 2016;(176).
54. Les demandeurs d'asile | Comede [Internet]. Disponible sur: www.comede.org/demandeurs-dasile/
55. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 25 août 2017 [cité 12 août 2019];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5571637/>
56. 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* [Internet]. 20 juin 2018 [cité 12 août 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6011353/>
57. Haumeder A von, Ghafoori B, Retailleau J. Psychological adaptation and posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: a mixed-methods study investigating environmental factors. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 2019 [cité 16 sept 2020];10(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6853240/>
58. Kartal D, Alkemade N, Eisenbruch M, Kissane D. Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 sept 2018;53(9):931-41.
59. Hvidtfeldt C, Petersen JH, Norredam M. Prolonged periods of waiting for an asylum decision and the risk of psychiatric diagnoses: a 22-year longitudinal cohort study from Denmark. *International Journal of Epidemiology*. 18 mai 2019;dyz091.
60. Comede, Comité pour la santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2019.
61. Natali F. Migrants et soignants : une reconnaissance réciproque pour une mise en action efficace. *Soins*. mars 2020;65(843-844):20-3.
62. VIH, IST, hépatites : le combat doit continuer. *Maux d'exil* numéro 39. mars 2013;
63. Honyiglo E. Asile et parcours de soins : une relation chaotique ? Et si les médecins nous en parlaient. 2018.
64. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Lehr-Drylewicz AM, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(Exercer 2008;84:142-5).
65. Blanchet Alain, Gotman Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan Université. Paris; 1992. 125 p. (128).
66. Dey I. *Grounding Grounded Theory: Guidelines for Qualitative Inquiry*. San Diego, CA: Academic Press. 1999.
67. Laurent Letrillart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;(Exercer 2009; 87:74-9).
68. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.

69. Baribeau C. L'instrumentation dans la collecte de données, le journal de bord du chercheur. *Rech Qual – HORS Sér 2*.
70. Lejeune C. Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. *Rech Qual 2010;Hors Série(9):15-32*.
71. Roy N., Garon R. Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Rech Qual 2013; 32 (1):154-80*.
72. Sureau P. De la confiance dans la relation de soin. *Soins. avr 2018;63(824):44-6*.
73. Michon F. La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins. 2013;(779)*.
74. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017.
75. Association Inter Services Migrants Méditerranée [Internet]. Disponible sur: <https://www.ismmtraduction.fr/fr/nos-actions>
76. Giraux Fabrice. Rôle ambigu du certificat médical [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n21-demandeurs-d-asile-un-engagement-clinique-et-citoyen/role-ambigu-du-certificat-medical-1756.html>
77. Mestre C. La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social. *L'Évolution Psychiatrique. 2006;71(3):535-44*.
78. Daviet O. Clinique de la précarité, précarité de la clinique. *Le Journal des psychologues. 2009;n° 269(6):56-60*.
79. H. Boissonnat ; C. Sibue. La relation soignant – soigné dans le cadre de l'accès aux soins des populations défavorisées. *Revue Laennec*;
80. Précarité et compétences en santé [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/1702-precarite-et-competences-en-sante>
81. Comede, Comité pour la santé des exilés. *Migrants/étrangers en situation précaire, Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. 2015*;
82. Les naufragés : Avec les clochards de Paris [Internet]. Babelio. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Declerck-Les-naufrages--Avec-les-clochards-de-Paris/20982>
83. Baligand P. Parcours de demandeurs d'asile : diffraction spatiale et traumatisme. *Les Annales de la Recherche Urbaine. 2015;110(1):56-63*.
84. Veïsse A. VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS / VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES. :10.
85. SAMDARRA O. Demande d'asile et parentalité, un paradigme de la précarité [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n37-de-l-exil-a-la-precarite-contemporaine-difficile-parentalite/demande-d-asile-et-parentalite-un-paradigme-de-la-precarite-1358.html>
86. Edition La Dispute. Jean-Claude Métraux, La migration comme métaphore. *Lectures [Internet]. 6 déc 2011 [cité 1 oct 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/6934>*
87. Yumpu.com. Thèse MERIAUX ERNST [Internet]. yumpu.com. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/33426642/these-meriaux-ernst>

88. Goff - SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Images/Orspere-Samdarra/Formations/DIU/plaquette_DIU_SSM_2020_2021.pdf
89. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME: le rôle des réseaux d'entraide. :13.
90. anesm-rbpb_cada_mai_2014.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb_cada_mai_2014.pdf
91. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux 2020 [Internet]. La Cimade. 2020 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
92. S. Petitclerc. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale. Exercer 2014.
93. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.

Annexes

Annexe 1 : La typologie européenne de l'exclusion liée au logement établie par la FEANTSA (fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris) Ethos 2007

		Catégorie opérationnelle		Situation de vie		Définition générique	
Catégorie conceptuelle	Sans abri	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	
		5	Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire / centre 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	Pas de logement disponible avant la libération	
	6.2			Institutions médicales	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement		
	6.3			Institutions pour enfants/homes	Pas de logement identifié (par ex au 18 ^e anniversaire)		
	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			
Logement précaire	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		
			8.2	Sans bail de (sous)-location	Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement		
			8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation d'un terrain sans droit légal		
	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 violence domestique	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 violence domestiques		
Logement inadéquat	11	Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1	Mobile homes ¹	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 des 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			

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

Question d'approche :

Q1. Comment s'est passée votre première consultation avec un médecin généraliste en France ?

Relances : Pourquoi aviez-vous choisi de consulter ce médecin ? Avez-vous été satisfait de cette consultation ? A-t-on répondu à vos attentes ?

Parcours de soins du patient :

Q2. Avez-vous un médecin traitant en France ?

➔ *Si oui : Comment avez-vous choisi votre médecin traitant ?*

Si non : Où allez-vous lorsque vous avez besoin de vous faire soigner ?

Vécu des consultations avec le médecin généraliste :

Q3. Qu'est-ce qui vous plaît ou vous déplaît dans les consultations auprès d'un médecin généraliste ?

Q4. Ressentez-vous une différence entre les consultations en France et celles réalisées dans votre pays d'origine ?

➔ *Si oui : lesquelles ?*

Attentes envers le médecin généraliste :

Q5. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste ?

Q6. A-t-on répondu à vos attentes lors des consultations ?

➔ *Si non : Avez-vous des propositions pour améliorer la prise en charge ?*

Q7. Après le temps de la demande d'asile, comment envisagez-vous la relation avec votre médecin généraliste ?

Annexe 3 : Guide d'entretien final

Question d'approche :

Q1. Comment s'est passée votre première consultation avec un médecin généraliste en France ?

Relances : Comment aviez-vous choisi ce médecin ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous aviez consulté ?

Parcours de soins du patient :

Q2. Comment se passe votre suivi médical en France ?

Où allez-vous lorsque vous avez besoin de vous faire soigner ?

Vécu des consultations avec le médecin généraliste :

Q3. Qu'est-ce qui vous plaît ou vous déplaît dans les consultations auprès d'un médecin généraliste ?

Quelles craintes avez-vous avant de consulter un médecin généraliste ?

Q4. Ressentez-vous une différence entre les consultations en France et celles réalisées dans votre pays d'origine ?

➔ *Si oui : lesquelles ?*

Attentes envers le médecin généraliste :

Q5. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste ?

Que représente pour vous le médecin généraliste ?

Attendez-vous qu'il ait des connaissances spécifiques vis-à-vis de vos pathologies de votre pays d'origine ? Attendez-vous du médecin qu'il ait des connaissances sur vos possibilités d'accès aux soins ? A-t-il pu vous fournir des informations utiles dans vos démarches ?

Q6. Quelles sont vos attentes lors des consultations avec le médecin généraliste ?

Comment le médecin généraliste peut-il vous aider ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la consultation avec le médecin généraliste ?

Q7. Après le temps de la demande d'asile, comment envisagez-vous la relation avec votre médecin généraliste ?

Annexe 4 : Extraits de tableau de bord

20 mars 2019 :

Afin de mieux comprendre la situation des demandeurs d'asile, nous rencontrons aujourd'hui le Dr Philippe Truze. Il est médecin coordinateur de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration).

Nous sommes intimidés car il s'agit de notre premier rendez-vous pour notre thèse et nous avons encore peu de connaissances sur les demandeurs d'asile. Le Dr Truze nous met rapidement à l'aise et il nous livre pendant près de 1h30 ses précieuses connaissances sur la migration.

Il a l'air content de recevoir des internes qui sont intéressés par la situation des migrants. Il nous propose même de venir travailler à l'OFII une fois notre internat fini !

15 Novembre 2019 :

Je réalise ce jour avec Mr Z mon tout premier entretien. Le rendez-vous a lieu dans un café en début de soirée, l'ambiance est plutôt détendue et j'ai l'impression d'avoir pu dégager des idées intéressantes. Pourtant, lors de la retranscription le soir même, je me rends compte que j'ai été un peu directif dans mes questions, orientant trop les réponses de Mr Z. J'essaierai de me mettre plus en retrait pour les prochains.

13 Décembre 2019 :

Nous rencontrons les membres de l'équipe travaillant au sein d'un CADA afin de présenter notre projet. (...) Je ressens une certaine méfiance de la part de quelques membres de l'équipe. Ils ont une attitude très protectrice vis-à-vis des demandeurs d'asile dont ils s'occupent. Afin de les rassurer sur nos intentions, nous leur expliquons plus en détail notre projet et nous précisons bien que ces entretiens resteront anonymes. Ils nous proposent d'assister à la fête de Noël du CADA qui aura lieu la semaine prochaine afin de rencontrer des personnes en demande d'asile.

20 Décembre 2019 :

Je me rends à la fête de Noël du CADA. Les membres de l'équipe sont accueillants et ils paraissent touchés que je sois venue aujourd'hui. J'échange avec plusieurs demandeurs d'asile et je suis touchée par leur gentillesse et leur bienveillance pour m'intégrer à leur fête. Mr N. et Mr. E acceptent que l'on se revoie en début d'année pour réaliser un entretien.

20 Janvier 2020 :

Je réalise mes deux premiers entretiens aujourd'hui auprès de Mr N. et Mr E.

Je commence par Mr N. Il a l'air ravi de pouvoir s'exprimer sur ce sujet et je trouve notre discussion très intéressante. Je me rends compte des difficultés pour mener un entretien de qualité alors j'essaie de me souvenir des conseils donnés par notre directrice de thèse.

Je me rends ensuite dans le studio de Mr E. Je suis gênée car Mr E. est atteint d'une maladie neurodégénérative et il semble très fatigué aujourd'hui. Je lui propose de différer l'entretien mais il insiste pour le réaliser aujourd'hui. L'entretien est court, je sens que Mr E. a besoin de se reposer et je préfère ne pas insister.

23 Janvier 2020 :

Exposition photo pour le premier anniversaire de la PASS de ville sur Marseille. Beaucoup de monde dont des visages connus de médecins travaillant dans le domaine de précarité. Discours ému du directeur de la PASS de ville : si le dispositif est un succès, il est aussi possiblement en sursis à cause de la nouvelle loi sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile.

30 Janvier 2020 :

Je passe la matinée dans les locaux de Médecins du Monde. Sans rendez-vous, je suis malgré tout accueilli par la référente sociale qui prend le temps de me présenter les locaux et le fonctionnement. Le reste de l'équipe est débordé, je ne pourrai pas effectuer d'entretien ce jour mais on m'oriente vers l'association 100 pour un toit où deux demandeurs d'asile m'accorderont un entretien.

25 Février 2020 :

Je relance par mail et par téléphone plusieurs CADA sur Marseille afin de rencontrer des demandeurs d'asile. Je fais face à plusieurs refus car les personnes travaillant dans ces structures sont débordées actuellement. Je comprends mais je suis déçue.

3 Mars 2020 :

Je me rends à l'assemblée générale de l'association El Manba. Ce collectif milite pour les migrants. Je ressens beaucoup d'engagements et de convictions auprès des membres de l'association. On me propose de venir rencontrer des demandeurs d'asile lors de cours de français donnés le mercredi matin au restaurant Les Grandes Tables situé à La Friche Belle de Mai.

11 Mars 2020 :

J'assiste aux cours de français donnés par plusieurs membres de l'association El Manba à La Friche. Une trentaine de migrants et de demandeurs d'asile sont venus assister au cours.

Le début de la matinée est marqué par une discussion autour du Covid-19.

Puis, je me présente et je propose aux personnes intéressées par mon projet de venir me rencontrer en fin de matinée.

R. vient me voir et souhaite réaliser un entretien avec moi. Sa bonne humeur et son projet de reprendre des études d'infirmier en France m'ont marquée.

Une seconde personne M. est intéressée pour participer mais elle souhaite réaliser l'entretien dans une semaine. Nous convenons donc de nous revoir lors des prochains cours de français.

17 Mars 2020 :

Suite aux mesures de confinement liées au Covid 19, mon entretien prévu demain est annulé.

Je réalise que ces mesures vont être difficiles pour les migrants et les personnes en demande d'asile. Leur précarité et leur isolement social risquent d'être encore plus importants pendant cette difficile période.

30 Juin 2020 :

M. m'a contactée pendant le confinement pour prendre de mes nouvelles et convenir d'une nouvelle date pour l'entretien.

Trois mois après notre première rencontre, nous réalisons aujourd'hui l'entretien. Il m'explique les difficultés auxquelles il a été confronté notamment pour se loger. Il exprime également son inquiétude vis-à-vis de sa demande d'asile car il craint que le délai de réponse ne soit encore plus long qu'habituellement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction :

Le nombre de demandeurs d'asile ne cessent d'augmenter ces dernières années en France. Ces sujets ont été exposés à des traumatismes multiples que ce soit dans leur pays d'origine ou durant leur parcours migratoire. Arrivés en terre d'exil, les conditions d'accueil sont précaires. L'avenir est encore incertain en France, et il faut justifier auprès des autorités administratives la légitimité de la demande. L'ensemble de ces épreuves laissent présager un état de santé fragilisé des demandeurs d'asile nécessitant une prise en charge médicale adaptée. Le médecin généraliste, acteur central des soins primaires se retrouve confronté à la complexité de cette population singulière.

L'objectif de ce travail est d'explorer les représentations des soins primaires des demandeurs d'asile et d'étudier les éléments déterminant leur parcours de soins.

Matériel et Méthode :

Une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de demandeurs d'asile recrutés à Marseille. Un guide d'entretien qualitatif a aidé à la réalisation des interviews. Une analyse de contenu inductive inspirée de la théorisation ancrée a été effectuée. Le double codage des données a permis une triangulation de l'analyse.

Résultats :

10 entretiens ont été retenus pour l'analyse. Les patients recrutés étaient diversifiés sur l'âge, le sexe, le pays d'origine, l'ancienneté de la demande d'asile et le type de logement.

Une flambée des symptômes psychiques et physiques est constatée en France entraînant une altération de la santé. La verbalisation des souffrances ressenties auprès du médecin généraliste semble nécessaire pour reconnaître les maux et tenter de les apaiser. Le parcours de soins est façonné par les conditions précaires et le sentiment d'illégitimité. L'orientation par un tissu social spécifique est un élément favorisant l'accroche aux soins. Les compétences relationnelles du médecin sont attendues par le demandeur d'asile telles que l'écoute, l'empathie, la bienveillance, la disponibilité. L'instauration d'un cadre sécurisant et la relation de confiance auprès du médecin sont appréciées.

Conclusion :

Les demandeurs d'asile rapportent une santé fragilisée du fait d'un parcours de vie extrêmement douloureux. Les conditions sociales et le statut administratif ne facilitent pas le soin de ce corps traumatisé. L'orientation initiale vers un médecin généraliste susceptible d'apporter de la bienveillance est alors appréciée pour retrouver de la dignité. Afin d'améliorer les soins primaires de cette population vulnérable, le médecin généraliste doit s'appuyer sur une approche centrée patient en intégrant une prise en charge médico-sociale.

Mots clés : médecin généraliste, précarité, représentations, parcours de soins, demandeurs d'asile, relation médecin-patient