



HAL
open science

La population Rom à Marseille et le suivi en médecine générale de droit commun : quelles expériences, attentes et freins ?

Nawel Haji

► To cite this version:

Nawel Haji. La population Rom à Marseille et le suivi en médecine générale de droit commun : quelles expériences, attentes et freins ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-03952754

HAL Id: dumas-03952754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03952754v1>

Submitted on 23 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**La population Rom à Marseille et le suivi en médecine générale de droit
commun : quelles expériences, attentes et freins ?**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 19 Janvier 2023

Par Madame Nawel HAJI

Née le 16 novembre 1991 à Lannion (22)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur VERMERSCH Marie

Directeur

Madame le Docteur LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude

Assesseur

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 RESSEQUIER
▪ 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 ROM

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTE 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	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

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

2018

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

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

EMERITAT

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)

1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques Surnombre
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARLOGIS Vincent
 BARTHET Marc
 BARTOLI Christophe
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 LASSERRE Sophie
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERBIS Julie
 BERDAH Stéphane
 BEROUD Christophe
 BERTRAND Baptiste
 BERTUCCI François
 BEYER-BERJOT Laura
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BOISSIER Romain
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOUFI Mourad
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETTELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 DAUMAS Aurélie
 DAVID Thierry
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELAPORTE Emmanuel
 DENIS Danièle
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel BELIARD-
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
 EBBO Mikaël
 EUSEBIO Alexandre
 FABRE Alexandre
 FAKHRY Nicolas
 FAURE Alice
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOUILLOUX Virginie
 FOURNIER Pierre-Edouard
 FRANCESCHI Frédéric
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GABORIT Bénédicte
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie CASANOVA
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANDVAL Philippe
 GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISSCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-
PatrickBOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITE DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DEMEDEGINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI
Aurélien NUSSLI
Nicolas
ROUSSEAU-DURAND
Raphaëlle THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

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

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

XERRI Luc (PU-PH)

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH) Surnombre

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDICINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-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)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)

VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
 DARIEL Anne (MCU-PH)

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)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (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)
 GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**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)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE 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)

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

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) (06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

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

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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)

DEVILLIER ~~Raynier~~ (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA ~~Manal~~ (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

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**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (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)

ROBERT Thomas (MCU-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)

TROUDE Lucas (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)

SUISSA Laurent (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 4903~~**

BLIN Olivier (PU-PH)

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)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)

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

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

COZE Carole (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

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) surnombre

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

PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
STELLMAN Jean-Patrick (MCU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-P)

Remerciements

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Stéphanie Gentile :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. C'est avec un profond respect que je vous exprime mes remerciements et ma reconnaissance pour l'intérêt porté à ce travail.

Madame le Docteur Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni :

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Marie Vermersch :

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci pour ta bienveillance et ta confiance, tu as réussi à me rassurer dans l'écriture de cette thèse et ce n'était pas une mince affaire ! Merci pour ces 6 mois passés à la PASS, c'était un vrai plaisir de bosser avec toi, et vivement la suite pour continuer à donner du sens à notre pratique !

Merci à *Claudia*, sans qui cette thèse n'aurait pas pu exister ! Merci pour ta disponibilité et ton implication pour réaliser les entretiens, dans la chaleur caniculaire de cet été ;) Merci aussi à *Tanina* et *Lison*, pour cette équipe de choc en sorties MDM et surtout pour tous ces moments passés à refaire le monde !

Et bien sûr merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens, j'espère avoir été fidèle à votre parole.

A mes proches :

Papa, maman, merci pour votre amour et votre soutien sans failles, merci pour votre patience face aux détours que j'ai pu prendre dans cette aventure, vous avez toujours su trouver les mots face à mes doutes ! Merci d'être là, à l'infini des crocro !

Ma Soumish, ma mo cuishle, que ferais-je sans toi ? Merci pour ta présence, même à l'autre bout du monde, merci d'être la meilleure des grandes sœurs ! Merci pour toutes ces

escapades entre sistas et à toutes nos chamailleries passées et à venir ! A nos retrouvailles à Mayotte, il me tarde ;) ! Et merci à *Vince*, de prendre soin d'elle et d'être un si cool beau-frère, vous êtes mon couple de mauvais joueurs préféré !

A Mamie Callac et Mamèti, nos deux étoiles qui brillent là-haut, j'espère vous rendre fière.

A la meute, à toutes ces folies au Gallou et ailleurs, merci pour cet externat mémorable, vous êtes de si précieuses amies. *A ma Soaz*, merci pour ta joie de vivre, ton amour débordant, ta générosité immense et tes accès de violence nocturne Colombiens ;) . *A ma Billy*, merci pour ta folie jusqu'au bout de la nuit, ta force herculéenne et ton écoute si douce et bienveillante. *A Lulu*, merci pour toutes ces belles aventures et autres fiestas, de Valencia à Belle île et encore à venir ! *A Jeannette*, merci pour tous ces beaux moments passés, pour toutes nos discussions futiles et bien plus engagées parfois, de Arzon à Amman, à nos prochaines expéditions du love !

A Calab, de Rennes à Marseille, t'es devenue la famille BB !

Et à tous les p'tits chats de l'externat, *Saint Jalme, Rosa, Clemoush, Pavinou, Amal, Soso, Rosie, Anne-So*, c'était un kiff de partager ces années avec vous !

A Hortie, ma tête d'ampoule préf', meilleure co-anim' du Pouldu, je suis ravie que nos routes se soient croisées et j'ai hâte de voir la suite de tes belles aventures !

A la coloc' du sang, merci pour tout le love qu'on a partagé et que je ne pourrais résumer ici, merci la vie d'avoir fait que nos chemins se soient croisés !

A Clara, tu as bercé la coloc au doux son de ton yuku depuis le premier jour, merci d'être un soleil avec un cœur énorme ! Merci pour ta présence sans failles, pour tout l'amour que tu transmets. A toutes ces belles discussions et autres fiestas partagées, il me tarde de te retrouver sur Mars !

A Marion, merci d'être une si précieuse amie, c'était pas gagné d'avance ;) (encore désolé pour mon 2nd degré un peu trop poussé parfois ...) ! Merci d'être une doudi si bienveillante et toujours à l'écoute des autres. Profite de toutes ces belles expériences parisiennes, même si tu nous manques par ici !

A Astrid, de coloc à voisines, on est définitivement les deux derniers dinosaures ;) Merci pour ta présence et ton amitié si douce, merci pour tous ces Belleville, cinés, yoga et autres randos passés et à venir !

A Huguette, merci pour toutes ces belles soirées pasta (RIP le basilic) et films qui nous ont fait tenir le confinement, à toutes ces belles randos et à ton soutien face à mon vertige, t'es un doudi ! J'espère bien être invitée au mariage ;)

A Marie, merci pour ta joie de vivre, tes moments de folie et tout l'amour que tu transmets ! Profite de ta belle aventure en Allemagne et on se retrouve ensuite pour commencer nos cours d'arabe ;)

A Justine, même si on n'a pas été coloc, tu fais partie de la rue Bénédict ! Merci d'être une personne si douce et bienveillante, merci pour toutes ces belles discussions et la si belle énergie que tu dégages ! A très vite dans les Alpes !

Aux belles rencontres de l'internat,

A Tatiana, à l'enthousiasme de notre arrivée à Marseille, nos moments passés à refaire le monde au Parpaing et ailleurs et surtout notre capacité à être dans mille projets à l'autre bout du monde ! Promis on se le fait bientôt cet été Marseillais, en attendant savourez votre aventure en America latina avec Jacques !

A Camille, ma si belle rencontre de 2019 (ou 2020 on la classe comment déjà ?), merci pour toutes ces fiestas, repos de garde et randos de folie, on remet ça à la Run !

A Myriam, merci pour ta présence et ton soutien, merci pour toutes nos belles discussions, nos échanges de podcasts/lectures et autres richesses féministes, pour toutes ces belles randos, merci d'être une si chère amie. Merci à *Kerem et toi* pour votre accueil en Turquie, merci de nous avoir fait partager de si beaux moments.

Et à toutes les belles rencontres de la vie Marseillaise : Justine, Juliette, Elsa, Julie, Maeva, GG, Valentine. Ainsi qu'aux belles rencontres de Mayotte : Pauline, Amandine, Baptiste, Sarah.

Et à tous ceux que j'ai pu oublier, désolée par avance, mon cerveau est grillé par l'écriture de cette thèse.

Table des matières

Remerciements	0
Table des matières	1
Introduction	3
Matériel et méthode	5
I. Type d'étude	5
II. Population	5
III. Recueil des données	6
IV. Analyse des données	6
V. Éthique et réglementaire	7
Résultats	7
I. Caractéristiques des entretiens	7
II. Caractéristiques de la population	7
III. Analyse des résultats	8
A. Un rapport à la santé et au soin marqué par différents éléments	8
1. La sédentarité pour envisager d'initier un suivi	8
2. La rupture avec l'état de santé antérieur pour initier les soins	9
3. La santé des enfants comme priorité	12
4. Le coût financier de la santé	13
5. L'impact du racisme	14
B. La communication dans l'expérience du soin	16
1. La communication permet la compréhension de sa santé	16
2. L'allophonie : Source d'entraves dans le parcours de soin	17
3. L'allophonie crée une dépendance dans l'accès aux soins	18
4. L'allophonie : Source d'inquiétude et de peur, elle peut conduire à la mise en danger	20
5. Dépasser l'allophonie pour permettre la réassurance du patient et l'autonomisation dans sa prise en charge	21
C. La nécessité d'un accompagnement	22
1. L'accompagnement dans les démarches administratives	22
2. L'orientation dans le parcours de soin	24
a) Orientation initiale vers la médecine générale de droit commun	24
b) Développement du parcours de soin	24
3. L'accompagnement physique	25
D. De la rencontre avec un médecin généraliste au choix d'un médecin traitant	26
1. Popularité	26
2. La proximité du cabinet médical permet la rencontre	26
3. La consultation de différents médecins afin de trouver le « bon »	27
4. Le rapport à la prescription médicamenteuse comme premier point d'accroche	27
E. Le développement d'une relation de confiance avec son médecin traitant	29
1. Des compétences humaines et relationnelles attendues au premier plan	29
a) L'importance de l'accueil, du respect et de la bienveillance	29
b) La recherche d'une prise en charge individualisée	29

c)	Le besoin d'un médecin disponible et accessible _____	31
2.	Des compétences médicales attendues dans un second temps _____	31
a)	La recherche de professionnalisme _____	31
b)	Le besoin d'une prise en charge globale _____	32
c)	Un médecin perçu comme détenant le savoir _____	33
3.	Le rôle central du médecin traitant _____	33
4.	La recherche d'un médecin de famille _____	35
a)	La réassurance dans le fait d'être connu de son médecin _____	35
b)	La prise en charge de la famille _____	35
F.	Rôle actif du patient dans son parcours de soin _____	36
1.	Être responsable de la santé de son entourage _____	36
2.	La nécessité de se débrouiller _____	37
3.	Ressentir le devoir de s'adapter _____	39
4.	La connaissance du parcours de soin pour pérenniser le suivi _____	40
5.	Des modalités qui facilitent l'autonomisation du patient _____	40
Discussion _____		41
I.	Discussion des principaux résultats _____	41
A.	Le rapport à la santé : un préalable qu'il est nécessaire d'aborder spécifiquement pour pouvoir envisager l'expérience en médecine générale _____	41
B.	La communication : élément central du parcours de soin _____	44
C.	L'accompagnement : une dépendance nécessaire pour poursuivre un suivi médical _____	45
D.	Attentes de la relation avec un médecin généraliste : Des compétences humaines en priorité ____	46
E.	La responsabilité et le devoir de s'adapter : deux caractéristiques de l'expérience du soin ____	49
II.	Forces et limites de l'étude _____	50
Conclusion _____		52
Bibliographie _____		54
Liste des abréviations _____		57
Annexes _____		58

Introduction

La santé des Roms migrants est un sujet peu exploré(1)(2). Les quelques études réalisées à l'échelle de l'Europe constatent cependant toutes la même chose : un état de santé nettement dégradé au sein de cette population(3). L'espérance de vie est de l'ordre de 50 à 60 ans(4), soit 15 ans plus courte que dans la population générale en France(4)(2)(5).

Les Roms constituent la plus forte minorité ethnique d'Europe. Ils sont originaires des pays d'Europe de l'Est, principalement de Roumanie et de Bulgarie, où ils sont originellement sédentaires(6). La migration constatée vers d'autres pays d'Europe est d'ordre économique et politique, du fait des discriminations qu'ils subissent(5). D'après le rapport du programme des Nations Unies pour le développement publié en 2006, ils sont victimes de discriminations dans les domaines de l'éducation, de l'accès à l'emploi, de la sécurité physique et de l'accès au logement et à la santé. Du fait de ces différents déterminants, ils sont les plus touchés par la pauvreté en Europe(6).

Dans cette étude, nous avons décidé de nous intéresser à la population Rom ayant migré depuis la Roumanie vers la France, et habitant en bidonvilles à Marseille. Tous les Roms ne vivent bien sûr pas en bidonvilles, mais ce type d'habitat, résultant d'une précarité matérielle, est souvent le premier lieu de vie à leur arrivée en France. Ils y vivent en moyenne cinq ans(7). Le nombre de Roms vivant en bidonvilles en 2020 en France est estimé à 12 343 personnes(8), majoritairement originaires de Roumanie et de Bulgarie. Les conditions de vie dans les bidonvilles sont très précaires, avec une insalubrité marquée et un défaut d'accès à toute sorte de services (eau, électricité, ramassage des ordures, etc...). Les expulsions de ces lieux de vie sont fréquentes(9), entraînant un nomadisme forcé(10). L'accès au travail est difficile et la récupération de ferraille reste un moyen de survie. Ces conditions de vie et de travail ont un retentissement majeur sur leur santé.

Nous retrouvons au sein de la population Rom une forte prévalence de pathologies cardio-vasculaires, de diabète et de cancer(2)(3)(4)(11)(12). Le taux de maladies infectieuses est plus important qu'en population générale, du fait, entre autres, d'une couverture vaccinale très faible(8 à 12% en 2010)(2)(3)(5). Le Roma Health Report constate que les femmes de cette population ont une santé encore plus dégradée que les hommes Roms et les personnes non Roms(2). Elles sont encore plus désavantagées dans l'accès aux soins et cela se constate notamment par le très faible taux de suivi de grossesse : seule une grossesse sur dix

est suivie(4)(3). Le retentissement sur les enfants est immédiat, puisqu'en 2007 il était constaté que seule une grossesse sur deux aboutissait à la naissance d'un enfant vivant(5). Les taux de prématurité et de retard de croissance sont élevés(2)(3)(4), avec une mortalité néonatale huit fois supérieure à la moyenne française(5). Les indicateurs de santé restent inquiétants dans la population pédiatrique plus âgée, avec un risque élevé de saturnisme(12), des pathologies infectieuses plus fréquentes qu'en population générale(5)(12) et une mortalité infantile cinq fois supérieure à la moyenne française(5).

Nous constatons donc qu'il ne s'agit pas de pathologies spécifiques à la population Rom mais des problématiques de santé liées à différents déterminants sociaux, partagés par toutes les catégories de personnes précarisées(14).

Les difficultés d'accès aux soins sont présentes depuis le pays d'origine et entraînent des retards de prise en charge qui se poursuivent une fois arrivés dans le pays d'accueil(2). Ces difficultés s'y intensifient du fait de la méconnaissance du système de santé, de la difficulté des démarches administratives pour obtenir des droits à la sécurité sociale, de la barrière de la langue et des discriminations subies(2). Il est constaté au sein de cette population que l'obtention de droits à la sécurité sociale n'est pas le garant d'un recours effectif aux soins(15). Cela s'explique en grande partie par le fait que pour percevoir l'intérêt d'une couverture maladie il faut être disponible(15). La santé n'apparaît pas comme prioritaire dans les préoccupations des Roms du fait de la présence d'autres problèmes, liés notamment aux conditions de vie, qui accaparent leur attention(15)(16). Dans ce contexte, la maladie peut être perçue comme une entrave à la survie du quotidien, car associée à la notion de perte de temps(16). De ce fait, le curatif prime sur le préventif, avec un accès aux soins souvent tardif et une non-observance des traitements fréquente(16).

Plusieurs dispositifs ont été mis en place en France, afin de favoriser et faciliter l'accès aux soins. Ces dispositifs comprennent notamment les PASS, les CASO, les différentes missions « d'aller vers » qui vont à la rencontre des populations sur leurs lieux de vies et le développement de la médiation en santé. Malgré ces différents dispositifs, nous constatons encore en 2022 un état de santé dégradé au sein de cette population, avec un accès aux soins précaire(14). Il nous est donc apparu nécessaire d'évaluer, auprès de cette population, ce qui fait qu'au-delà de l'ouverture des droits, il n'y a pas de retour effectif et efficace au système de santé de droit commun.

Dans la littérature, nous avons retrouvé principalement des études évaluant les représentations des soignants à l'égard de la population Rom(17)(16). Une seule étude de 1998 interrogeait directement des personnes Roms(15). Elle s'inscrivait dans le cadre du projet Romeurope et évaluait les facteurs intervenant dans l'état de santé des Roms.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti, les attentes et les freins lors du suivi en médecine générale de droit commun de la population Rom à Marseille, dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Matériel et méthode

La méthodologie est guidée par la grille COREQ (18).

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA). Nous avons comme objectif de recueillir les expériences de personnes issues de la population Rom à Marseille dans le suivi en médecine générale de droit commun. Cette méthodologie était donc appropriée car elle vise à explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécu(19).

II. Population

La population cible de l'étude était la population Rom de Marseille, avec comme critères d'inclusion :

- Être majeur,
- Avoir, ou avoir eu, des droits à la sécurité social ouverts,
- Avoir consulté un médecin généraliste en ville.

L'échantillonnage choisi au sein de cette population était ciblé et homogène, les personnes interrogées avaient toutes eu une consultation en médecine générale de ville à la suite de l'ouverture de leurs droits à la sécurité sociale.

Les caractéristiques de variation au sein de cette population étaient : le sexe, l'âge, l'ancienneté sur le territoire français, le type de couverture sociale, la catégorie socio-

professionnelle, la maîtrise du français, le type d'habitat et le fait d'avoir une maladie chronique.

Les entretiens ont été réalisés auprès de Roms roumains (la médiatrice assurant la traduction parlant roumain mais pas romani). Le recrutement des participants s'est fait via la médiatrice en santé de Médecins du Monde (MDM), Claudia Marchetti. L'enquêtrice avait déjà connaissance des lieux de vie des participants et était déjà connue de certains, à la suite de sorties d'aller vers dans le cadre de la mission squat/bidonvilles de MDM Marseille. La présentation de l'enquêtrice aux participants s'est donc faite sous la double casquette bénévole de médecin du monde/ interne en médecine réalisant un projet de recherche.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé dans le cadre d'entretiens individuels (avec accompagnement de la traductrice si le participant était allophone). Il s'agissait d'entretiens ouverts, avec un guide d'entretien non rigide et sans questions rédigées en amont, afin de faciliter l'échange avec le participant. Après une description du projet de recherche auprès du participant, une question les invitant à s'exprimer sur leur expérience en médecine générale de droit commun était posée, puis l'enquêtrice rebondissait en fonction du déroulé de l'entretien, en s'exprimant le moins possible afin de ne pas influencer le contenu du discours. Les entretiens se sont déroulés entre Août 2022 et Septembre 2022. Ils ont eu lieu dans l'espace commun des squats où vivaient les participants, le plus au calme possible, compte tenu des conditions de vie. Le choix du lieu d'entretien s'est fait selon le souhait de chaque participant, afin qu'il soit en confiance. Chaque entretien a été enregistré sur un dictaphone et un téléphone, par sécurité. Les entretiens en roumain ont été traduits par Claudia Marchetti en cours d'entretien (pour permettre à l'enquêtrice de poursuivre la discussion) puis à distance (traduction mot à mot) afin de permettre une retranscription fidèle du discours du participant. Ils ont duré entre 24 minutes et 50 minutes.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés par l'enquêtrice à l'aide du logiciel WORD®. Les enregistrements seront détruits à l'issu de ce travail de recherche. L'étiquetage initial de chaque verbatim, la mise en évidence de thèmes puis de thèmes superordonnés ont été réalisés manuellement sur une grille d'analyse manuscrite, selon une

méthode inspirée de l'IPA(20).L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la directrice de thèse.

V. Éthique et réglementaire

Le consentement libre et éclairé de tous les participants a été recueilli oralement au début de chaque entretien. Chaque participant a été informé de son droit de correction et rétractation à tout moment de l'étude. Ils ont été assurés de l'anonymisation des données et de leur confidentialité. Aucune déclaration auprès de la CNIL, du CPP ou d'un Comité d'Éthique n'était nécessaire pour cette recherche considérée hors Loi Jardé (21).

Résultats

I. Caractéristiques des entretiens

Six personnes ont été contactées pour réaliser l'étude, cinq ont accepté de participer, une personne a accepté initialement puis n'a plus répondu au moment d'organiser l'entretien. Au total cinq entretiens ouverts ont été réalisés, tous sur les lieux de vie des participants. La durée moyenne des entretiens était de 37 minutes (entre 24 et 50 minutes). Trois entretiens ont été réalisés avec la participation de Claudia Marchetti, médiatrice de MDM, qui assurait la traduction en roumain.

II. Caractéristiques de la population

Entretien n°	Lieu de vie	Durée (min)	Sexe	Âge (ans)	Type de PEC	MT identifié par la personne	CSP	Durée de vie en France	Pathologie chronique	Francophone
1	Squat	39	M	39	CSS	Oui	Sans profession	15 ans	Oui	Oui
2	Squat	32	M	58	AME	Oui	Sans profession	8 à 9 ans	Oui	Non
3	Squat	50	F	36	CSS	Oui	Sans profession	10 ans environ	Non	Oui
4	Squat	24	M	32	AME	Oui	Sans profession	8 ans	Oui	Non
5	Squat	43	F	35	AME	Oui	Sans profession	15 ans	Non	Partiellement

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

M= masculin, F= féminin, PEC= prise en charge, MT= Médecin traitant, CSP= Catégorie socio-professionnelle, CSS= Complémentaire santé solidaire, AME= Aide médicale d'état.

III. Analyse des résultats

A. Un rapport à la santé et au soin marqué par différents éléments

1. La sédentarité pour envisager d'initier un suivi

La temporalité pour initier un parcours en médecine générale de ville était associée avec la sédentarité. La perception d'une certaine stabilité apportée par la sédentarité permettait d'envisager un suivi médical régulier.

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et à Paris c'était comment ? Vous aviez un médecin de famille ? »

E2 : « Non, pas vraiment, car on est pas restés si longtemps...comme ici par exemple, ça fait 7/8 ans, peut être 9 ans depuis que nous sommes que ici...là-bas... »

En étant uniquement de passage, il apparaissait que l'accès à un médecin se faisait majoritairement via les urgences et les associations :

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et vous avez fait comment pendant cette période [i.e. à Paris] quand vous aviez besoin de voir médecin ? Combien de temps vous êtes resté à Paris ? »

E2 : « On est restés 1 ou 2 ans à Paris. Pareil, les associations comme Médecins du Monde nous donnaient des petits papiers et on allait ... »

Enquêtrice : « Et vous aviez le même médecin ou vous alliez (interruption) »

E2 : « Non, j'allais aux urgences essentiellement... »

Enquêtrice : « Et chez le médecin de famille ? »

E2 : « Non je n'y allais pas... Je ne parle pas au nom de tous, d'autres ont un médecin de famille... »

2. La rupture avec l'état de santé antérieur pour initier les soins

La temporalité pour débiter un suivi en médecine générale était aussi associée à une rupture avec un état de santé antérieur. En effet, chez plusieurs des personnes interrogées, ce moment était marqué par une décompensation aiguë entraînant la découverte d'une maladie chronique :

Entretien 2 :

E2 : « A te dire sincèrement je suis pas vraiment allé chez les médecins ... comme tu disais, avec le médecin de famille ... si j'avais aucun problème, ni moi ni les autres de la famille, j'avais pas besoin de médecin...maintenant que j'ai ce problème donc je vais voir un médecin. »

Cette découverte suscitait une prise de conscience de la nécessité d'un suivi médical plus régulier :

Entretien 4 :

E4 : « Ça fait que six mois que je vais chez le médecin généraliste, parce que je suis malade. Avant d'être malade, si j'avais un souci j'allais à l'hôpital Nord... je suis jamais allé chez un autre médecin. »

La démarche initiale de consulter un médecin était justifiée par une plainte physique, palpable :

Entretien 2 :

E2 : « Mais tu sais que si t'as pas mal tu n'y va pas... »

Au risque que celle-ci soit repoussée jusqu'à l'urgence vitale :

Entretien 4 :

E4 : « En fait ma première expérience ça a été à l'hôpital, quand j'ai fait un infarctus la première fois [...] j'avais hyper mal, et j'ai fini par y aller »

Chez cet interrogé l'inquiétude engendrée par le mode d'entrée dans sa maladie avait exercé une influence sur son rapport au soin, que ce soit en France ou en Roumanie :

Entretien 4 :

Enquêtrice : « En Roumanie est-ce que tu allais chez le médecin tout le temps ou ...? »

E4 : « Maintenant, depuis que je suis malade, je vais même quand je suis en vacances en Roumanie, je vais faire un check up, un contrôle. »

Enquêtrice : « Et avant ? »

E4 : « Avant non. »

Son parcours de soin était envisagé dans le but d'éviter une aggravation de sa maladie, tout en ayant conscience de son caractère chronique :

Entretien 4 :

E4 : « normalement j'attendrais qu'il me guérisse mais, mon cœur il peut pas le réparer complètement, donc euh, il va me conseiller où aller, qu'est-ce que je dois faire... »

Pour cet autre interrogé, la nécessité d'initier une prise en charge médicale était apparue à partir du moment où ses problématiques de santé avaient eu un impact sur sa capacité à travailler, et donc à subvenir à ses besoins et ceux de sa famille :

Entretien 1 :

E1 : « Je faisais la maçonnerie ancien, peinture, gravure, sculpture. J'ai travaillé 2 ans sur l'île du Frioul, l'ancien hôpital Caroline, et euh, je m'arrêtais parce que j'ai de la maladie, à cause de la poussière de pierres. Ça a joué très, beaucoup, sur ma santé, j'ai été obligé de m'arrêter »

A partir de ce moment, le suivi médical régulier qu'il avait mis en place a permis la découverte d'autres maladies, qui ont pu être prises en charge avant une éventuelle décompensation :

Entretien 1 :

Enquêtrice : « Mais parce que toi, de toute ta vie, de tout ton fonctionnement, t'as toujours, euh, eu l'habitude d'aller voir un médecin, enfin d'avoir un suivi régulier par un médecin ? »

E1 : « Bien sûr, bien sûr. Oui, on est obligés, parce qu'on est jeunes, si on fait pas attention de notre santé maintenant, après tu vas tomber d'un coup et ça y est tu arrives pas de remonter. Ouais on fait un suivi régulièrement. Comme ça que j'ai découvert que j'ai un artère bouchée, comme ça j'ai découvert que j'ai la tension, parce que, si tu as mal la tête, derrière de tête, tu arrives pas de respirer bien, c'est un souci. Moi j'ai pensé la cigarette, tout le temps je dis c'est le tabac, c'est le tabac. C'est pas tout le temps le tabac, peut-être c'est autre chose, quand tu fais un examen tu vas trouver. »

Pour d'autres, le suivi médical régulier était envisagé afin de trouver une solution à un problème de santé persistant, la notion de prévention n'était pas abordée dans le rapport au soin :

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et comment ça se fait que vous n'avez pas cherché un médecin de famille à Paris ? »

E2 : « Je t'ai dit, on n'est pas restés longtemps... et j'avais pas vraiment des problèmes avec ma santé donc ... pour devoir aller tout le temps chez le médecin... »

Enquêtrice : « Et parce que du coup, enfin, vous allez voir un médecin traitant si vous avez un problème de santé précis qui, qui vous y amène ? »

E2 : « Bien sûr...je vais pas juste lui dire bonjour...(rigole) [...] oui, quand on a besoin d'un bilan, d'un traitement... »

L'interrogé n°2 avait conscience de la nécessité d'avoir un suivi médical régulier sans pour autant réussir à le mettre en pratique, se positionnant en marge de la norme :

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et chez le médecin de famille ? »

E2 : « Non je n'y allais pas... Je ne parle pas au nom de tous, d'autres ont un médecin de famille. [...] D'autres personnes avaient un médecin de famille là-bas aussi. [...] Normalement, ça devrait être comme ça...Il faudrait faire un suivi, des bilans. Mais tu sais que si t'as pas mal tu n'y va pas... Normalement, tous les 6 mois, ou au moins une fois par an il faudrait faire des analyses... »

La nécessité d'un besoin pour consulter était justifiée par le coût financier de la santé dans le pays d'origine. La démarche de soin devait être réfléchie puisqu'elle impliquait une dépense d'argent, dans un contexte de précarité économique :

Entretien 2 :

E2 : « Je n'ai pas ressenti le besoin.... Et en particulier en Roumanie, tu vas chez le médecin pour lui donner de l'argent, non ? Donc tu n'y vas pas. »

Le rapport à la prévention était différent concernant les enfants.

En effet, le suivi régulier et la prévention étaient plus facilement envisagés chez les enfants des personnes interrogées :

Entretien 5 :

E5 : « J'ai continué à aller [chez le médecin], pour moi et pour les enfants, et ils ont faits les vaccins les enfants [...] Je vais juste quand j'ai des soucis, parce que sinon pourquoi aller ? »

3. La santé des enfants comme priorité

Un constat réalisé lors des entretiens était que le rapport à la santé était différent concernant les enfants. Les caractéristiques qui étaient évoquées plus haut tel que le retard de soin, l'absence de prévention et la difficulté de mise en place d'un suivi régulier ne semblaient pas s'appliquer pour les enfants. La démarche de soin était plus précoce et la vaccination était envisagée alors même qu'elle n'était jamais évoquée chez les adultes. La vigilance concernant

la symptomatologie apparaissait plus accrue concernant les enfants, ce qui transparaissait au travers du discours de la personne n°3 :

Entretien 3 :

E3 : « Mais le moment que déjà, il est, il arrive à comme c'est ma fille à 6 ans déjà, je sais déjà qu'est-ce qu'il a comme euh, quand il était enrhumé, euh si c'est que le rhume ou il y a déjà autre chose, vous voyez déjà par rapport à ça. Parce que je vois, il dort beaucoup, il mange pas, il est très fatigué et tout ça. Ça je sais déjà que c'est pas que mal à la gorge ou je sais pas quoi. Déjà il existe quelque chose plus profond, autre chose. »

L'entretien réalisé avec la personne n°3 était représentatif de cette mise en priorité de la santé des enfants. Son expérience du soin était abordée au travers de l'expérience de ses enfants et très peu de la sienne :

Entretien 3 :

Enquêtrice : « Et ton médecin tu vas le voir régulièrement ? »

E3 : « Quand j'ai des problèmes avec ma fille, ou avec mes deux garçons [...] par rapport, quand je fais les vaccins et tout ou si il y a un problème de santé, de mon fils, je pars, sinon, non. »

Pour cette autre personne interrogée, la poursuite d'un suivi médical régulier était justifiée en priorité pour ses enfants, et dans un second temps pour elle :

Entretien 5 :

E5 : « J'ai continué à aller, pour les enfants, pour moi, et ils ont faits les vaccins les enfants. »

4. Le coût financier de la santé

L'association « accès aux soins » et « dépense financière » était souvent évoquée lors des entretiens. Elle était expliquée par le fait qu'une gratification financière était nécessaire en Roumanie pour accéder aux soins :

Entretien 1 :

E1 : « Dans le Roumanie, j'ai trouvé des portes fermées, dans le Roumanie si tu mettes quelque chose dans le poche, tu vas passer. [...] Ici c'est différent de la Roumanie, par exemple, de ma fille, et après 12 ans que j'étais à la Roumanie, j'ai fait le changement des clim France-

Roumanie, quelques pays qu'on a transité, y a chaleur, y a froid, il a pris un rhume. Comment je fais, je vais arriver « A Mr E1, je sais que vous êtes pressés, que vous allez rentrer, aujourd'hui j'ai pas de temps, j'ai beaucoup personnes, appelle moi demain après midi » et quand j'ai raconté quelque chose « ah moi j'ai un place après midi », donc euh, la chose il a changé tout suite, j'ai dit j'ai un bon café que je vais ramener, en cadeau, quoi. »

La conceptualisation du soin était intimement liée à l'argent. L'absence d'argent pouvant avoir des conséquences vitales en entravant l'accès aux soins :

Entretien 2 :

E2 : « Ici on te demande pas un centime ...chez nous si tu n'as pas d'argent dans la poche tu peux mourir ... tu commences à donner à partir de la porte ... En Roumanie mon opération m'aurait couté 5 000 à 6000 euros. Ici, tu oublies que tu n'as pas d'argent avec toi. On ne te regarde pas si tu n'as pas d'argent là-bas, et tu payes tout le monde, l'aide-soignant, la femme de ménage, le médecin. »

5. L'impact du racisme

Le racisme était vécu depuis le pays d'origine :

Entretien 1 :

E1 : « dans le Roumanie, j'ai trouvé du racisme. »

Dans le parcours de soin en France, le vécu des interrogés était aussi marqué par le racisme et la stigmatisation du fait de leur origine ethnique :

Entretien 1 :

E1 : « [...] un personne qui elle te touche (mime avec ses mains de mettre les gants), qui t'es Rom, euh, ils se gênent, ils mettent des gants. »

Avec pour conséquence le sentiment d'une prise en charge bâclée et expéditive de la part des médecins :

Entretien 1 :

E1 : « Des fois les, euh, les personnes qu'ils travaillent à, médecins, à notre autorité, il y a un regard, par rapport qu'on est, euh, qu'il écoute que t'es Rom. Il associe, il y a que des mauvais,

qui sale, il habite sur le squat. Par rapport du racisme (pause) ils parlent, je sais pas, pas comme tous les personnes. Ils trouvent un autre manière de, il essaye de faire tout rapide, pour se débarrasser de toi. »

Certains préjugés étaient intériorisés, comme la manière de se comporter :

Entretien 1 :

E1 : « Le reste, euh, comment je te dis, la manière de parler les Roms, ils parlent très fort (pause) tout le peuple Rom il parle très fort, on dit quand il parle, il crie, et cette chose, il empêche des fois, il bloque. »

Le concept de racisme intériorisé a été notamment introduit par Frantz Fanon en 1952 dans son livre *Peau noire, masques blancs*(22). Cela se traduit par le fait qu'une personne racisée assimile les préjugés et stéréotypes contre son propre groupe, entraînant une dévalorisation de soi et une modification de son comportement.

L'impact de ces croyances se traduisait en effet dans le fonctionnement de cet interrogé, qui exprimait la nécessité de changer de comportement pour pouvoir accéder aux soins :

Entretien 1 :

E1 : « Je connais des cas, que (pause) peut-être c'est à cause du parler, la manière de parler avec les personnes, comme je t'ai expliqué, le mode de parler avec les personnes gentiment, tu cries pas, tu, tu parles bien (pause) Je crois que personne il te va refuser. Personne il va de, il te va dire « va dehors et tu vas rester là-bas ». »

Le racisme intériorisé a été pour cet autre interrogé une source de renoncement aux soins :

Entretien 4 :

E4 : « Je me suis dit « ils vont pas s'occuper de moi je suis roumain, ils vont pas s'occuper de moi. » [...] je pensais comme ça qu'on va pas s'occuper de moi parce que je suis roumain, qu'on va pas s'occuper de moi pareil que des français. »

B. La communication dans l'expérience du soin

1. La communication permet la compréhension de sa santé

La communication était un facteur déterminant dans l'expérience des interrogés. Le parcours de soin n'était pas le même selon que la personne interrogée était allophone ou non. Cela avait un retentissement direct sur la possibilité de comprendre sa santé :

Entretien 1 :

E1 : « Si il va aller une personne âgée, comme le papi qu'il a passé [une des personnes du squat vue plus tôt], et, il parle avec le médecin traitant, apparemment politique médicale, sûr et certain il va comprendre rien, il va rester comme ça, dans le noir, qu'est-ce qu'il dise ? qu'est ce qui va se passer avec moi ? Qu'est-ce que je veux dire ? Euh, la langue, euh c'est, c'est très important. »

Pour l'interrogé n°1, qui était francophone, l'investissement de son médecin pour permettre sa compréhension se traduisait par le fait d'adapter son niveau de langage :

Entretien 1 :

E1 : « Il t'explique plusieurs fois qu'est-ce que c'est, plus intéressant, il te, il pose la question « est-ce que tu as compris ou pas ? si tu voulais je t'explique ». En plus il essaye de trouver les mots, pas politique, pas médical, parce que dans le médecine je sais pas comprendre, plus difficile. Il essaye de trouver le, euh, explication, à même niveau de comprendre. Et jusqu'à quand, euh, il regarde que tu as, que tu as compris tout, il dise ouais, maintenant c'est bien. J'ai regardé que tu as compris, et t'es bien clarifié, tu pouvais aller. »

Pour l'interrogé n°2, qui était allophone, cet investissement se traduisait par sa patience, puisqu'ils communiquaient grâce à des signes :

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et comment vous vous comprenez ? »

E2 : « Par signes...elle nous connaît...sait que je ne parle pas...et avec de la patience on se comprend. Moi j'ai eu l'impression qu'on s'est compris...avec des signes... »

Cependant, il ne consultait seul que pour des motifs qu'il jugeait simples et ne nécessitant pas une compréhension approfondie, comme un renouvellement d'ordonnance :

Entretien 2 :

E2 : « Attends, attends...moi non plus je ne suis pas allé avec des problèmes graves chez elle...quand tu as besoin d'un avis sur un problème nouveau, différent de ce qu'elle sait déjà de toi, quand je suis allé sans eux [son fils, francophone] c'était pour un renouvellement d'ordonnance, et pas pour qu'elle me donne un diagnostic...tu comprends ? Quand c'est quelque chose de nouveau, j'amène quelqu'un avec moi pour être sûr de comprendre. »

Des outils comme les traducteurs en ligne étaient parfois utilisés, permettant une compréhension partielle, dont l'interrogé parvenait à se satisfaire :

Entretien 2 :

E2 : « Souvent...même là, pour l'intervention...avec les docteurs...sur l'ordinateur...avec google translate il traduit... »

Enquêtrice : « Et c'est bien ? »

I2 : « Oui, pas 100% mais 70% c'est bien, tu te comprends avec eux... »

L'absence de communication engendrait pour cette interrogée l'obligation de se satisfaire d'une réassurance sans compréhension de sa santé, elle restait donc avec ses questionnements :

Entretien 5 :

Enquêtrice : « Est-ce que t'aurais voulu poser plus de questions et comprendre un peu mieux ? »

E5 : « bah oui j'aurais bien aimé, mais euh si il me dit soit tranquille, ne pense pas, ça me suffisait quand même. »

2. L'allophonie : Source d'entraves dans le parcours de soin

Pour cette interrogé, qui arrivait à comprendre quelques mots de français, le problème était lié à l'impossibilité de s'exprimer en retour :

Entretien 4 :

E4 : « la langue, je sais pas parler, j'arrive pas à me débrouiller. »

Pour d'autres, l'impossibilité de s'exprimer pouvait donner l'illusion au médecin d'une compréhension :

Entretien 1 :

E1 : « Ouais parce que, la barrière de la langue, euh, c'est un souci, parce que des fois, les Roms, euh, je t'explique : Le docteur il parle, il parle, il parle et les Roms ils disent « ouais, ouais », il comprend rien. »

Le recours à une consultation par gestes ou mimes pour se comprendre était aussi une source d'entraves dans le soin, le manque d'informations transmises pouvant engendrer un mauvais diagnostic :

Entretien 5 :

E5 : « je comprenais un petit peu mais on, on arrivait à se comprendre, je lui montrais j'ai mal à la tête et il me donnait les médicaments. »

La présence d'un traducteur intrafamilial en consultation était aussi source d'entraves dans le soin, comme pour cette interrogée qui n'abordait pas certains sujets en consultation :

Entretien 5 :

E5: « je me débrouille pas très bien en Français, il y a mon fils qui vient, mais pour des, des problèmes gynéco, je suis un peu gênée que mon fils traduise. [...] Je suis gênée de parler devant mon fils. »

3. L'allophonie crée une dépendance dans l'accès aux soins

L'accès aux soins pour les personnes allophones interrogées était conditionné par la présence d'un accompagnant pouvant assurer la traduction :

Entretien 3 :

Enquêtrice : « D'accord ok, et euh, au début quand tu parlais pas français, tu te, t'arrivais à aller voir le médecin ? Tu te débrouillais comment, pour euh.. »

E3 : « J'ai la chance parce qu'il y a Claudia [médiatrice de MDM parlant roumain] avec nous, entrain de, euh (pause), de faire le traduction. »

Le parcours de soin de cette interrogée avait évolué vers l'autonomisation grâce à son apprentissage du français :

Entretien 3 :

I3 : « Et, quand elle était Claudia, c'est tout le temps que je parle et je demande qu'est-ce que c'est ? il parle de quoi ? qu'est-ce qu'il se passe ? Je comprends pas trop... Et tout ça, tu peux m'aider ? Il faut que tu viennes avec moi et tout ça. Mais jamais il a pas dit non, jamais (pause) c'est tout le temps qu'elle vient, elle m'accompagne et tout ça, si le médecin il parle pas. »

Enquêtrice : « Et euh, tu penses que si il n'y avait pas Claudia tu aurais moins été chez le médecin ? »

E3 : « Bah avant de euh, c'est un peu difficile, mais maintenant ça va. »

Pour certaines personnes, la présence d'un médiateur pair était la condition nécessaire pour pouvoir envisager les consultations :

Entretien 4 :

E4 : « OK euh en fait Y c'est un médiateur pair, et euh la première fois que je suis allé [chez le médecin], on s'est entendu comme ci comme ça parce que je savais pas parler, mais après à partir de là il y a toujours le médiateur qui est venu avec nous, pour traduire. »

Enquêtrice : « OK, en fait là quand vous y aller [chez le médecin] c'est à chaque fois avec le médiateur, vous n'allez pas voir votre médecin sans médiateur ? »

E4 : « Non, toujours accompagné avec le médiateur, ou avec l'infirmière de l'ADDAP. »

La dépendance à cette tierce personne était totale, l'accès aux consultations était conditionné par la disponibilité de cette personne, quitte à devoir modifier les plannings des uns et des autres :

Entretien 4 :

Enquêtrice : « Et du coup comment vous faites quand vous avez un problème de santé, entre les, euh, les suivis réguliers ? Si ça va pas ? »

E4 : « J'appelle le médiateur et il vient, par exemple j'ai RDV le 9 septembre et il voulait partir en vacances le médiateur, et, l'infirmière lui a dit de rester jusqu'au RDV et de partir après le RDV. »

4. L'allophonie : Source d'inquiétude et de peur, elle peut conduire à la mise en danger

L'absence de communication et donc d'informations était source d'inquiétude pour cette interrogée :

Entretien 3 :

E3 : « C'est ça, c'est ça, après j'ai une expérience un peu très très très dans ma vie qui l'a été choqué, mon fils euh il a un accident de voiture, euh, ça fait presque eu, huit, neuf ans à peu près. Et, lui il était tapé d'une voiture, là (montre sa joue gauche), il a une grosse coupure, là en fait la langue il mettez par là, il sort par là (montre sa joue gauche), il y a le sang qu'il coule et tout. Ils ont, le laissé, il est resté, à la Timone je parle, ils ont laissé doit rester sur une chaise. A cause de quoi je comprends pas, même pas ils ont pas le, allongé sur une lit ou pour mettre une perfusion ni je sais pas quoi. Il en a resté presque une heure et quelque, j'ai resté avec euh avec lui sur le couloir. »

L'impossibilité de comprendre le médecin entraînait un mal être et du stress :

Entretien 3 :

E3 : « Et ça fait plusieurs fois que je pleurais en fait, parce que quand elle était pas là [la médiatrice] ou j'allais toute seule, il me comprend pas, et, euh, ça fait plusieurs que je, je suis pas bien parce que, euh. »

Pour cet interrogé, l'absence de communication possible et donc l'absence d'informations pour comprendre ce qui lui arrivait a été une source de stress intense. Devant la peur de ne pas être pris en charge en France, sa réaction a été de sortir contre avis médical en France, afin de repartir en Roumanie, malgré le risque vital :

Entretien 4 :

E4 : « Quand j'ai fait un infarctus la première fois et j'avais pas du tout confiance, parce que je parlais pas et je me suis dit ils vont pas s'occuper de moi je suis roumain, ils vont pas s'occuper de moi. Et je suis parti en Roumanie me faire soigner. [...] J'arrivais pas à me faire comprendre, c'était que par téléphone [traducteur en ligne], et je me suis dit ils vont me laisser ici jusqu'à ce que je vais mourir et je suis sorti en signant et je suis parti en Roumanie, et après, 6 mois après je suis revenu, je suis rentré à l'hôpital. [...] Et maintenant je réalise qu'en fait les

médecins ils s'occupent de n'importe qui, que tu sois roumain ou français ils s'occupent pareil, alors, mais je pensais comme ça qu'on va pas s'occuper de moi parce que je suis roumain, qu'on va pas s'occuper de moi pareil que des français. Surtout parce que je savais pas parler français. »

5. Dépasser l'allophonie pour permettre la réassurance du patient et l'autonomisation dans sa prise en charge

La rencontre de l'interrogé n°2 avec un médecin parlant roumain lui avait permis de reprendre le contrôle de sa prise en charge, il était redevenu acteur lors de la consultation :

Entretien 2 :

E2 : « Ah, pour la consultation d'anesthésie...moi je m'attendais, d'après le nom ... j'avais un doute qu'elle soit roumaine...et bonjour, bonjour, comme tu dis en français...et elle m'a dit, allez, vous êtes roumain, non ? Oui, madame, roumain...Et alors j'ai parlé avec elle...j'ai plus laissé parler mon fils. A partir de là c'est moi qui ai parlé ... »

La possibilité de communiquer directement avec son médecin lui avait permis d'être à l'aise et rassuré lors de la consultation. Cet événement était cependant perçu comme exceptionnel pour cet interrogé. La possibilité d'accéder à des interprètes professionnels de façon généralisée n'apparaissait pas réalisable selon lui :

Entretien 2 :

Enquêtrice : « Et vous vous êtes senti comment de pouvoir parler directement avec le médecin ? »

E2 : « Ben bien sûr, normal, c'est bien...c'est une chose quand tu peux parler, comprendre tout ce qu'on te dit directement ... ça serait très bien si c'était comme ça dans un hôpital ...Mais tu vois, il n'y a pas que des roumains, il faudrait des dizaines et dizaines d'interprètes... »

Le constat était similaire pour cette autre interrogée, pour qui la réassurance via l'interprétariat téléphonique était vécue comme un privilège, une exception. Elle ne considérait pas qu'il s'agisse du rôle du médecin de lui permettre d'accéder à une compréhension de la consultation :

Entretien 3 :

E3 : « Mais quand pour me, m'assurer à moi, il est entrain de appeler quelqu'un pour me euh me faire moi tranquille. [...] Oui, ils ont appelé en disant on fait une traduction comme ça je comprends et tout. »

Enquêtrice : « Et tu l'as ressenti comment le fait d'avoir quelqu'un qui traduit ?

E3 : « Très, très gentil dans euh la part du médecin, parce que c'est pas son travail ça, le euh, son travail c'est que pour euh aider les gens et tout, mais pas pour appeler quelqu'un disant on fait la traduction et tout, mais elle a vu que je comprends pas et tout. Elle m'a aidé beaucoup. »

Pour cette interrogée, l'apprentissage du français lui avait permis de devenir autonome et actrice de sa prise en charge ainsi que de celle de ses enfants. Elle était capable de communiquer les informations de santé à son médecin, et cela lui permettait d'être rassurée puisqu'elle avait un pouvoir pour éviter des erreurs médicales :

Entretien 3 :

E3 : « Oui bien sûr, même si, s'il, même s'il demande pas le médecin, disons que que qu'est-ce qu'il a parce que en fait quand tu pars c'est ça qu'il te demande. C'est quoi le problème, pourquoi tu es arrivé là. Je lui dis c'est quoi et tout ça. Mais même si il demande pas autre chose, il oublie de demander, je lui dis, ma fille par exemple il est allergique sur le augmentin. [...] Euh, je suis en train de lui dire tout qu'est-ce que déjà euh testé sur ma fille qu'il est pas bien, comme ça déjà il marque dessus euh pour pas avoir autre problème, parce que si le médecin il sait pas il donne par exemple l'augmentin, il va faire autre chose. »

C. La nécessité d'un accompagnement

1. L'accompagnement dans les démarches administratives

L'aide apportée par la médiatrice et l'assistante sociale apparaissaient indispensables pour que l'interrogé n°1 puisse s'orienter dans le système administratif et comprendre les différentes démarches :

Entretien 1 :

E1 : « Donc, et plus, choses les, Claudia, elle m'explique, regarde si tu as besoin de ça, tu vas aller ici, donc, si tu vas, euh, chercher quelque chose, ce bureau il s'occupe de cette part ce

bureau il a le papier, il va ici. Aussi madame X [assistante sociale], elle m'a accompagné, elle m'a aidé, pour tout. Donc, j'ai trouvé des bonnes personnes, à bon moment, qui m'a incliné pour le, aller sur les bons... »

L'accompagnement permettait l'apprentissage, et était vécu comme une sorte de compagnonnage :

Entretien 3 :

E3 : « Bah en fait avant de, euh, j'ai une assistance sociale, et quand il euh il fait quelque chose je regarde tout le temps qu'est-ce qu'il fait, c'est quel côté qu'il entre euh c'est quoi comme euh, qu'est-ce qu'il remplir, qu'est-ce qu'il fait. Je lui disais que, il a dit que je vais aller pour mettre les courriers, je lui est-ce que je, on peut aller ensemble le déposer, pour voir qu'est-ce qu'il se passe et tout ça. Il était venu avec moi et tout, et comme ça j'ai compris qu'est-ce qui se passe, comment ça se passe, oui, tout ça. »

Du fait de la complexité du système, pour l'interrogé n°1, l'accompagnement dans les démarches administratives restait nécessaire même après plusieurs années en France :

Entretien 1 :

E1 : « Et, les derniers moments, j'ai l'expérience mon père [...] avec l'aide de Claudia, parce que son aide médicale, il y a pas de carte vitale mon père, parce qu'il euh travaille pas. Euh, dans le temps qui, à début de l'opération, dans 7 jours il est, il est temps de périmé [l'aide médicale]. Donc Claudia il était à la Roumanie [Claudia la médiatrice était en vacances à ce moment-là], il a fait dans ce, les vacances qu'il a pris, il a travaillé aussi pour moi et pour ma famille. Du coup, le reste du personnel, il a travaillé à la maison, il a appelé, renouvelé le aide, parce que il y a l'urgence, il y a l'urgence. »

L'accompagnement qui initialement avait pour objectif l'autonomisation de la personne dans ses démarches, s'avérait finalement devenir pérenne. Il était constaté un recours à différentes associations pour chaque renouvellement de droits :

Entretien 5 :

Enquêtrice : « D'accord et euhm tu peux nous dire un petit peu comment ça s'est passé, t'as fait tout ça toute seule pour avoir la CMU ?

E5 : « Non il y a l'assistante sociale, secours catholique, il y a euh la femme que j'ai appelé euh Y [Assistante sociale de l'hôpital Nord], et maintenant je suis finis, j'ai changé l'association, je suis à l'AMPIL. »

2. L'orientation dans le parcours de soin

a) *Orientation initiale vers la médecine générale de droit commun*

Pour initier un suivi en médecine générale de droit commun, une aide était souvent nécessaire. Il pouvait s'agir de communiquer une liste de médecin généraliste dans le quartier de la personne concernée :

Entretien 1 :

E1 : « Parce que quand j'étais à Hôpital Nord, la dame qui, qui m'a fait l'examen, elle m'a proposé, c'est quoi ton quartier que tu habites. C'est ça la conseil, qui, qui. »

Entretien 5 :

E5 : « Il y en a l'association, quand ils m'ont expliqué, ici dans le quartier il y en a docteur au premier, je suis passée moi j'ai marqué une fois là-bas, après c'est que là-bas j'y vais. »

Mais aussi d'un accompagnement en personne, par un médiateur, lorsqu'il existait des difficultés pour se repérer :

Entretien 4 :

E4 : « C'est l'équipe de l'ADDAP13 qui m'a accompagné la première fois. [...] Je savais pas où aller chez un médecin [...] le médiateur il m'a orienté ensuite chez le médecin généraliste. »

La nécessité d'une aide pour s'orienter dans le parcours de soin était expliquée en partie par la difficulté à prendre rendez-vous :

Entretien 4 :

E4 : « Sans RDV c'est compliqué, il y a que aux urgences que tu peux aller. »

b) *Développement du parcours de soin*

L'accompagnement se révélait être nécessaire dans la suite du parcours de soin. L'aide du médecin traitant était recherchée, notamment pour la prise de rendez-vous avec des spécialistes ou pour des examens complémentaires :

Entretien 1 :

E1 : « Madame Y [médecin traitant] elle s'occupe de euh (pause) dispenser. Si tu as besoin de, de entrer à l'hôpital, pour te donner un lettre recommandée, pour un doppler, exemple, tu vas aller à, à Madame Y, il confirme, que ouais, tu vas besoin d'un doppler, tu vas aller pour faire un doppler, tu vas prendre pas de RDV sur le, à hôpital direct, tu vas aller à médecin traitant, pour te donner examen, direct. Dès qu'on finit le RDV, elle a. »

Enquêtrice : « D'accord, parce que du coup Dr Y elle, euh, elle assure aussi de, de t'aider à prendre les RDV s'il y a besoin ? »

E1 : « Ouais [...] Aussi elle appelle, elle appelle direct, elle prend des RDV direct. »

Enquêtrice : « A chaque fois elle prend les RDV ? »

E1 : « A chaque fois, si tu demandes de prendre un RDV elle le fait. »

Entretien 4 :

E4 : « Il [le médecin traitant] va me conseiller où aller, qu'est-ce que je dois faire [...] pour aller chez le spécialiste [cardiologue], chez la nutritionniste. »

L'investissement du médecin traitant dans cet accompagnement permettait d'assurer un suivi qui aurait été difficilement réalisé autrement :

Entretien 5 :

E5 : « Quand j'étais enceinte c'est lui [le médecin traitant] qui a pris le RDV la première fois, et après à la Conception on m'a donné les RDV. [...] A chaque fois c'était lui [le médecin traitant] qui prenait les RDV, il appelait, il prenait les RDV pour moi, j'ai jamais pris les RDV. »

3. L'accompagnement physique

Un accompagnement pour les consultations s'avérait nécessaire pour les personnes allophones, devant l'absence d'accès à l'interprétariat chez la plupart des médecins généralistes.

Lorsqu'un membre de la famille n'était pas disponible, les médiateurs et bénévoles des structures associatives étaient une aide appréciée des personnes interrogées puisqu'ils permettaient l'accès au soin :

Entretien 1 :

E1 : « Euh, et aussi la Médecine du Monde il a fait beaucoup de choses. Il y a un bon rapport, par rapport de santé des, euh, parce que il a accompagné, ma mère, mon père, euh, tu regardes, moi je travaille, tout le temps, je suis pas à la maison, et, Claudia, l'autre fille qui, qui fait la médiation du, et l'accompagn(ement) [interrompus par les bruits de sa petite fille], de l'hôpital européen, conception, euh, hôpital nord. »

E1 : « C'est ma femme qui l'a parlé, il parle, il euh parlait pas bien français, parce que euh, c'est Claudia qui l'accompagnait chaque fois. »

La prise en charge de cet interrogé dépendait entièrement de la présence de son médiateur, qui l'accompagnait systématiquement, il n'y avait pas d'autonomisation envisageable :

Entretien 4 :

E4 : « Mais après à partir de là il y a toujours le médiateur qui est venu avec nous, pour traduire, et j'ai commencé à aller, j'ai fait des bilans, le, le, le labo il est de l'autre côté de la rue, donc j'y vais pour mon suivi, mais c'est, c'est pareil. »

D. De la rencontre avec un médecin généraliste au choix d'un médecin traitant

1. Popularité

En l'absence d'autres critères, la popularité apparente du médecin pouvait être un premier élément de choix pour initier la rencontre.

Entretien 5 :

E5 : « En fait dans le cabinet il y a plusieurs médecins, et je suis allée et j'ai vu qu'il y avait pas mal de monde pour celui-là, donc j'ai demandé à le voir lui. »

2. La proximité du cabinet médical permet la rencontre

Dans la démarche d'accès aux soins des personnes interrogées la simplicité était recherchée. De ce fait, l'identification d'un cabinet médical à proximité et donc facile d'accès était un paramètre essentiel pour initier la rencontre avec un médecin généraliste :

Entretien 1 :

E1 : « Donc j'ai du coup j'ai dit que j'habite dans le 3^e, il a dit regarde, moi je te donne la liste, le médecin traitant qu'il est à côté de toi, à tout autour. Donc, moi j'ai regardé sur le liste et j'ai donné sur le google map, et, plus proche, est à 200m, à côté de moi, c'est la dame que j'ai préféré. Pourquoi je vais aller à, 2 km, quand le médecin traitante, c'est, euh, juste à côté de moi, donc je vais aller à pieds. »

3. La consultation de différents médecins afin de trouver le « bon »

Les personnes interrogées exprimaient avoir consulté plusieurs médecins avant de choisir leur médecin traitant :

Entretien 3 :

E3 : « Si je vois que, euh, ça pas marché, je consulte une autre, pour voir si c'est la même chose ou euh et y a des moments que tu tombes sur le bon médecin, mais moi déjà je sais, par exemple sur le médecin traitant, je pars j'ai déjà une bonne médecin traitant [...] Et vous voyez il faut consulter deux trois médecins pour arriver où il faut [...] J'ai choisi de plusieurs, plusieurs [en insistant] médecins, jusqu'à quand j'ai arrivé sur cet euh cet médecin. Maintenant je change, euh, jamais je le change. »

Il n'y avait pas de choix au hasard et en cas d'insatisfaction avec un médecin, le suivi n'était pas poursuivi :

Entretien 3 :

E3 : « Mais j'ai vu déjà qu'il y a plusieurs personnes derrière moi, j'ai vu qu'il était très occupé et tout, et c'est pour je l'ai laissé tomber, et c'est pour ça j'ai changé une autre, jusqu'à quand j'ai arrivé le bon médecin. »

4. Le rapport à la prescription médicamenteuse comme premier point d'accroche

La prescription médicamenteuse apparaissait comme un point important pour envisager la relation de soin. La conclusion d'une consultation par la prescription de médicaments était rassurante pour les personnes interrogées, elle représentait un gage de qualité de la consultation puisqu'elle répondait à la demande du patient :

Entretien 5 :

E5 : « Il me donnait toujours ce que je cherche, les médicaments. »

La prescription de paracétamol n'était pas perçue de la même façon. En effet, cette réponse à l'issue de la consultation n'était pas satisfaisante pour les patients et était vécue comme une absence d'implication dans la prise en charge :

Entretien 3 :

E3 : « Qu'est-ce que je veux dire, de changer cette mentalité de donner tout le temps tout le temps doliprane, doliprane, doliprane, même si t'as mal à la gorge, jamais y a pas une, euh je sais pas, y a les médicaments que tu le mets sur la langue, pour te faire du bien, euh, y a autre chose je sais pas, c'est pas que doliprane, doliprane, doliprane. »

La prescription d'antibiotiques était associée à une guérison plus rapide et donc rassurante, notamment dans la prise en charge des enfants :

Entretien 5 :

E5 : « Par exemple quand les enfants ils ont des angines, lui il donnait des ATB, des gouttes, en 2-3 jours les enfants ils étaient bien. »

L'anticipation des prescriptions par le médecin était perçue comme le signe d'une prise en charge de qualité. Elle témoignait de la considération et de l'attention du médecin envers ses patients :

Entretien 5 :

E5 : « Moi si j'allais lui dire j'ai mal à la tête, il me donnait pas juste une boîte de doliprane, il me donnait quatre ou cinq pour avoir à la maison et il me disait de pas retourner ou si j'avais mal au dos, pas juste un tube de crème, deux ou trois pour pas avoir à retourner tout le temps le voir juste pour ça, alors qu'à la Timone, j'allais avec les petits, avec l'angine, on me donnait juste le doliprane, alors je me disais ça sert à quoi d'aller à l'hôpital, alors que lui il est bien, et il me donne les traitements qu'il faut et les enfants ils sont bien, ils sont bien rapidement. Alors que le doliprane je vais à la pharmacie je l'achète. »

E. Le développement d'une relation de confiance avec son médecin traitant

1. Des compétences humaines et relationnelles attendues au premier plan

a) *L'importance de l'accueil, du respect et de la bienveillance*

La première impression était décisive pour les personnes interrogées. Un accueil bienveillant et sans racisme permettait au patient d'être à l'aise pour aborder la relation de soin :

Entretien 1 :

E1 : « Et une dame très sérieux, une dame qui, je sais pas trop, il t'accueille avec un bon sourire, tu sens la chaleur, pas de racisme. »

Entretien 2 :

E2 : « Sachez qu'on a été reçus très très bien, ils nous ont respecté, partout où je suis allé [...] Jamais de racisme, jamais mal parlé, rien, rien, rien...une super dame, dix sur dix. »

Ce ressenti rassurant concernant l'accueil était influencé par l'opinion des autres patients du cabinet mais aussi par la diversité des communautés consultant le médecin :

Entretien 1 :

E1 : « Parce que, quand je rentre là-bas, cette personne est bien, tu sens la chaleur, c'est pas que moi, c'est des arabes, c'est des noirs, c'est des tunisiens, c'est tous les personnes, qui habitent mélangées dans le quartier, et, quand tu attends dans la salle de attente, et tu écoutes qu'est-ce qui se parle par rapport le médecin qui travaille dedans. »

b) *La recherche d'une prise en charge individualisée*

La notion d'écoute était très présente dans les compétences attendues et recherchées chez un médecin :

Entretien 1 :

E1 : « Moi j'attends pas pour le, euh, il se réveille à, à minuit un soir pour moi. Qu'est-ce que j'attends d'un médecin traitant ? C'est, il est prêt pour écouter, même il est fatigué, je sais, beaucoup de personnes. »

La considération que le médecin portait aux personnes interrogées était décisive pour envisager une relation de soin. Pour l'interrogé n°1, cette considération se manifestait dans la persévérance de son médecin à lui donner des explications pour qu'il comprenne sa santé :

Entretien 1 :

E1 : « Il reste, il t'écoute, il t'examen, il t'explique plusieurs fois qu'est-ce que c'est, plus intéressant, il te, il pose la question « est-ce que tu as compris ou pas ? si tu voulais je t'explique » »

Pour l'interrogée n°3, cette considération se manifestait par la disponibilité qu'il présentait pour répondre à ses inquiétudes et l'intérêt qu'il portait à sa prise en charge :

Entretien 3 :

E3 : « Euh, ou, même si il te explique, disons, c'est trois fois par jour ou quelque chose, il te dit si tu comprends pas, tu appelles moi, tu me dis quelque, si, si ça va pas, ou si tu vois que tu es pas, tu te sens pas bien euh sur le traitement que je te donne, tu, tu viens me voir, et on va le changer. Il essaye tout le temps de, de faire les choses euh par rapport le corps de personne, vous voyez, parce qu'il a des traitements que ça marche bien sur moi mais sur vous ça marche pas bien, c'est pour ça que je le trouve euh très bon. C'est mon idée. »

Un médecin perçu comme « débordé » n'incitait pas l'interrogée n°3 à développer une relation de soin, qu'elle estimait expéditive et donc potentiellement bâclée :

Entretien 3 :

E3 : « Pas que il s'en fiche, mais y a beaucoup de monde à traiter, par exemple quand tu parles en urgences y a beaucoup beaucoup de monde à traiter, et ils sont en train de faire vite les choses. [...] Euh, c'est la même chose, il met la la carte vitale, ça c'est euh c'est le plus important mettre le carte vitale. Il te fait vite passer, c'est bon il y a rien, vous inquiétez pas, vous restez tranquille, il y a pas de problème et tout ça, mais quand tu arrives à la maison c'est des fois, en fait c'est autre chose que ce qu'il te dit. »

Pour l'interrogée n°5 les compétences humaines de son médecin lui avaient permis de se sentir en confiance avec lui :

Entretien 5 :

E5 : « Et en plus, je l'ai vu aussi il est souriant, il discute, il parle avec les gens, il me sourit, il va être bien. [...] Et après, à chaque fois que j'y vais, il rigole avec nous, il blague avec nous. Quand je vais toute seule il demande des nouvelles des enfants, comment ça se passe et comment ils sont. »

c) *Le besoin d'un médecin disponible et accessible*

La possibilité de pouvoir joindre son médecin en cas d'inquiétude ou de questionnement était un paramètre qui intervenait dans le choix d'un médecin traitant :

Entretien 1 :

E1 : « Si tu voulais, regarde mon numéro personnel, mon numéro de cabinet, même le soir tu m'appelles si il y a un soucis, même, j'y arrive pas là-bas, j'y arrive à chez toi, je prends la tension, je te donne un cachet, ou quelque chose. C'est ça qui, euh, qui m'a fait de rester tout le temps avec un médecin traitant. »

La capacité du médecin à se rendre disponible était recherchée aussi bien en cas d'urgence :

Entretien 1 :

E1 : « Si il y a un soucis, sur le niveau personnel, il y a la dispo(nibilité). »

Que lors des consultations :

Entretien 4 :

E4 : « Des fois elle reste au-delà de son temps avec moi. »

2. Des compétences médicales attendues dans un second temps

a) *La recherche de professionnalisme*

L'examen clinique était un élément essentiel pour juger du professionnalisme d'un médecin puisque concret et objectivable par le patient. Il démontrait l'investissement du médecin dans la prise en charge :

Entretien 3 :

E3 : « En fait euh quand je pars à ma fille, il fait exactement comme il fait une médecin très bon. Il prend la mesure, pour ma fille, il prend la mesure de ma fille, la euh, le poids, le

thermomètre, même si il a pas de fièvre, il mettre euh, il est entrain de dire c'est où , quelque part il était mal, il est en train de le écouter, il est entrain de de voir, de mettre les mains partout euh sur ma fille je dis que il mettre les mains. Il écoute bien euh il est très, il fait très attention avec ma fille, euh c'est à cause de ça que je vais rester chez lui. »

Sa réalisation était gage de qualité de la consultation et avait un pouvoir rassurant pour les interrogés, au même titre que la prescription médicamenteuse :

Entretien 3 :

E3 : « Et je lui disais qu'est ce qui se passe, et il a regardé, et même quand il a écouté, comme il souffre sur euh, sur le poumon, et tout, ils ont dit il y a besoin d'une, euh, d'une antibiotique obligé. »

Entretien 5 :

E5 : « En fait pendant la consultation il s'est vraiment bien occupé, il a ausculté, les enfants, de la tête aux pieds, prescrit les médicaments, il a été très agréable, très bien. »

b) Le besoin d'une prise en charge globale

L'attente des interrogés concernant la prise en charge médicale était qu'elle soit globale. Cette prise en charge globale regroupait plusieurs aspects :

- La prise en charge sur le plan somatique :

Entretien 1 :

E1 : « Qu'il te suive, qui tout la nécessité que tu as besoin, tu vas aller, tu prends la tension, tu as examen, tu as tout, tu as fait un lettre pour examen en ville, laboratoire, radio, IRM, tout. »

- La prise en charge sur le plan psychologique :

Entretien 3 :

E3 : « Après même il te demande si tu as autre problème ou, et et en fait, il fait un peu le le psychologue, et en même temps il fait son travail de médecin, vous voyez. C'est pour ça que je vais rester chez, chez lui, chez ce médecin. »

- La capacité du médecin à orienter le patient si nécessaire :

Entretien 3 :

E3 : « Et même si c'est pas son travail de le faire, comme médecin traitant, c'est lui qui te fait aller où il faut, c'est lui qui s'occupe de tout et tout ça [...] si on parle de médecin traitant, si il voit que tu es mal, je sais pas par où, il peut pas voir ça pourquoi, il te fait une lettre disant tu pars sur une docteur spécialiste, pour voir à cause de quoi, qu'est-ce qui se passe, après avec le réponse, avec le réponse tu viens me voir. C'est ça une bonne médecin pour moi. »

c) *Un médecin perçu comme détenant le savoir*

L'interrogé n°2 percevait son médecin comme celui à qui il s'en remettait totalement concernant sa santé :

Entretien 2 :

E2 : « Quelqu'un qui s'occupe de ta santé, c'est lui qui donne son avis sur ta santé. »

Le constat était le même pour l'interrogée n°3, qui considérait qu'elle n'avait pas de pouvoir de décision sur sa santé, n'ayant pas les compétences pour avoir un avis :

Entretien 3 :

E3 : « Bah, moi qu'est-ce que je veux dire, euh, en fait sur toutes les médecins, c'est pas moi que je décide ou quelque chose, parce que c'est eux qui ont fait déjà les études, l'école et tout ça, c'est eux qui sait c'est quoi comme maladie qu'est-ce que j'ai, c'est le médecin qui sait c'est pas moi. »

Cette perception d'un médecin détenant le savoir était renforcée par l'ancienneté de sa pratique, lui conférant une expérience rassurante pour le patient :

Entretien 3 :

E3 : « En fait il était âgé, il était âgé [le médecin], il y a une expérience déjà, passée dans la vie, avec euh doctorat et tout »

3. Le rôle central du médecin traitant

Le médecin traitant était au centre de la prise en charge des personnes interrogées :

Entretien 1 :

E1 : « Donc, tu vas partir de ici [chez le médecin traitant] et toujours tu vas retourner ici [...]

Tous les démarches il part des, des médecins généralistes, médecin traitant. Tout, qu'est-ce qu'il voulait faire, y a le départ, c'est médecin traitant, tu vas aller à hôpitaux, et tu vas retourner (en insistant) au médecin traitant. »

Entretien 5 :

E5 : « Je retournais avec les résultats, je retourne toujours chez mon médecin traitant avec les résultats. »

Il était identifié comme référent pour trouver des solutions aux problématiques de santé mais aussi pour renouveler les traitements. Il constituait un point d'ancrage dans le parcours de soin :

Entretien 1 :

E1 : « Aller à ton médecin traitant, il te va renouveler ton prescription et tu vas sortir ton traitement. Donc, tu vas partir de ici et toujours tu vas retourner ici [...] c'est ton point qui, que tu vas trouver une explication et que tu vas trouver des solutions. »

Sa posture d'interlocuteur direct était rassurante pour les personnes interrogées :

Entretien 1 :

E1 : « J'appelle mon médecin traitant, regarde j'ai, j'ai la vertige, j'ai mal à la tête, j'ai mal derrière de tête, qu'est-ce que je fais, et il va dire de prendre un doliprane, prendre quelque chose, et dans une heure tu vas arriver direct à mon cabinet, et prendre la tension, on vérifie le cardiaque, rythme cardiaque, on fait quelque examen ici, qu'est-ce qu'on fait, après si y a mal, après je te vais envoyer direct à hôpitaux. »

Entretien 3 :

E3 : « Je appelle mon médecin et je demande est-ce que je peux donner ça ou ça, qu'est-ce que vous pensez, c'est quoi comme médicament qu'il faut et tout. Je le consulte avant de euh prendre quelque chose. »

4. La recherche d'un médecin de famille

a) *La réassurance dans le fait d'être connu de son médecin*

La fidélité envers un médecin reposait sur une relation de confiance qui s'était créée au fil du temps, par l'accompagnement du médecin dans les différentes étapes de la vie du patient :

Entretien 5 :

E5 : « J'ai pas cherché autre, parce que ici c'est à côté de nous, je pars à lui, il me connaît, il me connaît [...] En fait je, je l'ai vu pour tout, même pendant la grossesse, après quand le petit il est né, j'allais chez lui, il lui faisait des bilans, donc il me connaît parce qu'il m'a soigné depuis euh beaucoup de temps, il s'est beaucoup occupé de moi, quand elle j'étais enceinte, quand j'ai accouché. [...] Il me connaît depuis 7 ou 8 ans. »

Le fait d'être connu de son médecin était rassurant pour les personnes interrogées :

Entretien 2 :

E2 : « Il connaît tous tes problèmes, il connaît ton parcours. [...] Si tu es dans son ordinateur il sait ta douleur, il sait de a à z tous tes problèmes... »

Cette relation de confiance permettait une réassurance des patients, y compris en l'absence d'explications sur sa santé. En effet, l'interrogée n°5 s'en remettait totalement à son médecin concernant sa santé :

Entretien 5 :

E5 : « Je disais au docteur « est-ce que c'est grave est-ce qu'il y a un problème ? » et le docteur il me disait « non non il n'y a pas de problèmes, c'est pas grave, reste tranquille ».

Enquêtrice : « Et du coup tu t'es sentie comment dans cette consultation où il t'a dit juste c'est normal il y a rien, mais t'avais l'impression de tout comprendre ce qui t'arrivait ? C'était suffisant pour te rassurer ? »

E5 : « J'avais confiance en lui, parce qu'il me connaît depuis longtemps, et en me disant soit tranquille, il y a rien, pense pas, euh, que c'est mal, oui. »

b) *La prise en charge de la famille*

La relation de confiance créée avec le médecin traitant se traduisait également par le fait que le médecin prenne en charge l'ensemble de la famille.

Entretien 5 :

E5 : « Oui, j'ai pas changé, parce que lui je connais, après les enfants il connaît tout. »

Entretien 1 :

E1 : « J'ai pas changé donc, je suis en bon relation, il connaisse mes enfants, il connaisse la maladie de mes enfants, ma femme qui l'a accouché il est suivi de Mme Y (médecin traitant) [...] Cette dame je l'ai trouvé qu'elle était bien, pas que moi, avec mon père, avec ma mère, avec mon frère, toute ma famille on est cette médecin traitant. Parce que moi je l'ai recommandé. »

F. Rôle actif du patient dans son parcours de soin

1. Être responsable de la santé de son entourage

Le parcours de soin des personnes interrogées était très fortement lié à celui de leur entourage. Une dynamique centrée autour d'une personne responsable du reste de la famille était souvent décrite par les interrogés :

Entretien 1 :

E1 : « Mon expérience, moi je te raconte qu'est-ce que je, en apportant les personnes de ma famille, avec mes enfants, et le reste, je sais pas. »

L'interrogé n°1 était responsable de l'accès aux soins de l'ensemble de sa famille :

Entretien 1 :

E1 : « Et comme les euuh enfants ils sont petits, les conditions de vie sur le squat, chaque jour ça trouve quelque chose de tomber malade, et euhm, mes parents, les problèmes de santé, grand, pareil, il y a le cœur, la tension. Après mon père il a tombé malade, et j'ai trouvé de travail et j'ai ouvert le carte vitale, avec le complémentaire comme ça, le CMU je crois, le, qui a 100% ouais. Et j'ai trouvé Mme Y, qu'il a devenu, ça fait, mon médecin traitant, et on a une bonne relation. »

Il avait un rôle d'accompagnant et permettait également la transmission d'informations au reste de la famille. Cette responsabilité résultait principalement de sa connaissance du français et donc de sa capacité à faire le lien dans le parcours de soin :

Entretien 1 :

E1 : « J'ai été à côté de mon père, parce que, j'ai essayé de, j'ai essayé, avec des aides de personnes, j'étais un papier qui me donnait le droit, pour accompagner mon père, comme il parle pas français. Donc euh, et puis c'est un grosse opération, c'est, c'est des décisions qui se prend avec le famille, et, j'ai pu, un, un papier qui m'a donné le droit de accompagner mon père. »

C'était également le cas pour l'interrogée n°3 :

Entretien 3 :

E3 : « Bah oui, si je, je vois que ma mère elle est pas bien, et tout, normal que je pars. [...] si elle part toute seule, elle peut pas se débrouiller, parce qu'elle parle pas français, bonjour et je pense c'est tout. »

Pour l'interrogé n°1, ce devoir de prendre soin de sa famille s'était traduit par la nécessité d'apprendre le fonctionnement du système de soin en France :

Entretien 1 :

E1 : « à Marseille, à Paris, j'ai (pause) j'allais beaucoup avec mes, mes parents. C'est ça que je connais où je vais entrer, comme mes deux parents ils sont malades. »

2. La nécessité de se débrouiller

Le parcours de soin des personnes interrogées était marqué par la nécessité de se débrouiller. Afin de pouvoir évoluer dans un système de soin qui leur était inconnu, ils devaient faire preuve d'un investissement supplémentaire dans leur prise en charge :

Entretien 1 :

E1 : « Normalement, comme tous les personnes, à la Roumanie, tu fais des démarches, tu fais le nécessaire, parce que c'est ton pays. Et, euh, la bureaucratie, la mentalité, par rapport Roumanie France, c'est un peu différent. »

Cela se manifestait par le fait d'aller frapper à différentes portes, pour pouvoir comprendre le fonctionnement :

Entretien 1 :

E1 : « Comme à Paris j'ai pas de droits, j'ai pas d'aide médicale j'ai rien, j'étais obligé de me débrouiller tout seul, j'allais à la urgence, j'ai (souffle) euh pmi, euh les choses qui les concernait pour aider les personnes qui ont besoin d'aide médicale. »

Mais aussi d'observer les travailleurs sociaux afin d'apprendre les procédures et démarches à effectuer :

Entretien 1 :

E1 : « moi tout le temps, j'ai pris des choses à, euh, des personnes qui travaillent à médecin du monde [...] d'un temps, quand j'étais ici, à Marseille, peut-être une fois par semaine, je reste avec eux. »

Cette nécessité de se débrouiller seul imposait aux personnes interrogées d'avoir un comportement actif dans leurs parcours. Elles devaient trouver des solutions pour évoluer dans un système qui ne leur en apportait pas, comme l'expliquait l'interrogée n°3 :

Entretien 3 :

Enquêtrice : « T'en penses quoi ? Le fait de devoir, toi, aller chercher sur google pour comprendre ce qui t'arrive ? »

E3 : « Bah si t'as pas le choix, comment je fais ? Tu es obligé de faire ça. »

Cependant, elle jugeait qu'il était de sa responsabilité de trouver des solutions pour comprendre et apprendre le français, puisqu'elle avait décidé de venir vivre en France :

Entretien 3 :

E3 : « Je ne sais pas, par exemple si je viens chez toi, euh quand tu es médecin, si je viens chez toi et je parle pas français, comment on va faire ? Et après, c'est pas que moi je suis à côté, derrière moi il y en a encore 10 personnes, il est entrain de m'écouter, il est entrain de voir qu'est-ce qu'il se passe avec moi et tout, il me donne la, la ordonnance. Il me dit déjà tu prends le, par exemple sur le boite il te marque trois fois par jour ou deux fois par jour, ou je sais pas quoi. Même si c'est un tube de crème, par exemple, il te dit avec ça tu fais, tu comprends qu'est-ce qu'il te dit. Il te montre où il faut mettre la crème et tout, il te montre là, partout en

fait ça se passe comme ça. Et tu essayes de euh c'est nous que on essaye de apprendre le français, vous voyez. »

Il était intéressant de noter qu'aucune des personnes interrogées n'évoquait la possibilité que cela puisse faire partie du rôle du médecin de se faire comprendre. Aucun des patients n'attendait que le médecin propose des solutions pour dépasser cette « barrière » de la langue. Pour cette interrogée, la démarche du médecin de faire appel à un interprète téléphonique était vécue comme une exception, un privilège :

Entretien 3 :

E3 : « Très, très gentil dans euh la part du médecin, parce que c'est pas son travail ça, le euh, son travail c'est que pour euh aider les gens et tout, mais pas pour appeler quelqu'un disant on fait la traduction et tout, mais elle a vu que je comprends pas et tout. Elle m'a aidé beaucoup. »

3. Ressentir le devoir de s'adapter

Les personnes interrogées exprimaient également le fait que pour pouvoir accéder à une prise en charge en France, elles avaient le devoir de s'adapter. Cette adaptation pouvait se traduire par une modification de la façon de se comporter. Pour l'interrogé n°1, cette modification de comportement était justifiée par l'intégration des préjugés à l'encontre de sa communauté :

Entretien 1 :

E1 : « Il y a plusieurs fois, Claudia il a expliqué, les remarques, quand vous allez partout, poser un cv, à pôle emploi, n'importe où que vous allez, essayez de garder votre calme, de parler un petit peu, pas très fort. C'est pas, il voulait pas au départ, c'est la façon de parler le Rom. »

Enquêtrice : « Et du coup, ça tu penses ça peut être mal perçu, ça peut bloquer le, euh, ça peut bloquer la relation derrière ? »

E1 : « Ouais bien sûr, parce que, tu as vu quand tu vas aller à un hôpitaux, le personnel il parle doucement, gentiment, il arrive à un personne qui, il parle comme un baryton, il parle, très haut, « oh pourquoi il gueule lui ? il crie ? on dirait qu'il crie, y a un soucis avec moi ? » donc, et la mentalité il a changé, tout de suite. »

4. La connaissance du parcours de soin pour pérenniser le suivi

L'apprentissage du fonctionnement du parcours de soin permettait aux personnes interrogées de poursuivre leur suivi. Cet apprentissage était possible grâce à la transmission d'informations par les médecins :

Entretien 1 :

E1 : « Pour renouveler ton traitement, par exemple pour mon père, il a donné un traitement pour 3 mois, il a fait la prescription pour 1 mois à la sortie de l'hôpital, donc, il a dit comme ça tu vas aller après 1 mois, tu vas aller à ton médecin traitant, il te va renouveler ton prescription et tu vas sortir ton traitement. »

Mais aussi par l'initiative des personnes interrogées à se renseigner :

Entretien 1 :

E1 : « Donc j'étais là-bas, j'ai frappé sur le porte, « bonjour, bonjour, je suis envoyé pour trouver un médecin traitant, et quand j'ai regardé sur le porte d'entrée que vous êtes un médecin généraliste traitant, et j'essaye de entrer pour poser la question est ce que vous pouvez m'aider ». »

Entretien 3 :

E3 : « Je lui disais que, il a dit que je vais aller pour mettre les courriers, je lui dis est-ce que je, on peut aller ensemble le déposer, pour voir qu'est-ce qu'il se passe et tout ça. Il était venu avec moi et tout, et comme ça j'ai compris qu'est-ce qui se passe, comment ça se passe, oui, tout ça. »

5. Des modalités qui facilitent l'autonomisation du patient

Plusieurs éléments étaient évoqués par les personnes interrogées comme facilitant leur parcours de soin :

- L'interprétariat, qui permettait à l'interrogée n°3 de pouvoir transmettre les informations à son médecin de façon exhaustive :

Entretien 3 :

E3 : « Super je trouve ça, pour avoir une euh une personne qui traduit toutes les langues. C'est plus facile pour le patient, et pour le médecin aussi, généralement, pour avoir qu'est-ce que tu, tu as comme maladie avant, ou euh c'est quoi les médicaments que tu es allergique, par

exemple. Les gens pour dire, ça c'est le maladie que j'ai avant, ça je dis je suis diabétique, ou je suis, j'ai une maladie avant, de chronique, ou je sais pas quoi. »

- Les plages de consultation sans RDV ainsi que la présence d'une secrétaire sur place :

Entretien 5 :

E5 : « Il y a une permanence sans RDV, il faut y aller et attendre [...]il y a une secrétaire là-bas, du coup je vais la voir et j'ai directement le RDV. »

Discussion

I. Discussion des principaux résultats

A. Le rapport à la santé : un préalable qu'il est nécessaire d'aborder spécifiquement pour pouvoir envisager l'expérience en médecine générale

L'analyse des résultats a mis en évidence la nécessité de prendre en compte le rapport à la santé des personnes interrogées comme préalable afin de pouvoir comprendre leurs expériences en médecine générale. Ce rapport est marqué par la construction de ces personnes depuis leur pays d'origine. L'impact du racisme, qu'elles subissent depuis la Roumanie et qui se perpétue en France, conditionne la façon d'aborder les soins. Cela peut entraîner un retard d'accès voire un renoncement aux soins qui peut s'expliquer par un racisme intériorisé (22), constaté chez certaines personnes que nous avons interrogées. Il est important de préciser que vouloir expliquer le rapport à la santé des personnes que nous avons interrogées sous le prisme du culturalisme(23) serait une erreur. En effet, comme l'explique Doris Bonnet « les populations immigrées ne constituent pas un sujet collectif dont le discours et les conduites seraient uniquement le produit d'une culture d'origine. Elles représentent plutôt un ensemble d'individus aux trajectoires de migration singulières, avec une diversité de conduites d'insertion et de choix identitaires. Cette observation permet de réfuter que les comportements des immigrés, par rapport à la santé et à la maladie, seraient uniquement le résultat d'un patrimoine culturel originel »(24). Nous ne pouvons donc réduire la problématique à une dimension uniquement culturelle, car outre le fait d'être Roms, les

personnes que nous avons interrogées présentent surtout des caractéristiques de populations vulnérables et exclues(1).

Les personnes interrogées exprimaient le besoin de stabilité, et donc de sédentarité pour pouvoir envisager d'initier un suivi médical. Les expulsions répétées des lieux de vie (squat ou bidonville) ont un impact sur cette stabilité. Dans son article datant de 2013 et s'intéressant aux Roms est-européens installés en banlieue parisienne, Alexandra Nacu explique que bien que « sédentaires à l'origine, [ils sont] maintenus avec le concours de l'action des pouvoirs publics dans un nomadisme forcé, perpétuant et même renforçant ainsi [leur] marginalisation. »(11) Ce nomadisme forcé rompt les liens construits avec les médecins. Dans son enquête Dorothee Prud'Homme montre que ce nomadisme est perçu comme culturel par les professionnels de santé qu'elle interroge(17). Cette vision culturaliste des enquêtés entraîne la perception que le défaut de suivi serait en quelque sorte choisi par ces patients, et découlerait d'un mode de vie « typique de la culture Rom ». L'analyse de nos entretiens est en contradiction avec cette vision, en effet la migration apparaît subie du fait de problématiques économiques. La sédentarité est recherchée par les personnes que nous avons interrogées, qui sont établies à Marseille en moyenne depuis une dizaine d'années et manifestent le souhait de pouvoir vivre en appartement.

Le facteur économique a aussi un impact sur le rapport au soin des personnes interrogées. En effet, la démarche de soin est associée à une notion de dépense financière conséquente du fait, entre autres, de la nécessité d'une gratification financière pour accéder aux soins en Roumanie. Les conditions de vie précaires amènent à prioriser la recherche de ressources économiques et à reléguer au second plan les préoccupations concernant la santé(1). De ce fait, la démarche de consulter un médecin est réfléchie et répond à une plainte physique, qui est parfois repoussée jusqu'à l'urgence vitale. Nous le constatons en effet dans l'analyse des résultats puisqu'il apparaît qu'un évènement de santé grave est souvent le mode d'entrée dans les soins. La rupture avec l'état de santé antérieur se manifeste par une décompensation aiguë qui permet la découverte d'une maladie chronique et entraîne la réalisation par le patient de la nécessité d'une prise en charge médicale régulière. Ce même constat était réalisé par Farid Lamara et Pierre Aïach en 1998. En effet, ils expliquaient que « bien que la santé soit parfois considérée comme importante, elle ne paraît pas prioritaire dans les préoccupations des Roms rencontrés, essentiellement parce que d'autres problèmes, notamment ceux liés aux conditions d'existence, accaparent leur attention. En revanche, une

préoccupation en matière de santé peut se manifester dès que le problème devient, à leurs yeux, grave et urgent. Il constitue alors un obstacle majeur au bon déroulement de la vie future, devenant un problème supplémentaire dans une situation globale très difficile. » (15)

Selon Philippe Warin, le non-recours prend trois formes principales (25) :

- La non-connaissance : lorsque l'offre n'est pas connue de l'utilisateur,
- La non-demande : lorsque l'offre est connue mais non demandée,
- La non-réception : lorsque l'offre est connue, demandée, mais non obtenue.

Il ressort de l'analyse de nos résultats que le non-recours ayant pu être constaté par le passé chez certaines personnes interrogées semble relever d'une non-demande, comme l'expliquait l'interrogé n°2 : « Non je n'y allais pas... Je ne parle pas au nom de tous, d'autres ont un médecin de famille. [...] D'autres personnes avaient un médecin de famille là-bas aussi. [...] Normalement, ça devrait être comme ça...Il faudrait faire un suivi, des bilans. Mais tu sais que si t'as pas mal tu n'y va pas... Normalement, tous les 6 mois, ou au moins une fois par an il faudrait faire des analyses... ». Pour Farid Lamara et Pierre Aïach, ce non-recours aux soins n'est pas le résultat d'un choix mais plutôt d'une non-demande contrainte, du fait de problèmes qui « correspondent à ceux auxquels sont confrontés la plupart des populations en situation de grande exclusion : fragilisations juridique, économique, sociale et familiale caractérisées par l'absence de sécurité en matière de titre de séjour, de travail et de logement. Ces éléments, cumulés, aboutissent à les écarter du droit commun, et, par conséquent, à les rendre particulièrement vulnérables, notamment sur le plan de la santé. » (15)

Cependant, nous avons constaté que ce rapport à la santé est différent concernant les enfants. En effet, la démarche de soin apparaît plus précoce lorsqu'il s'agit des enfants, avec une vigilance accrue concernant l'évolution des symptômes, qui était aussi retrouvée dans l'étude de Farid Lamara et Pierre Aïach (15). Le suivi régulier et certains éléments de prévention tels que la vaccination sont envisagés pour les enfants alors qu'ils ne le sont pas pour les adultes. Lors des entretiens réalisés, nous avons constaté que certaines personnes abordaient l'expérience en médecine générale au travers de l'expérience de leurs enfants, traduisant une démarche de soin réalisée en priorité pour les enfants. Il est difficile d'évaluer l'effectivité de cette mise en priorité de la santé des enfants du fait de l'absence de données ventilées selon l'origine ethnique en France. Cependant, des données collectées par MDM évoquent une faible couverture vaccinale chez les enfants et un état de santé dégradé par rapport au reste de la population française (5).

B. La communication : élément central du parcours de soin

Il ressort de l'analyse des résultats que la maîtrise du français est un élément déterminant du parcours de soin des personnes interrogées. Deux types de parcours peuvent être évoqués à partir de ce constat :

- Le parcours des personnes francophones ou partiellement francophones : Le parcours est plus autonome, ces personnes ont un rôle plus actif dans leur prise en charge mais aussi au sein de leur famille. Elles sont identifiées comme référentes et accompagnent les personnes allophones de leur entourage. Elles ont un rôle de lien et transmettent les informations.
- Le parcours des personnes allophones : Le parcours dépend d'une tierce personne qui est issue de la famille ou du milieu associatif pour assurer la traduction. Leur rôle est plus passif dans la prise en charge, sans pour autant l'être totalement.

Le fait d'être allophone est à l'origine d'entraves dans le parcours (26), que nous constatons dans notre étude. En effet, la démarche de consultation des personnes allophones que nous avons interrogées est conditionnée par la présence d'un accompagnant pour assurer la traduction. Cette démarche d'accompagnement apparaît être souvent à l'initiative des patients, du fait de la rareté des solutions de communication proposées par les médecins. Lorsque l'accompagnement n'est pas possible, l'accès aux soins est repoussé ou le patient se débrouille pour consulter en communiquant via des gestes, avec le risque de mauvais diagnostic par manque d'informations que cela entraîne. Dorothee Prud'Homme souligne aussi cette entrave au soin en expliquant que « le défaut d'expression de ces patients [présumés Roms], incapables de s'exprimer en français et isolés par l'absence d'interprète, alimente le processus d'altérisation, de racialisation » (17), qui peut être poussé à son paroxysme au travers de la pratique d'une médecine « vétérinaire », se basant sur une communication via les gestes : « les patients ne parlant pas français [étant] alors déshumanisés, au point d'être comparé à des animaux [...] les enquêtés [professionnels de santé] admettent ainsi que les patients présumés Roms parlant peu ou pas français sont moins bien accueillis que les patients n'ayant pas ces difficultés linguistiques. » (17)

Le manque d'informations peut aussi être la conséquence du recours à un traducteur intra-familial. La gêne occasionnée par le fait d'aborder certains sujets devant un membre de sa famille entraînant la non-communication de certaines informations au médecin.

L'absence de communication possible et donc de compréhension de sa santé est source d'inquiétude et de stress. Cette peur induite peut conduire à une mise en danger. Ce fut le cas pour l'interrogé n°4 qui est sorti contre avis médical en France, afin de repartir en Roumanie se soigner car il n'arrivait pas à communiquer avec les médecins.

Nous observons que certaines des personnes interrogées estiment qu'il est de leur devoir d'apprendre le français ou de trouver des solutions pour se faire comprendre, puisqu'elles ont décidé de venir vivre en France. Au cours des entretiens, aucune des personnes interrogées n'a évoqué la possibilité que cela puisse faire partie du rôle du médecin de se faire comprendre. Elles n'attendent pas de leur médecin qu'il propose des solutions pour dépasser cette problématique de la communication. En effet, le recours à l'interprétariat téléphonique en est l'exemple, puisque vécu comme une attention exceptionnelle et rare de la part du médecin. L'article 35 du code de déontologie stipule pourtant que « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »(27). Force est de constater au travers de notre étude que cet article n'est que peu mis en pratique. La recommandation de 2017 de la HAS concernant l'interprétariat professionnel (28) rappelle aussi que « 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 ». Il y est souligné le fait qu'en 2017 le recours à l'interprétariat était rare en France (28), ce constat reste similaire dans le dernier rapport de MDM de 2021(29). La notion de secret médical évoquée dans cette recommandation est un élément important à prendre en compte dans la recherche de moyens de communication avec le patient, en effet la sollicitation d'un traducteur intra-familial engendre un risque de violation de ce secret.

C. L'accompagnement : une dépendance nécessaire pour poursuivre un suivi médical

L'expérience en médecine générale des personnes que nous avons interrogées n'est pas une expérience individuelle mais collective. Elle dépend de l'intervention de différentes

personnes tout au long du parcours de soin. Pour initier les soins, l'accompagnement par un travailleur social, un médiateur ou un bénévole d'une association, apparaît nécessaire. Cet accompagnement est indispensable pour permettre aux personnes interrogées d'effectuer les démarches administratives permettant d'accéder aux soins mais aussi pour leur permettre de s'orienter dans le système de soin par la suite.

D'après la HAS, la médiation sanitaire « désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leurs parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. » (30) L'impact de ces approches de type « aller vers » a été évalué dans le cadre d'un programme national de médiation sanitaire mis en place en 2008-2009, auprès de femmes et d'enfants vivant en squat et bidonvilles. Après 24 mois de médiation, il était constaté une amélioration dans l'accès aux droits sociaux, aux soins et à la prévention, avec une tendance à l'autonomisation dans les consultations. La médiation avait permis une meilleure orientation vers la médecine de ville et favorisait la compréhension des déterminants socio-culturel des patients par les professionnels de santé (31). Dans son livre qui s'intéresse au parcours de soins des populations Roms à Marseille, Nicolas Tanti-Hardouin conclut aussi sur le fait que la médiation sanitaire apparaît comme une solution pour améliorer l'accès aux soins (32). Les résultats de notre étude sont cependant plus nuancés concernant la médiation. En effet cet accompagnement tend à se pérenniser chez les personnes que nous avons interrogées, qu'il s'agisse d'un accompagnement dans les démarches administratives ou en consultation afin d'assurer la traduction. La médiation en santé apparaît donc intéressante si elle est envisagée comme un processus visant à l'autonomisation des personnes et non comme un simple accompagnement.

D. Attentes de la relation avec un médecin généraliste : Des compétences humaines en priorité

Concernant l'expérience en médecine générale, il apparaît que le processus de choix d'un médecin n'est pas subi par les personnes interrogées. En effet, dans notre étude la rencontre avec un médecin était souvent le fait d'une orientation initiale par un travailleur social vers un cabinet médical à proximité du lieu de vie des patients, mais la poursuite du

suivi était décidée par le patient. En cas d'insatisfaction, les personnes interrogées n'hésitaient pas à aller consulter un autre médecin.

La majorité des personnes que nous avons interrogées disposaient de l'AME, elles n'avaient donc pas à déclarer de médecin traitant. En pratique, nous avons constaté qu'une relation de fidélité s'était créée envers un médecin, considéré comme le médecin de famille. Cette notion de fidélité dans le soin est retrouvée dans d'autres études et expliquée par la relation de confiance qui se crée et qui est recherchée par les patients (4). Elle permet de dépasser la méfiance réciproque qui peut exister entre le patient et le soignant (33). Dans leur étude ethnologique, Olivier Bouvet et Stéphane Floch se sont intéressés aux représentations que génèrent les populations Roms et Manouches auprès de personnels hospitaliers, avec l'hypothèse qu'elles influencent leurs pratiques soignantes (16). Il ressort de cette étude que « la plupart des soignants méconnaissent ces communautés et ont encore du mal à entrevoir le franchissement de la barrière ou de la frontière qui les en séparent », cette méconnaissance engendrait le fait que « les regards et les représentations des personnels soignants étaient sources de certains stigmates « tribaux » à l'encontre des deux groupes étudiés ». Ils soulignaient cependant le fait que « la notion de conscience professionnelle des soignants [était] très présente, et paradoxalement [...] bien que les paroles aient pu souvent être porteuses de stigmatisations, les pratiques soignantes n'en ont nullement été altérées » (16). Ils concluaient sur le fait que « la méconnaissance et les peurs collectives semblent encore entretenir des stigmatisations » (16), d'où la nécessité d'initier un travail sur ces paramètres.

Dans notre étude il apparaît que les compétences humaines et relationnelles du médecin sont au premier plan des attentes des personnes interrogées. En effet les notions de respect, de bienveillance et l'absence de stigmatisation sont présentées comme primordiales. Dans le contexte actuel où l'antitsiganisme est fortement présent et banalisé (14), il semble logique que la priorité soit de créer une relation de confiance, rassurante et sécurisée avec son médecin pour pouvoir envisager une relation de soin.

Pour créer cette relation de soin, les personnes de notre étude soulignaient l'importance de l'écoute et de la disponibilité du médecin. Un constat similaire était fait dans l'étude PASSAGE réalisée en 2017 par Stéphan Touati et Sébastien Vergan. Elle s'intéressait au parcours de soin et au vécu du suivi de patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale. Ils notaient que « parmi les bénéficiaires de l'AME des compétences relationnelles escomptées [...] primaient sur les compétences cliniques. » (34) Un article paru dans la Revue

du Praticien en 2020 s'est intéressé aux particularités de la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité, et aborde aussi cette notion d'écoute. Il y est expliqué qu' « être à l'écoute de la souffrance générée par la situation sociale [...] est un soin en soi dont il ne faudrait pas négliger l'efficacité.[...] [Cela] permet de libérer un espace psychique [chez le patient] pour d'autres préoccupations, dont la santé. » (35) L'écoute est donc un premier acte thérapeutique, qui manifeste la considération et l'implication du médecin dans la prise en charge, permettant au patient de reprendre confiance dans le soin et dans sa légitimité à y accéder. Il ressort de notre étude que l'accompagnement du médecin traitant dans les différentes étapes de la vie et le fait d'être connu de celui-ci sont des éléments rassurants pour les personnes que nous avons interrogées. Les personnes de notre étude semblent donc rechercher une démarche du médecin qui soit centrée sur le patient (36).

Le rapport à la prescription médicamenteuse est un point intéressant à analyser car celle-ci semble répondre à des attentes associant les compétences humaines et biomédicales du médecin. En effet, cette prescription est décrite comme un gage de qualité de la consultation sur le plan des attentes biomédicales. Elle est aussi décrite par les personnes de notre étude comme une réponse à leur demande, traduisant ainsi la capacité du médecin à les écouter. Olivier Bouvet et Stéphane Floch expliquent que « la maladie provoque une peur collective et requiert une guérison immédiate par tous les moyens. » (16) La prescription médicamenteuse peut alors être envisagée comme une réponse à cette peur, puisque rassurante et associée à une guérison plus rapide pour les personnes de notre étude.

Les compétences biomédicales du médecin traitant apparaissent secondaires dans les attentes des personnes interrogées. Ils expriment attendre de leur médecin du professionnalisme ainsi qu'une capacité à assurer une prise en charge globale. Il est identifié comme référent, sa position est centrale dans leur prise en charge. Nous observons donc que les attentes des personnes interrogées sur le plan des compétences relationnelles ainsi que biomédicales correspondent aux compétences attendues du médecin généraliste selon la définition Européenne du WONCA (37).

Pour les participants de notre étude, le médecin est perçu comme détenant le savoir, ils expriment le fait de s'en remettre totalement à lui sur le plan de leur santé, dans une perspective de relation « paternaliste » du soin. Cette relation de soin sur un modèle « paternaliste » était aussi retrouvée dans l'étude PASSAGE (34).

Une étude qualitative réalisée au Canada en 2013 par Christine Loignon et Alexandrine Boudreault-Fournier s'intéresse à la flexibilité des médecins offrant des soins de première ligne aux personnes en situation de pauvreté. Il y est abordé le rapport médecin-patient dans un contexte d'immigration. Certains médecins de l'étude expriment « adopter une approche « paternaliste » auprès de certains patients immigrants ou réfugiés [car] selon eux, des patients peuvent demander à leur médecin de combler un rôle plus autoritaire [...] [Ils] s'attendent à ce que leur médecin leur dise quoi faire, car c'est à ce type de relation qu'ils ont été habitués dans leur pays d'origine. » (38) Elles expliquent qu'« adopter une attitude paternaliste dans certains cas coïncide paradoxalement avec les objectifs d'une approche centrée sur les besoins et les demandes du patient. » (38) Cette analyse est intéressante mais apparaît insuffisante pour justifier une approche « paternaliste » dans la relation de soin avec les populations immigrées. En effet, il se pose la question du souhait réel du patient. Bien que celui-ci semble en « demande » de poursuivre ce mode de fonctionnement auquel il est habitué, cela ne veut pas forcément dire qu'il s'agit d'un modèle de relation qui lui convient. Comme nous le constatons dans notre étude, certains patients acceptent de s'en remettre totalement à leur médecin, car ils sont possiblement habitués à ne pas avoir le choix. Lorsque nous les interrogeons sur la possibilité de comprendre leur santé et d'aller plus loin dans la démarche, ils manifestent leur désir d'aller en ce sens. Il apparaît donc que ce n'est pas parce que la demande d'évolution de la relation de soin n'est pas formulée qu'elle n'existe pas.

E. La responsabilité et le devoir de s'adapter : deux caractéristiques de l'expérience du soin

Nous avons constaté lors de l'analyse des résultats que le parcours de soin des personnes interrogées est fortement lié à celui de leur entourage. La dynamique de ce parcours est centrée autour d'une personne qui est responsable du reste de la famille, du fait de sa capacité à parler le français. Il en découle pour cette personne la nécessité de se débrouiller au sein d'un système de santé inconnu. Elle doit faire preuve d'un investissement supplémentaire afin d'aller chercher les informations et les conseils auprès des différentes structures associatives et institutionnelles, pour pouvoir ensuite les transmettre au reste de la famille.

La nécessité de se débrouiller n'est pas uniquement imposée à la personne responsable de la famille. Pour les autres, cela peut aussi se traduire par le fait de trouver des

solutions pour pouvoir communiquer avec son médecin ou pour consulter malgré l'absence d'accompagnant disponible. Nous constatons donc que les personnes interrogées ont un rôle actif dans leurs démarches de soins. Cela vient contredire les représentations des soignants interrogés par Dorothée Prud'Homme, pour qui « les patients identifiés comme Roms ne seraient pas des patients « actifs » au sens de légitimement investis dans la relation de soin et dans la gestion de la maladie, mais des patients appartenant aux classes populaires qui refuseraient de se soumettre – comme les autres – à leur autorité professionnelle et à leur position dominante dans la relation de soin. » (17)

Elle poursuit en expliquant que « c'est la racialisation à priori des usagers présumés Roms qui les désigne comme plus violents ou manipulateurs aux yeux des médecins, qui de fait, ressentent alors la nécessité d'affirmer préventivement leur position dominante dans la relation de soin. [...] La racialisation du comportement des patients présumé Roms à l'hôpital fait donc porter la faute du déroulement « anormal » de la relation de soins sur les usagers.»(17) Nous constatons dans notre étude le retentissement de cette racialisation chez les personnes que nous avons interrogées. En effet, elles expriment avoir le devoir de s'adapter pour prétendre aux soins. Cette adaptation se traduit dans la posture et le comportement à adopter, et découle directement de l'intégration des préjugés à leur rencontre, comme l'exprimait l'interrogé n°1.

II. Forces et limites de l'étude

Nous avons fait le choix d'une méthode qualitative inspirée de l'IPA, car cela nous semblait être le plus approprié pour recueillir le vécu de personnes issues de la population Rom dans leur expérience en médecine générale de droit commun. Nous avons réalisé cinq entretiens individuels ouverts. Ils se sont déroulés dans l'espace commun des lieux de vie des personnes interrogées, à leur demande. Trois entretiens ont été réalisés avec l'aide la médiatrice de MDM qui assurait la traduction.

Un premier élément de difficulté dans la réalisation des entretiens a été d'assurer l'individualité de l'échange. En effet, la localisation des entretiens était source d'interruptions répétées par les autres habitants du squat.

Une difficulté supplémentaire s'est ajoutée pour les entretiens des personnes allophones. Certaines informations n'étaient pas transmises en totalité pendant l'entretien par la médiatrice, ce qui a pu avoir un impact sur la capacité de l'enquêtrice à rebondir. Afin de

limiter le risque de perte d'informations, les entretiens ont été réécoutés et traduits par la médiatrice à posteriori, avant la retranscription par l'enquêtrice.

La réalisation des entretiens a aussi été impactée par la difficulté à réaliser des entretiens ouverts. En effet, les réponses des personnes interrogées pouvaient avoir tendance à être fermées, nécessitant plus de relances de la part de l'enquêtrice, ce qui a pu induire un biais dans le recueil des informations. Plusieurs éléments ont pu limiter la capacité d'élaboration du discours des personnes interrogées :

- Le manque d'expérience de l'enquêtrice, novice dans la réalisation d'entretiens ouverts ;
- Le vocabulaire des participants qui était limité en français ;
- Le statut professionnel de l'enquêtrice ainsi que le fait d'être connue de certains des participants a pu limiter la libre parole des interrogés.

Du fait d'une population d'étude majoritairement allophone, la réalisation d'entretiens semi-dirigés aurait pu faciliter l'étude. Cependant, cela nous aurait orienté vers une méthodologie inspirée de la théorisation ancrée, qui n'apparaissait pas adaptée pour répondre à notre question de recherche.

Notre échantillon était homogène sur l'expérience qui nous intéressait (un parcours en médecine générale de droit commun) et était varié sur les autres caractéristiques :

- Tranche d'âge de 32 à 58 ans
- 3 hommes et 2 femmes
- 3 francophones/partiellement francophones et 2 allophones
- Des pathologies chroniques chez 3 personnes

Cependant nous n'avons pu interroger que des personnes habitant dans des squats. Une personne habitant en appartement avait été contactée, mais l'entretien n'a pu se réaliser. Il serait intéressant de réaliser d'autres études avec un échantillonnage faisant varier les types d'habitat, afin d'évaluer l'impact que cela peut avoir sur l'expérience en médecine générale.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de deux mois, de façon rapprochée du fait de la faible disponibilité des participants, une étude plus longue permettrait de recruter plus de personnes.

La retranscription et l'analyse des données ont été réalisées par l'enquêtrice. La subjectivité est inhérente à la méthodologie qualitative, mais ne doit pas se limiter à l'analyse

d'un seul chercheur, une triangulation des données a donc été réalisée par la directrice de thèse.

La quantité importante de données issues des entretiens a nécessité une sélection subjective des résultats les plus représentatifs par l'enquêtrice, ce qui a pu entraîner une perte de données.

Nous pouvons souligner qu'une des forces de cette étude est de s'être intéressée au point de vue des personnes issues de la population Rom quant à leur expérience en médecine générale. Elle apporte un regard complémentaire des quelques études déjà réalisées, qui interrogeaient le point de vue des soignants. Une étude spécifique sur le rapport à la santé des personnes que nous avons interrogées aurait pu être un préalable à cette recherche. L'expérience du soin des personnes issues de la population Rom est un sujet peu étudié dans la littérature. Dans un contexte d'état de santé dégradé, recueillir leur vécu semble primordial afin d'améliorer leur prise en charge.

Conclusion

Cette recherche s'est intéressée au vécu de l'expérience en médecine générale de droit commun de personnes issues de la population Rom. Le récit des personnes que nous avons interrogées a mis en lumière la complexité de leurs expériences.

La prise en compte de leurs rapports à la santé apparaît nécessaire pour pouvoir comprendre leurs façons d'aborder les soins. Les personnes interrogées nous ont fait part d'histoires de vie marquées par la stigmatisation, le racisme et les difficultés économiques. Ces différents déterminants ont un impact sur leurs parcours de soin mais aussi leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste.

La création d'un lien social avec le médecin généraliste apparaît essentielle pour les personnes que nous avons interrogées. Elles expriment le besoin d'être écoutées et considérées, plaçant les compétences humaines et relationnelles comme prioritaires lors du choix d'un médecin. Toutefois, des compétences biomédicales sont aussi attendues. Le professionnalisme et l'expérience du médecin sont recherchés. Il a une place centrale dans la prise en charge, étant considéré comme un référent, dans une approche de la relation qui tend vers un modèle « paternaliste ».

La constitution d'un réseau de soutien et d'aide apparaît être une condition nécessaire pour pouvoir envisager un accès aux soins. Cet entourage constitué de travailleurs sociaux,

bénévoles associatifs ainsi que d'autres membres de la communauté constitue un socle essentiel, qui permet aux personnes que nous avons rencontrées d'évoluer dans un système complexe.

Un constat essentiel de cette étude est que la maîtrise du français est un élément déterminant dans le parcours de soin des personnes que nous avons rencontrées. Prendre en considération la communication ainsi que ce qui peut l'entraver est fondamental afin de leur permettre de reprendre une place en tant qu'acteur de leur santé ainsi qu'en tant qu'individu.

Bien que le médecin généraliste ait un rôle à jouer, l'approche médicale n'est pas suffisante pour dépasser les entraves aux soins que nous avons abordées. La réévaluation des politiques publiques actuelles est indispensable, afin de permettre une réelle intégration dans le parcours de droit commun. La pluridisciplinarité et la collaboration des différents acteurs participant à la prise en charge de ces personnes est aussi essentielle.

Bibliographie

1. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Ellipses. 2017.
2. European Union. Roma Health Rapport [Internet]. 2014 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://op.europa.eu/flexpaper/common/split_document.jsp?doc=4df60425-2825-44bf-bb1a-063d6dff18e1.en.PDF.pdf&userId=&systemId=Portal2012&documentId=4df60425-2825-44bf-bb1a-063d6dff18e1&documentTitle=Roma+health+report%2C+health+status+of+the+Roma+population&documentPublishingDate=&localeDirectory=%2Fflexpaper%2Flocale%2FlocaleChain=en_US&fitWidth=true&documentLanguage=en&share=
3. Roms migrants : un état de santé alarmant. Prescrire [Internet]. 2017 [cité 9 mai 2021];(37). Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/52662/0/NewsDetails.aspx>
4. La santé des gens du voyage, comprendre et agir [Internet]. 2009 mars [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=230
5. Médecins du monde. La santé des roms en France - une urgence sanitaire [Internet]. 2010 févr [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2010/05/03/la-sante-des-roms-en-france-une-urgence-sanitaire>
6. CNDH Romeurope. De qui parle-t-on ? [Internet]. CNDH ROMEUPE. 2017 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.romeurope.org/de-parle-t-on/>
7. Collins M, Grosu C, Kling J, Milcher S, O'Higgins N, Slay B, et al. At Risk: Roma and The Displaced in Southeast Europe [Internet]. Bratislava; 2016 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/151056479/At-risk-Roma-and-the-displaced-in-Southeast-Europe>
8. Peyroux O, Le Clève A. Habitants des bidonvilles en France: Connaissance des parcours et accès au droit commun- Association Trajectoires [Internet]. 2017 mai [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2017/05/Trajectoires-Habitants-des-bidonvilles-Connaissance-des-parcours-et-droit-commun.pdf>
9. DIHAL. Résorption des bidonvilles- point d'étape 2019-2020 [Internet]. 2021 sept [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf
10. Défenseur Des Droits. Pour une protection effective des droits des personnes Roms [Internet]. 2022 janv [cité 27 sept 2022]. Disponible sur:

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_rapport_droits-des-personnes-roms_10-01-2022.pdf

11. Nacu A. Les Roms migrants en région parisienne : les dispositifs d'une marginalisation. *Rev Eur Migr Int.* 1 févr 2010;26(1):141-60.
12. Gens du voyage, colloque santé [Internet]. Saint Quentin En Yvelines; 2010 avr [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=929
13. Guiraud JC. La santé des Tsiganes en question. *Etude Tsiganes.* :47.
14. CNDH Romeurope. Rapport 2022 CNDH Romeurope [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/06/Rapport-2022_CNDH-Romeurope.pdf
15. Lamara F, Aïach P. La place de la santé et des soins chez des Tsiganes migrants. *Hommes Migr.* 2000;1225(1):117-21.
16. Bouvet O, Floch S. Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies. *Spécificités.* 2012;5(1):257-74.
17. Prud'Homme D. La racialisation en urgence: représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012).
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
19. Gelin Z. Introduction à l'IPA [Internet]. 2013 oct 16 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Introduction-%E2%80%A6-IPA.pdf>
20. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé, Guide méthodologique [Internet]. f2rsmpsy. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/21658.pdf>
21. 2019.06.17 - RIPH+RGPD v1.1 [Internet]. [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <http://pab.ovh/lime/index.php/printanswers/view/surveyid/236349>
22. Fanon F. *Peau noire, masques blancs.* Seuil. 1952.
23. Larousse É. Définitions : culturalisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culturalisme/21069>
24. Bonnet D. Au-delà du gène et de la culture. *Hommes Migr.* 2000;1225(1):23-38.
25. Warin P. Le non-recours : définition et typologies. [Internet]. 2010 [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://fr.readkong.com/page/le-non-recours-de-nition-et-typologies-6046812>

26. Jackson Y. Populations Roms et santé. Rev Médicale Suisse. 2014;5.
27. Article 35 - Information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
28. HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017;
29. Médecins du monde. RAPPORT OBSERVATOIRE 2021 [Internet]. 2022 [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_SYNTHESE_WEB_PLANCHES_OK2-1.pdf
30. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;
31. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. Etudes Tsiganes. 2014;n° 52-53(4):181-9.
32. Tanti-hardouin N. Santé et grande précarité: l'exclusion par le soin des populations roms. L'Harmattan; 2016.
33. Alunni L. De la méfiance morale à la suspicion politique. Enjeux de santé publique dans les camps roms de Rome. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 15 mai 2017 [cité 11 juill 2022];(14). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2618>
34. Touati S, Vergan S. PASSAGE: Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. 2017.
35. Particularités de la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/particularites-de-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-en-situation-de-precarite>
36. HAS. Démarche centrée patient- Mise au point [Internet]. 2015 [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
37. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille- WONCA. 2002;
38. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Adaptability of Physicians Offering Primary Care to the Poor: Social Competency Revisited. Healthc Policy Polit Santé. 30 oct 2013;9(SP):59-70.

Liste des abréviations

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

CASO : Centres d'accès aux soins et d'orientation

IPA : Interpretative phenomenological analysis

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

ADDAP13 : Association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône

RDV : Rendez-vous

HAS : Haute autorité de santé

AME : Aide médicale d'état

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cet entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Je m'appelle Nawel Haji, je suis interne en médecine et je mène un travail qui s'intéresse à l'expérience en médecine générale des personnes issues de la population Rom. Le but de cet entretien est de mieux comprendre votre vécu, il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous êtes d'accord je vais enregistrer l'entretien sur mon téléphone et sur un dictaphone afin que je puisse le retranscrire ensuite. Toutes les données seront anonymisées et vos propos ne seront pas identifiables.

Êtes-vous toujours d'accord pour réaliser cet entretien ? Si vous avez des questions avant de commencer n'hésitez pas.

Présentation du participant : Âge, type de couverture maladie, durée de vie en France, catégorie socio-professionnelle.

Question initiant l'entretien : Pouvez-vous me (nous) raconter votre première expérience en médecine générale en ville ? Comment vous êtes-vous senti pendant cette consultation ?

Les relances étaient ensuite effectuées selon les réponses des personnes.

A partir du 3^e entretien, du fait des difficultés de réalisation d'un entretien ouvert (réponses fermées de la part des participants), une trame d'entretien a été réalisée (mixte ouvert/semi-dirigé) :

1. Comment s'est passé votre première consultation en médecine générale en ville ?
2. Pouvez-vous me raconter comment vous vous êtes senti pendant cette consultation ?
3. Retournez-vous toujours chez le même médecin généraliste ?
4. Qu'est-ce que vous attendez de votre médecin ?
5. Qu'est-ce qui peut être amélioré selon vous ?
6. Qu'elles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lorsque vous avez rencontré un médecin généraliste en ville ?

Fin d'entretien : Merci pour votre participation, souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments concernant votre expérience ou avez-vous des questions ?

Annexe 2 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
	Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1	Enquêteur/Animateur	Nawel HAJI
2	Titres académiques	Doctorante
3	Activité	Médecin remplaçant (post-internat immédiat)
4	Genre	Féminin
5	Expérience et formation	Novice en recherche qualitative
	Relations avec les participants	
6	Relation antérieure	Oui pour un des participants
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Motif de de la recherche
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Interne en médecine et bénévole de la mission squat et bidonvilles de MDM
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9	Orientation méthodologique et théorie	IPA
	Sélection des participants	
10	Échantillonnage	Homogène sur l'expérience vécue
11	Prise de contact	Face à face
12	Taille de l'échantillon	6
13	Non-participation	1
	Contexte	
14	Cadre de collecte de données	Domicile
15	Présence de non-participants	Oui, médiatrice de MDM et autres habitants du squat
16	Description de l'échantillon	Personnes issues de la communauté Rom habitant à Marseille, période d'août à septembre 2022
17	Guide d'entretien	Cf annexe 1, guide non testé au préalable puisque ouvert (une question)
18	Entretiens répétés	Non, un entretien par personne
19	Enregistrement	Audio (téléphone + dictaphone)
20	Cahier de terrain	Pas de notes pendant l'entretien, notes prises après les entretiens
21	Durée	Entre 24 et 50 minutes
22	Seuil de saturation	Pas de notion de saturation des données en IPA
23	Retour des retranscriptions	Non
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24	Nombre de personnes codant les données	2
25	Description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Thèmes identifiés à partir des données
27	Logiciel	Pas de logiciel utilisé
28	Vérification par les participants	Non
29	Citations présentées	Citations identifiées par le numéro du participant
30	Cohérence des données	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

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.