



HAL
open science

**Représentations des accompagnants sociaux des
demandeurs d'asile à propos du dépistage de l'hépatite
B proposé aux migrants : étude qualitative par focus
group dans les centres d'hébergement pour demandeurs
d'asile du bassin chambérien**

Roxane Vincens de Tapol, Clémence Adam

► **To cite this version:**

Roxane Vincens de Tapol, Clémence Adam. Représentations des accompagnants sociaux des demandeurs d'asile à propos du dépistage de l'hépatite B proposé aux migrants : étude qualitative par focus group dans les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile du bassin chambérien. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04390285

HAL Id: dumas-04390285

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04390285>

Submitted on 12 Jan 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**REPRÉSENTATIONS DES ACCOMPAGNANTS SOCIAUX DES DEMANDEURS
D'ASILE À PROPOS DU DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B PROPOSÉ AUX MIGRANTS :
ÉTUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT
POUR DEMANDEURS D'ASILE DU BASSIN CHAMBÉRIEN**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 19/12/2023

Par Mme Roxane VINCENS DE TAPOL

et

Mme Clémence ADAM

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Dr Marion CHAUVET

M. le Dr Bruno de GOËR (directeur de thèse)

Mme le Dr Alexie BOSCH (co-directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLUAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAÏN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à ce travail, et de la bienveillance dont vous avez su faire part durant notre cursus.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect.

A Madame le Docteur Marion Chauvet,

Pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, et pour votre investissement dans l'enseignement universitaire au sein du DMG.

Veillez recevoir nos sincères remerciements.

Au Monsieur le Docteur Bruno de Goër,

Ton engagement auprès des personnes en situation de vulnérabilité est une source d'inspiration. Il est à l'origine de ce travail de recherche, et une lumière que nous souhaitons suivre par la suite. Nous te remercions de nous avoir guidé dans cette expérience.

A Madame le Docteur Alexie Bosch,

Ton investissement dans le sujet a grandement inspiré ce travail. Nous saluons ton optimisme sans faille et te remercions de nous avoir accompagnées dans cette recherche.

Aux travailleurs sociaux des CADA de Chambéry qui ont accepté de participer à cette étude : un grand merci pour la richesse de ces temps de partage.

Merci Cendrine pour tes conseils et ton implication en termes de communication collective.

Nous remercions toutes les personnes qui ont éclairé de leur expérience et de leur bienveillance ce long parcours, parfois scabreux, qu'est l'internat...

A nos familles, merci d'être ce que vous êtes, d'avoir (en partie !) fait ce que nous sommes, et du soutien sans faille que vous constituez depuis toujours.

A nos ami(e)s proches, une prose ici sera bien inutile pour exprimer votre importance dans nos vies.

Spéciale dédicace à notre comité de relecture : Etienne, Raff, Philou, Bribri et Daddy ! Et à notre traductrice Eugé.

A nos conjoints et enfants(sss), merci pour votre soutien, et surtout votre patience... Vous allez ENFIN ne plus entendre parler de cette thèse !

Et pour finir, remercions-nous mutuellement ma Rox... Cette montagne qui nous paraissait infranchissable chacune de son côté... Ensemble on est plus fort ! A dit une grande philosophe de notre ère...

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	11
Glossaire	12
I. Introduction.....	14
II. Méthodologie.....	17
A) Type d'étude :	17
B) Population :	17
C) Recueil des données :.....	17
D) Analyse des données :.....	18
E) Aspects éthiques et réglementaires :.....	19
III. Résultats	20
A) Description de l'étude :	20
B) Résultats de l'analyse :	21
1) Contexte socio-politique et vécu du migrant	21
a) Contexte socio-politique	21
b) Le vécu du migrant :	23
2) Trouver la bonne posture :	29
a) La question du rôle	29
c) Relation travailleur social et demandeur d'asile : lien entre intimité de la santé et confiance	35
d) Le rapport au cadre :	37
e) Trouver du sens (pour investir le) au dépistage	40
3) Place du savoir dans l'accompagnement	42
a) Peurs par méconnaissance :	42
b) Partage des représentations avec les demandeurs d'asile.....	44
c) Savoir pour affronter ses peurs et déconstruire ses représentations	45
4) Changer de regard sur l'autre	46
a) S'adapter à l'autre.....	46
b) Favoriser le consentement :	52
c) Préférer un parcours spécifique :	54

d) Autres pistes d'amélioration évoquées :	55
IV. Discussion	57
A) Forces et limites de l'étude.....	57
B) Résultats principaux :	59
C) Interprétation des résultats, comparaison à la littérature :	60
D) Perspectives :.....	69
V. Conclusion	71
Bibliographie.....	74
Annexes	79
Résumé.....	177
Summary	178

Abréviations

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de

l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CESEDA : Code d'Entrée et du Séjour des Etrangers et Droit d'Asile

CHC : Carcinome hépato-cellulaire

CLAT : Centres de Lutte Anti-Tuberculose

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilé-e-s

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DA : Demandeurs d'asile

HAS : Haute Autorité de la Santé

HUDA : Hébergement d'Urgence de Demandeurs d'Asile

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

MNA : Mineurs Non-Accompagnés

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PRAHDA : Programme D'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Glossaire

Migrant : Une personne qui s'installe durablement dans un pays qui n'est pas celui dont elle est originaire. Nous utiliserons le terme de migrants pour désigner les personnes exilées, en évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

Droit d'asile : au sens de la Convention de Genève (1951), possibilité pour une personne persécutée ou menacée dans son pays de trouver refuge dans un autre pays. Il peut s'agir de persécutions fondées sur la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un certain groupe social, ou en raison d'actions menées en faveur de la liberté.

OFPRA : Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides, établissement public administratif sous tutelle du Ministère de l'Intérieur, statue en toute indépendance sur les demandes d'asile et de statut d'apatride qui lui sont soumises.

Demandeur d'asile : personne demandant la reconnaissance de qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, d'après la Convention de Genève. Dans l'attente de la décision de l'OFPRA et/ou la CNDA, les personnes demandant l'asile bénéficient du droit au séjour au regard du CESEDA (délivrance d'une attestation de demandeur d'asile) et des Conditions matérielles d'accueil (CMA).

CMA : Conditions matérielles d'accueil, dont l'attribution dépend de l'OFII. Elles sont constituées d'une allocation pour demandeur d'asile (ADA) et d'un hébergement (HUDA, CADA, PRAHDA), avec une domiciliation administrative.

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, est un foyer ou dispositif hôtelier spécialisé pour l'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande. Relevant de l'action sociale, ils sont financés par l'État à travers les préfetures de région qui en assurent la tarification. Enfin, la gestion est déléguée à une association ou une entreprise choisie au terme d'une procédure d'appels d'offres.

Les personnes hébergées sont accompagnées par des intervenants sociaux, tout au long de la procédure, pour les actes de la vie quotidienne et pour les démarches administratives, sociales et médicales.

Réfugié ou protégé subsidiaire : statut juridique d'une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'OFPRA et/ou la CNDA, assurant des garanties relevant de la protection sociale (notamment titre de séjour, droit au travail, regroupement familial).

Titre de séjour pour soins : il est possible d'engager une procédure d'admission au séjour pour soins auprès de l'OFII, en remplissant les critères suivants :

- être étranger,
- résider en France habituellement,
- un état de santé nécessitant une prise en charge médicale sans laquelle ladite santé serait gravement compromise,
- ne pas avoir accès au traitement approprié dans le pays d'origine.

I. Introduction

L'hépatite B est une infection virale à tropisme hépatique, fortement transmissible¹, associée à une morbi-mortalité élevée, à cause du risque d'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Il s'agit d'un problème de santé publique mondial. En effet en 2019(1), l'OMS estimait que 296 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique, que 820 000 décès étaient liés au VHB et qu'il y avait 1,5 million de nouvelles contaminations par an. Ainsi un programme mondial de lutte contre l'hépatite virale a été lancé avec pour objectif l'élimination des hépatites virales B (et C) en 2030.

Pourtant cette maladie est évitable, par l'existence principalement d'un vaccin efficace et de mesures de prévention. Il existe des traitements qui permettent de ralentir la progression vers la cirrhose, de réduire l'incidence des cancers du foie et d'améliorer la survie à long terme.

Tous les patients n'ont pas une indication de traitement. En effet, une majorité des patients sont porteurs inactifs du virus, il faut souvent plusieurs mois voir années de surveillance pour pouvoir statuer sur l'indication d'un traitement.

En France métropolitaine, la prévalence du portage chronique du VHB était de 0,30% en 2016(2), ce qui correspondait à 135 706 personnes. Parmi elles, 80% ignoraient leur statut.

Maladie souvent invisible du grand public, son dépistage est aujourd'hui insuffisant.

Si la prévalence de l'hépatite B reste limitée dans la population générale, elle se voit multipliée par 20 dans certaines populations migrantes(3).

Depuis plusieurs décennies, l'Europe est une terre d'accueil pour de nombreuses populations migrantes à la recherche de conditions de vie meilleures. En 2022, l'OFPRA a enregistré plus de 131254 demandes d'asiles(4). Ces chiffres connaissent des courbes croissantes depuis de nombreuses années, particulièrement depuis la crise Syrienne en 2015(5).

Les vulnérabilités des migrants sont multiples : psycho-traumatismes(6), difficultés économiques et politiques dans le pays d'origine et d'accueil, prévalence augmentée de certaines pathologies infectieuses (6). Il est admis que l'état de santé des migrants serait

¹ 50 à 100 fois plus transmissible que le VIH.

meilleur à l'arrivée sur le territoire, mais qu'il se dégraderait au fur et à mesure, du fait de situations sociale précaires et de difficultés d'accès aux soins(7).

A cela s'ajoutent les barrières linguistiques, culturelles, ainsi que la complexité du système administratif français. Ces fragilités majorent les difficultés d'accès au soin pour les demandeurs d'asile, particulièrement depuis que l'État exige une présence sur le territoire français d'au moins 3 mois avant d'octroyer les droits à la Sécurité Sociale².

La santé est un droit fondamental, « selon la loi et la déontologie, toute personne démunie doit recevoir les soins nécessaires dans l'ensemble des services de santé »(6). Mais la réalité pour les migrants est toute autre ; il existe de multiples obstacles à l'accès aux soins (complexité des procédures, manque de moyens, discrimination...).

Un des premiers contacts avec le système de soins est le bilan de santé³. Il est recommandé par le Ministère des solidarités et de la santé depuis une instruction de 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants(8). Ce bilan de santé comporte notamment un dépistage de tuberculose, du VIH et des hépatites virales. Il peut être effectué auprès de médecins généralistes ou dans des dispositifs de soins gratuits (PASS, CEGGID, CLAT, PMI).

Le dépistage de l'hépatite B chez les migrants soulève plusieurs questionnements de nature éthique. Souvent pratiqué dans les premiers mois suivant l'arrivée des migrants sur le territoire français, cela ne constitue probablement pas une priorité pour eux à ce moment-là. Est-ce le moment opportun pour un tel dépistage ? S'ajoutant à leurs problèmes de sécurité (logement, droit au séjour), cela peut même être générateur d'angoisse. Du fait des barrières culturelles et linguistiques, la question de l'autonomie, du consentement libre et éclairé des patient se pose également. Quand s'ajoute une possible confusion avec les obligations administratives, quelle place laisse-t-on à l'autonomie du migrant vis-à-vis de sa santé ? Enfin l'accès difficile à un traitement ou à un suivi optimal, questionne la validité même du dépistage du VHB, qui selon les critères de l'OMS, devrait être assujettit à la possibilité de mise en place d'un traitement(9).

² Les demandeurs d'asiles doivent pouvoir bénéficier, dans le cadre de leur demande de titre de séjour, de la protection universelle maladie (PUMA), ainsi que de la complémentaire santé solidaire (CSS) à compter de 3 mois et de soins urgents en attendant dans les PASS.

³ Ne pas confondre avec le bilan de santé recommandé pour les migrants et la « visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France » réalisée par l'OFII et obligatoire pour la délivrance de certains titres de séjour.

L'autorisation récente des TROD VHB communautaires(10) questionne la pratique de ce dépistage. Il pourrait être réalisé non seulement par les professionnels de santé (personnels du CEGGID, PASS, médecin généralistes) mais également par des personnes relevant du milieu associatif. Comment s'assurer alors que la filière de prise en charge de l'hépatite B restera adaptée sur le plan médical, social et administratif ?

Ces réflexions sur la pratique du dépistage de l'hépatite B chez les migrants ont été abordées lors du congrès de la SFLS en 2021 autour d'un débat intitulé « Grande précarité, exil – le dépistage VIH, hépatites : que du bénéf ? ». Elles se sont poursuivies lors d'échanges avec l'association iséroise Prométhée⁴(11) et ont participé à l'élaboration de cette recherche.

Les demandeurs d'asile sont accompagnés par des travailleurs sociaux dans leurs démarches administratives. Théoriquement ils doivent bénéficier des Conditions matérielles d'accueil, qui comprennent notamment un hébergement en centre spécialisé (HUDA, CADA, PRAHDA).

Les professionnels du centre d'hébergement ont, dans le champ de la santé(12), une mission d'information (fonctionnement du système de santé, règles de prévention sanitaire) et d'orientation. Ils doivent permettre aux demandeurs d'asile l'accès aux services de santé, en développant une collaboration avec les différents professionnels de santé et structures de soins.

Ainsi une visite médicale systématique est le plus souvent organisée dès l'admission par les professionnels du centre d'accueil, lors de laquelle les dépistages sont proposés.

L'acteur social devient un pilier et médiateur dans le parcours de soins de migrant.

Cette étude avait donc pour objectif principal de comprendre quelles étaient les représentations des accompagnateurs des demandeurs d'asile concernant le dépistage systématique de l'hépatite B, et leurs répercussions dans la pratique d'accompagnement.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les attentes des acteurs sociaux concernant les problématiques de santé, de faire du lien entre le social et le médical, et de mûrir une réflexion collective sur le dépistage de l'hépatite B en questionnant notre pratique.

⁴ Association de promotion de la santé du foie

II. Méthodologie

A) Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une approche d'analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Cette approche était particulièrement adaptée pour son caractère exploratoire.

Les données ont été recueillies à partir d'entretiens collectifs. Ces derniers ont l'avantage, par la dynamique de groupe, d'explorer les différents points de vue. Ils permettaient d'évaluer les expériences, les besoins, les attentes, les représentations des participants et du groupe, et ainsi de mûrir des réflexions collectives.

Les différents items de la grille COREQ(13) ont été évalués au cours de ce travail. (Annexe n°2)

B) Population :

L'échantillonnage a été raisonné et homogène.

Le recrutement a été réalisé au moyen d'échanges de mails avec les chefs de services des centres d'hébergement et était sur la base du volontariat.

La population cible était les personnes accompagnants les demandeurs d'asile, en lien avec eux dans les démarches de soins.

Le seul critère d'inclusion était d'accompagner les demandeurs d'asile dans leurs démarches de soins et de dépistage.

C) Recueil des données :

1) Statut des chercheuses :

Au moment de l'étude, les deux chercheuses venaient de finir leur internat de médecine générale. Cette étude était leur première expérience en recherche. Les chercheuses et les participants ne se connaissaient pas. Les participants avaient connaissance du statut des investigatrices.

2) Les entretiens collectifs semi-dirigés :

Les entretiens ont été réalisés selon la méthode des « focus group »⁵ sur le lieu de travail des participants, dans différents centres d'hébergement de demandeurs d'asile du bassin chambérien.

Les entretiens ont été structurés à partir d'un guide d'entretien comportant cinq questions ouvertes. Ce guide n'a pas été transmis aux participants.

Le premier entretien a été animé par une modératrice expérimentée. La modération d'un groupe est un exercice difficile. Cela a permis aux chercheuses de mener les entretiens suivants avec plus de facilité, notamment pour instaurer un climat de confiance avec les participants et répartir la parole.

Les suivants ont été menés par les deux investigatrices, l'une animant le temps d'échange grâce au guide d'entretien dans une posture d'écoute active, l'autre observant les échanges non verbaux, prenant des notes et s'occupant de la logistique et de la technique.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones, puis retranscrits intégralement et anonymisés.

Les données ont été recueillies jusqu'à une suffisance des données en fonction des moyens des chercheuses.

3) Journal de bord :

Les deux chercheuses partageaient un journal de bord tout au long de l'étude, permettant d'y inscrire leurs réflexions et de garder un esprit critique.

D) Analyse des données :

Les caractéristiques socio-professionnelles des participants ont été recueillies dans un tableau pour définir l'échantillon analysé (Tableau 1), puis anonymisées.

Les données des entretiens ont été analysées à l'aide du logiciel Word et d'un tableau Excel.

Tout d'abord, les deux investigatrices ont séparément donné des unités de sens (étiquetage) aux discours des participants.

⁵ Focus group : technique d'entretiens de groupe en recherche qualitative.

Puis la mise en commun des différents codes a permis d'élaborer des propriétés dynamiques, que les chercheuses ont utilisé pour construire des catégories.

Par la suite les chercheuses ont articulé les propriétés, les catégories entre elles pour leur donner une orientation et construire un modèle explicatif.

Il n'a pas été demandé aux participants un retour sur les résultats.

E) Aspects éthiques et réglementaires :

La demande d'engagement de conformité MR-004 a été déposée le 19/10/2022.

La participation à l'étude était libre et volontaire, le participant pouvant se retirer à tout moment.

Chaque entretien a été enregistré avec l'autorisation écrite et orale des participants.

Les enregistrements ont été retranscrits de façon anonyme et détruits après retranscription.

III. Résultats

A) Description de l'étude :

1) Déroulement de l'étude :

Les chercheuses ont réalisé ensemble, 3 entretiens collectifs entre octobre 2022 et décembre 2022. Par souci d'organisation et disponibilité des investigatrices et des participants, les entretiens ont dû être condensés sur cette courte période.

Les entretiens se sont déroulés au sein de trois centres d'hébergement du bassin chambérien. Ils comprenaient chacun 3 à 5 participants (12 participants au total).

La durée des entretiens était approximativement d'1h30.

Il y a eu un refus de la part d'un CADA, justifié par un manque de disponibilité.

Une personne n'a pas pu être présente lors du premier entretien.

2) Participants

Entretien	Pseudo	sexe	Age	profession	Temps à ce poste	Confrontation au dépistage VHB	Durée de l'entretien
1	A1	M	32	Intervenante sociale	4 ans	oui	1h58
	A2	F	36	Chargée d'insertion socio-professionnelle	8 mois	oui	
	A3	F	37	Juriste	1 an	oui	
	A4	F	24	Intervenante sociale	6 mois	oui	
	A5	F	56	Chargée insertion socio-professionnelle	5ans	non	
2	B1	F	23	Intervenante sociale	1 an	oui	1h15
	B2	F	24	Intervenante sociale	2,5 mois	non	
	B3	F	36	Éduc-spé CADA	1 an	non	
3	C1	F	48	Intervenante sociale	5 ans	oui	1h45
	C2	F	36	Intervenante sociale	4 ans	oui	
	C3	F	38	Intervenante sociale	4 ans	oui	
	C4	F	31	Infirmière en médiation et coordination réseau intermed	2,5 ans	oui	

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participantes

B) Résultats de l'analyse :

Les représentations des accompagnateurs du dépistage de l'hépatite B s'articulaient autour de plusieurs axes. Tout d'abord le contexte socio-économique dans lequel il était réalisé et leur vision du vécu du migrant.

Ils se questionnaient également sur leur posture professionnelle : les rôles à endosser, la relation de confiance avec le demandeur d'asile, le rapport au cadre, trouver du sens pour investir le dépistage.

Un manque de connaissance en matière de santé semblait être à l'origine de nombreuses peurs, révélant l'influence du savoir dans l'accompagnement.

Enfin, ils évoquaient un besoin de changer de regard pour recentrer le migrant au centre de la prise en charge.

1) Contexte socio-politique et vécu du migrant

a) Contexte socio-politique

A propos du dépistage, les travailleurs sociaux décrivaient un climat de tension vis-à-vis des institutions politiques et du monde médical, avec des exigences en santé qui ne prenaient pas en compte la réalité du terrain.

Cette réalité de terrain se caractérisait, entre autres, par un manque de moyen lié à des restrictions budgétaires et la saturation des structures de soin :

Entretien 1 page 128 lignes 24-26 « Et le problème c'est qu'avec les restrictions budgétaires dans le secteur social, l'infirmière, le poste d'infirmière n'a pas été remplacé, et d'habitude ça servait un peu à ça aussi, le côté pluridisciplinaire »

Entretien 2 page 141 lignes 33-34 « Non, je crois qu'on m'avait dit qu'il n'y avait vraiment plus de place à la PASS, que c'était un peu chaud, qu'ils étaient un peu sous l'eau quoi »

A cela s'ajoutait une problématique d'accès aux prestations de l'assurance maladie, récemment aggravée par une réforme d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile :

Entretien 1 page 136 lignes 26-30 « Parce qu'en plus les personnes primo-arrivantes, elles subissent le fait que pendant 3 mois, il y a aucun droit possible et imaginable, nécessairement c'est vers la PASS qu'elles sont dirigées mais du coup je trouve que c'est euh... enfin ouais c'est je sais pas, c'est, là encore il y a une contradiction avec ben voilà une politique ambitieuse du dépistage et le fait qu'on coupe des droits à ces personnes-là quoi, ça va pas dans le même sens. »

Ces difficultés venaient accroître les inégalités d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile, auxquelles les acteurs sociaux devaient s'adapter. Ces inégalités en santé étaient perçues comme une véritable perte de chance pour les migrants.

Entretien 3 page 157 lignes 50-52 « Après on oriente surtout des francophones là-bas, parce qu'ils n'ont pas de moyens d'interprétariat, donc déjà malheureusement ça sélectionne quand même, ils n'ont pas tous les mêmes chances, on va dire »

Les acteurs sociaux interrogés avaient ainsi l'impression de devoir pallier aux carences du système, en travaillant de manière précaire pour des personnes précaires.

Entretien 1 page 136 lignes 17-19 « Mais pas encore une fois nous faire peser les carences du système parce qu'effectivement comme tu le dis c'est pas vraiment notre rôle quoi ! On est à l'interface de pleins de choses »

Entretien 1 page 129 lignes 2-3 « Nous c'est de la précarité quoi, c'est de la précarité à tous les niveaux. C'est de la précarité aussi face à... aux soins »

Alors même qu'ils décrivaient ce terrain peu propice, ils se sentaient sous pression des Institutions, avec notamment des injonctions à orienter rapidement vers le dépistage.

Entretien 1 page 131 lignes 32-33 « Des fois nous on a envie d'aller vite par ce que ça fait partie du cahier des charges que les gens soient suivis, soient testés etc.... »

Entretien 1 page 132 lignes 1-3 « C'est vrai, on a un peu l'impression de ça en ce moment, il fallait absolument qu'ils aient un médecin traitant, alors on prend des rendez-vous, ils n'avaient pas grand-chose mais il faut avoir le papier du médecin traitant. Pfff C'est vrai que c'est un peu lourd. (Soupire) »

Les acteurs sociaux regrettaient également un manque de considération de la part du corps médical pour la réalité pratique des personnes accompagnées, les prises en charge ou consignes préconisées par les médecins étant irréalisables au quotidien.

Entretien 1 page 128 lignes 49-52 : « parfois ils font un peu une liste ou une explication de ce qui se passe dans la prise en charge, le médecin va le faire, et quand on regarde on se dit « mais en fait c'est pas du tout compatible avec l'environnement de la personne, ça ne peut pas se mettre en place ». Tous les gestes de précaution etc, je pense qu'ils se rendent pas compte quoi »

b) Le vécu du migrant :

Au-delà du contexte institutionnel, extérieur au migrant, l'expérience vécue des demandeurs d'asile (leur rapport à la santé, leur ressenti vis-à-vis des procédures administratives) peut avoir un impact sur la manière dont s'organisent les dépistages.

i. Leur rapport à la santé :

Les travailleurs sociaux décrivaient la santé comme sacralisée par certains demandeurs d'asile, car souvent inaccessible dans leur pays d'origine.

Entretien 2 page 143 lignes 45-46 : « La santé a beaucoup d'impact sur les gens qui, souvent, ont pas forcément accès aux soins dans leur pays. »

Ils voulaient jouir de ce droit nouveau : s'occuper de leur santé.

Entretien 1 page 132 lignes 19-22 : « ils découvrent le soin, en plus le soin gratuit, par ce qu'il y a une telle Euh c'est un droit d'accéder aux soins et du coup que ça soit la gratuité du soin alors que là-bas ça coûte très cher... Les médicaments c'est très cher. Euh du coup c'est génial, ils disent hein « c'est le paradis quoi, c'est trop bien »

Au sein de leur parcours migratoire, c'était à l'arrivée au CADA qu'il y aurait « tout qui lâche ». La santé constituait donc une manière de poser bagage, de s'ancrer.

Entretien 2 page 146 lignes 33-36 « ... des fois ils se posent, et puis d'un coup ça lâche un peu et ils ont besoin, souvent, régulièrement de voir des médecins, rapidement parce qu'ils ont pleins de douleurs, et qu'ils sentent que ça y est c'est bon ils peuvent se poser et c'est le moment où ils peuvent avoir accès »

Entretien 2 page 146 lignes 36-39 : « Je trouve que la place du soin dans la migration c'est hyper important, parce que tout le monde n'a pas la chance d'avoir le système de santé qu'on a en France et c'est chouette, je pense que ça fait partie de leur arrivée complètement, le fait d'avoir accès aux soins. »

Ils exprimaient un besoin d'être soulagé, d'être pris en charge par des soignants, des personnes à qui ils vouaient une confiance aveugle, jusqu'à s'abandonner dans le soin, et ne montraient pas de résistance aux dépistages.

Entretien 2 page 150 lignes 30-32 : « Eux c'est lié à une douleur le soin, donc en fait c'est « j'ai mal aux dents depuis 3 mois, j'en peux plus, trouvez-moi quelqu'un » ou alors c'est « là j'ai des maux de têtes tout le temps, j'ai hyper mal au dos, j'arrive plus à me lever le matin. » C'est vraiment du douloureux. »

Entretien 3 page 162 lignes 16-18 : « Voilà moi franchement j'ai jamais eu beaucoup de résistance par rapport à ça, j'ai toujours eu des gens qui avaient besoin de se faire entre guillemets cajoler quoi, ils avaient besoin de prendre soins d'eux, c'est-à-dire d'aller chez le médecin »

La santé apparaissait comme un besoin fondamental dans le parcours de demande d'asile. Prisonniers de leurs maux, les demandeurs d'asile devaient d'abord satisfaire leur besoin en santé pour pouvoir avancer, la bonne santé donnant les armes pour le combat administratif.

Entretien 3 page 166 lignes 13-21 : « On sait aussi que quand ils vont mieux, ils arrivent mieux à être sur le front en fait, pour les problèmes administratifs [...] parce que si la personne est trop abattue, trop fatiguée pour pouvoir parler de son parcours et être au clair avec ça, elle ne va pas arriver à défendre un titre à la CMDA ou à l'OFPPRA. Alors que quand on les sent mieux accompagnés sur le plan de la santé et du coup, sur tout en fait, sur tous les plans, ils vont mieux, ils se sentent plus armés, plus forts quoi, pour affronter les difficultés.

ii. Un vécu violent

Alors que l'accès au système de soins est, comme on vient de le voir, perçu comme une aubaine par les demandeurs d'asile, le dépistage les confronterait au contraire à de multiples violences.

- Privation de liberté :

Le dépistage systématique était perçu comme imposé, constituant une entrave à la liberté de choisir.

Entretien 2 page 139 lignes 29-33 : « ... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance au médecin quand il leur dit : « ça, ce serait bien ». Quelle liberté ils se laissent de dire : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce que c'est cette maladie ? ». Enfin y'en a plein j'trouve c'est un peu... On en avait accompagné plusieurs à l'ESP, ce n'était pas fou hein, c'était compliqué. »

Face à cette pression des Institutions à dépister rapidement, les travailleurs sociaux décrivaient une attitude de soumission dans le soin de la part des migrants. Le dépistage était souvent vécu comme une injonction administrative, confondue avec celles de leur parcours d'asile.

Entretien 3 page 162 lignes 6-10 : « Globalement ils sont quand même assez soumis. [...] Soumis ce n'est pas notre souhait, mais c'est peut-être la manière dont la loi aussi française peut les orienter, et je trouve que de manière générale, euh.... Ils ont quand même pas beaucoup de choix, ils ont pas de choix. »

Entretien 1 page 137 lignes 33-39 : « Oui parce qu'il faut savoir aussi que dans le parcours d'asile, c'est très strict, ils n'ont pas le droit à une erreur. [...] On leur demande de coopérer avec les autorités administratives, et en fait des fois on leurs met tout d'un coup le soin, et je ne sais pas s'ils savent qu'ils ont le droit de dire non pour le coup. »

Pourtant les acteurs sociaux concevaient le soin comme un droit et non un devoir.

Entretien 1 page 132 lignes 44-47 : « Parce qu'en plus le soin il n'est pas obligatoire. Ce n'est pas une prison, ils ont rien fait de mal. Ça doit rester quand même volontaire. [...] Si la personne elle a envie d'être malade et de ne pas se soigner c'est un droit, de mourir de sa maladie, sans soins »

- Peurs :

Le concept de la peur revenait beaucoup dans le discours.

Il semblait naître chez les migrants à la fois des représentations de leur corps, des idées qu'ils se faisaient des soins (craindre un geste invasif) et du système hospitalier.

Entretien 1 page 131 lignes 38-39 : « Il y en a qui disent « qu'est-ce qu'ils vont faire avec mon sang ? » et « ils vont faire des choses » et c'est impossible. »

Entretien 1 page 126 lignes 18-20 : « La PASS à savoir à Chambéry elle est à l'hôpital, donc c'est dans le euh... [...] oui, mais quand tu dis que c'est impressionnant, y'a ce paramètre aussi euh... »

Le manque de compréhension, pour des personnes qui ne parlent généralement pas français, était perçu comme anxiogène.

Entretien 1 page 133 lignes 5-21: « C'est très difficile de communiquer, sans interprète ce n'est pas possible de leurs expliquer les choses quoi... [...] Et ça c'est très, très angoissant, je trouve pour eux [...] et c'est d'autant plus angoissant qu'ils ne comprennent pas de quoi on leurs parle, et c'est ça l'ennui »

L'annonce des résultats était également génératrice d'angoisse pour le demandeur d'asile.

Entretien 3 page 168 lignes 15-17 : « Bah après ça les affole un peu en plus ! Ils ont leurs résultats, parce qu'ils les reçoivent dans le courrier. Ils ont leurs résultats : (imitant les demandeurs d'asile) « Positif à l'hépatite B, alors qu'est-ce que ça veut dire ?? » (Rire nerveux) »

- Ne pas respecter l'autre :

Le respect de l'identité singulière de la personne semblait être une notion importante pour les travailleurs sociaux. Dans ce sens, le dépistage systématique imposé aux migrants sans prendre en compte leur culture, leurs croyances constituait une nouvelle forme de violence.

Entretien 1 page 123 lignes 14-19 : « C'est de l'intrusion le dépistage systématique [...] on enlève la culture de la personne, c'est-à-dire euh, là où le médical n'existe... existe mais autrement, on vient l'imposer à la personne sans prendre en considération qui elle est. Donc je trouve que c'est hyper intrusif. Et c'est-à-dire que la personne peut avoir devant un médecin ou un corps médical un discours, et le médecin va... c'est deux mondes qui ne se croisent pas (Rires) »

Ayant des représentations de la santé et du soin différentes, les demandeurs d'asile ne comprenaient pas le principe de dépistage comme un acte préventif.

L'absence de symptômes était synonyme de bonne santé, et le dépistage pouvait être perçu comme un geste qui rend malade. Cela était souvent influencé par leurs croyances.

Entretien 2 page 148 lignes 23-24 : « et du coup ce n'est pas forcément évident de les concentrer sur le soin quand, en fait, ils sentent pas de symptômes « ben non mais pour quoi faire ? »

Entretien 3 page 161 ligne 19 : « C'est la recherche qui va amener la maladie peut-être. »

Entretien 3 page 167 lignes 26-27 : « Moi j'avais même des personnes qui me disaient « Dieu m'en préserve de cette maladie » Oh lala ils disaient ! (Rire) »

Leurs représentations concernant leur corps, la santé, leurs habitudes de soin s'entrechoquaient avec les représentations du soin en France.

Entretien 3 page 161 lignes 8-13 : « je sais pas comment ils font dans leurs pays, si des fois on attend d'être malade pour se soigner, on attend de ressentir une douleur, ou quelque chose qui n'est pas normal pour se soigner. Ici ils arrivent, on leur dit « bon ben vous allez faire un dépistage, alors dépistage ça veut dire qu'on va vous analyser pour voir si quelque chose ne va pas » et si dans leurs pays on attend de voir si quelque chose ne va pas, et si là on cherche ce qui va pas, et qu'est-ce que ça peut représenter ? »

Entretien 1 page 131 lignes 35-37 : « Ça c'est vrai qu'il y a un rapport au corps différent. Moi je pense à un monsieur qui avait suivi des... Pour lequel il était impossible de proposer du soin, enfin en tout cas le fait de toucher à son corps était impossible et ça, ça peut arriver aussi. »

2) Trouver la bonne posture :

a) La question du rôle

Face aux problématiques de santé, les acteurs sociaux questionnaient leur place.

La notion de rôle, « c'est mon rôle », « ce n'est pas mon rôle », revenait souvent dans le discours.

i. S'investir d'une mission :

Les travailleurs sociaux décrivaient l'accompagnement vers le dépistage comme une de leurs missions principales. Ils le vivaient comme un devoir « de faire ».

Entretien 3 page 158 lignes 38-39 : « ... Nous on est dans l'accompagnement social global, donc ça veut dire que ça englobe le médical, l'accès aux soins « plus plus », ça c'est super important. »

Entretien 3 page 155 lignes 3-4 : « Alors moi pour ce qui est dépistage, ça fait partie d'un, ben voilà quand les gens arrivent effectivement tous ces dépistages c'est quelque chose qui doit être fait. »

En découlaient, une mission de contrôle et de surveillance de la réalisation des dépistages.

Entretien 1 page 124 lignes 3-5 : « Y'a les deux profils. Nous dès qu'on les oriente, on va nous dire « attention on a engagé aucune démarche de soin », ok dans ce cas-là, le réflexe c'est d'appeler tout de suite la PASS pour prendre rdv rapidement ; et qu'ils engagent le dépistage. »

Entretien 3 page 158 lignes 47-50 : « Et du coup c'est aussi à nous de veiller si les personnes elles ne reviennent pas vers nous, de bien prendre les rendez-vous, en tout cas d'accompagner la personne au laboratoire, enfin qu'elle y aille bien, parce que des fois le médecin, c'est pas lui qui va relancer en disant « hé ho vous avez pas fait votre prise de sang ? », oui je trouve que ça fait partie de notre job de surveiller tout ça »

Si les résultats revenaient positifs, la mission de protéger les autres incombait aux accompagnateurs sociaux. Ils exprimaient des difficultés dans cette tâche, du fait des limites de leurs compétences en santé et des réalités du terrain (barrière culturelle, collectivité...).

Entretien 1 page 128 lignes 44-46 : « Comment on intègre aussi le fait que, voilà on est dans du collectif, il est en contact avec énormément de personnes, et y'a pas de geste, en tout cas de précaution qui sont respectées... »

ii. Être poussé en dehors de ses compétences :

Tous les accompagnateurs sociaux se sentaient contraint d'endosser des rôles qui n'étaient pas les leurs. Cela était dû en partie à leur position d'intermédiaire. Ainsi ils témoignaient de difficultés à trouver la bonne posture vis-à-vis du migrant.

Entretien 1 page 130 lignes 21-22 : « De façon générale, on est toujours un peu dans cette « entre deux ». On est un peu entre les médecins et les usagés. »

Ils estimaient agir en dehors de leurs compétences, lorsqu'ils étaient sollicités pour :

- Faire la traduction :

Entretien 2 page 145 lignes 26-31 : «Moi les seules fois où on m'a demandé d'accompagner, c'était pour faire la traductrice.... Sauf que je ne parle pas la langue de la personne qui est à côté de moi, du coup c'était un peu euh.... Ouais je suis un peu d'accord sur ce que tu dis, on se repose un peu beaucoup - enfin certains professionnels, pas tous - mais on se repose beaucoup sur nous en mode « bah traduisez nous s'il vous plait », bah je ne parle pas pachou je ne parle pas dari je ne parle pas.... Plein de choses quoi ! (Rires) Du coup c'est un peu compliqué pour ça franchement. »

- Annoncer les résultats des dépistages ; venant interroger leur capacité à dire non :

Entretien 1 page 129 lignes 35-41 : « Les diagnostics, moi je ne suis pas sensé m'en charger, je suis pas sensé les annoncer et donc du coup je suis là, ils sont là , à me regarder (rires du groupe), à se demander qu'est-ce que c'est ce papier, puis finalement ils ont compris que c'était l'hôpital , et heu et du coup je me dis est-ce que je dois leur dire... je dis « je pense que c'est négatif » ou alors C'est pas tout à fait mon rôle »

Entretien 3 page 168 lignes 46-46 : « Ce que je trouve inconfortable c'est que, parfois finalement c'est nous qui sommes amenées à rendre un résultat à quelqu'un alors qu'on ne maîtrise pas la maladie. »

- Faire de l'éducation en santé dans les suites des dépistages :

Entretien 1 page 128 lignes 10-13 ; 19-21 : « Et puis en même temps y'a eu un moment donné je me suis dit « merde, on est pas docteur quoi, c'est pas à nous de le dire », de l'appréhension, j'avais envie que y'ait vraiment, à un moment donné, une concertation collective, et que ce soit pas à nous à lui dire en fait euh...[...] Et j'avais trouvé ça pas très juste que ce soit nous qui nous tapions ce rôle-là, parce qu'en plus, en termes d'arguments, on peut en avoir, mais on les a pas tous, c'est-à-dire que niveau de la santé c'est pas nos compétences et... »

Associé à cette notion de « mauvais rôle », les acteurs sociaux se sentaient acculés par les responsabilités.

Entretien 1 page 130 lignes 26-32 : « Pareils parfois on a des ordonnances, on est là comme tu dis quand ils vont à la PASS pour des examens, ben des fois on reste, des fois on ne reste pas, mais après les soignants viennent nous dire à nous « Ah ben il va y avoir tel traitement à faire » et nous on est obligé de faire le lien. J'ai eu il y a pas longtemps, cet exercice-là, et ben on doit apprendre à les voir garder les médicaments, leur expliquer qu'il va falloir prendre ça à tel moment et attention ça risque de faire ça si vous en prenez trop. C'est à nous de faire ça et c'est vrai qu'il faut pas qu'on leur dise des bêtises, et ils peuvent très bien se retourner contre nous à un moment, pour nous dire « hein vous m'avez dit ça ». »

Ils exprimaient un sentiment de solitude face aux tâches nombreuses et complexes qu'impliquait leur travail auprès des migrants. Ils se sentaient souvent impuissants.

Entretien 2 page 145 lignes 17-19 : « Ouais, bah parce qu'en fait euh... Je trouvais que je suis allée au-delà de mes missions de base et du coup j'ai pas pu donner une partie de mes missions à d'autres professionnels, et ça c'était hyper dur. Enfin je me sentais vraiment seule. »

Il en découlait une attitude de retrait par rapport aux soins, les travailleurs sociaux préférant passer la main vers les personnes ou structures compétentes.

Entretien 3 page 144 lignes 43-45 : « ... en fait je me dis c'est le médecin qui gère quoi [...] Voilà ouais, et plutôt de la responsabilité des médecins. Et moi je participe entre guillemets parce que j'oriente la personne vers du coup un médecin pour la visite d'entrée. Après je me dis c'est le médecin qui gère quoi. »

iii. S'investir ensemble : le besoin d'interdisciplinarité

Face à ce sentiment de solitude, s'investir ensemble semblait être une notion importante, permettant de s'appuyer sur d'autres compétences, de laisser la main.

Entretien 3 page 155 lignes 42-44 : « Mais c'est vrai comme tu disais on fait vachement confiance aux médecins avec lesquels on travaille. Et en fait ils assurent, donc on sait que s'il y a quelque chose. (C3 : complètement !) »

Entretien 1 page 122 lignes 1-3 : « Bah je crois que ça complète... Moi j'ai écrit « prise en charge » parce que du coup il y a une prise en charge qui doit être faite notamment par nous, puis bah par le personnel médical [...] Du coup la prise en charge elle est sur plusieurs niveaux, nous, les professionnels et eux, de leur côté. »

Face à leurs difficultés, les travailleurs sociaux exprimaient aussi le besoin d'entraide, de solidarité interprofessionnelle. Le travail d'équipe constituait pour eux un maillage réconfortant.

Entretien 2 page 145 lignes 21-23 : « Mais ouais, enfin je trouve qu'on doit s'entraider tous en tant que professionnels peu importe les horizons, pour qu'on fasse avancer la famille, l'utilisateur, vers une autonomie, qu'il puisse se sentir en confiance mais avec tous les acteurs, parce que un c'est trop lourd à porter quoi. Voilà. »

Il s'agissait aussi d'optimiser la répartition des rôles, afin de rééquilibrer le partage des responsabilités (entre les différents intervenants.)

Entretien 1 page 136 lignes 41-45 : « Par exemple en mettant un moyen, des moyens sur un médiateur santé, tout le monde est gagnant parce que nous ça nous fait gagner du temps, par exemple sur autre chose, on fera d'autre chose mieux. Et vous les médecins et ben vous allez gagner du temps aussi, même si c'est, j'ai l'impression on veut faire des économies de partout au final, on se marche tous dessus pour faire du boulot à moitié quoi ... »

Entretien 2 page 146 lignes 24-26 : « Je trouve que les rendez-vous en général à la PASS, je trouve ça chouette qu'ils prennent en lien ce lien-là, parce que très souvent les gens auraient tendance à nous demander le numéro du CADA, nos coordonnées à nous pour passer systématiquement avec nous, et je trouve ça hyper chouette quand en fait ben des fois on sait pas « Ah tu as ce rendez-vous à la PASS, mais tu sais pour quoi ? Non mais c'est A (l'infirmière de la PASS) elle m'a dit je crois que c'est ça, je suis pas sûr »

Favoriser l'interdisciplinarité, était vu par les travailleurs sociaux, comme bénéfique pour la transmission des messages de prévention, en harmonisant l'information et en améliorant le partage de l'information.

Entretien 1 page 134 lignes 48-49 : « Moi j'ai mis : « Harmoniser les informations », ça me paraît important. Entre les différents acteurs , les médecins, tous les travailleurs sociaux, après qui qui travaillent avec la personne, voilà . »

Entretien 1 page 129 lignes 18-19 : « Et ça pour moi ça ne pouvait pas être qu'une parole dans un lieu, il fallait que ce soit un peu toutes les différentes compétences qui soient autour de lui qui lui disent... »

c) Relation travailleur social et demandeur d'asile : lien entre intimité de la santé et confiance

i. Exercer dans l'intimité :

L'intimité dans la relation travailleur social/demandeur d'asile, était vécue comme inconfortable par certains, du fait notamment de la charge émotionnelle, la charge d'âme que cela impliquait. Cela s'assimilait au concept d'épuisement de l'aidant.

Entretien 2 page 145 lignes 50-52 ; page 146 lignes 13-14 : « Et par rapport à mon expérience précédente, j'ai l'impression de faire partie de la famille, de faire partie de ... ouais de leur cocon et ... Parce que je connaissais tout de A à Z de leur vie, et au bout d'un moment c'était trop oppressant. Enfin ça je supportais pas du tout, parce que du coup ils n'arrivaient pas à faire le détachement, et c'était difficile quoi. [...] Enfin au niveau de la santé c'était quelque chose que je n'aimais pas trop. (Rires nerveux) Enfin voilà. »

Entretien 2 page 14 lignes 49-51 « Enfin, je sais pas comment me positionner face à ça. Et déjà qu'on est beaucoup avec les usagers dans le quotidien, en

plus si on est au niveau de la santé, je trouve qu'on est encore plus dans leur vie.»

Pour d'autres l'intimité était nécessaire à la création d'un lien privilégié : l'intime permet la rencontre, elle révèle la personne dans sa globalité.

Entretien 1 page 135 lignes 3-8 : « Ben on se plonge au cœur de leur culture (ton de l'humour) à ce moment-là, on les saisi un peu mieux, là où ils pourraient faire du paraître, face à la santé ils sont beaucoup moins dans le paraître et on arrive beaucoup plus à intégrer leurs cultures et du coup, dans leurs incompréhensions de ce qui se passe, dans la peur, on le prend ensemble et qu'est-ce qu'on va faire avec ? Et du coup je trouve que vraiment dans la santé, dans le secteur de la santé, on se plonge vraiment dans leurs croyances, dans leurs cultures... »

ii. Confiance au cœur du lien entre TS et DA :

La notion de confiance dans la relation était évoquée comme fondamental pour aborder la santé. Ce climat de confiance était lui-même favorisé par le fait d'aborder ces questions intimes.

Entretien 3 page 166 lignes 43-48 : « Et puis des fois c'est peut-être ça aussi... C'est par ce biais-là qu'on arrive à commencer la relation de confiance avec la personne. Parce que, du coup, la personne elle vient nous dire une fois, deux fois : « ça ne va pas, j'ai mal à la tête, j'ai ci j'ai ça » Et là, au bout de la deuxième fois peut-être, on va commencer vraiment à insister, à rester avec et dire « ah bah, je sais ce que tu ressens ». Et on va commencer à tout mettre en place pour que... Pour que ça aille quoi. Mais la santé c'est... C'est un des points d'accroche des personnes »

Ainsi les acteurs sociaux, souvent assimilé à la personne de confiance, devaient se sentir dignes de cette confiance.

Entretien 1 page 135 lignes 26-28 : « Parce qu'il y a un lien privilégié, ils savent que voilà , quand il y a besoin c'est nous qu'ils appellent, c'est nous , enfin quand il y a une difficulté quand il y a une question, quand il y a quelque chose ils ont repéré que on était la personne un peu référente pour leur apporter de l'aide... voilà »

Entretien 1 page 135 lignes 23-24 : « il y a la notion de confiance qu'ils mettent en nous [...] ils s'en remettent à nous en fait, donc euh... C'est important pour eux, c'est important, je veux dire c'est une responsabilité pour nous aussi donc ... »

d) Le rapport au cadre :

Dans l'approche du dépistage, les travailleurs sociaux montraient une certaine ambivalence vis-à-vis du cadre.

i. Cadre sécurisant / rester dans le cadre :

Le cadre pouvait être vécu comme sécurisant.

Ce besoin de cadre pouvait se traduire par un souhait de suivre des procédures bien tracées, voir automatisées, afin de prévenir les erreurs, et ainsi d'être sécurisés dans leurs actions.

Entretien 1 page 126 lignes 29-33 : « Du coup ensuite, on accueille la personne dès qu'elle arrive, à ce moment-là on va poser des règles, et tout, de comment ça va se passer au CADA, et durant ce moment on va poser des questions. Parmi ces questions il y a, bah, à partir du moment où ils ont déposé l'asile, est-ce qu'ils ont fait telle ou telle démarche de santé, est-ce qu'ils ont déjà eu la radio des poumons, s'ils ont déjà fait des dépistages, tout ça... »

Entretien 3 page 156 lignes 9-13 : « D'où l'intérêt de savoir, qu'est-ce qu'il y a à dépister euh... Et comment et que ça soit presque un automatisme. [...] tu vois comme tu disais « moi ça fait pas partie forcément de ma check-list », ni moi d'ailleurs et du coup qu'on se dise « ah ouais mais attends quand même là, il y a eu un oubli » »

Pour certains, le besoin de cadre se manifestait par l'importance qu'ils accordaient au respect du secret médical.

Entretien 1 page 131 lignes 15-17 : « Moi je fais une lecture. Quand ils me disent, « mais ça veut dire quoi hépatite B », moi je dis « ben je ne sais pas » « tu verras avec ton médecin » c'est écrit hépatite B machin, hépatite A machin... on fait une lecture et quand ils me disent « mais ça veut dire quoi ? », je dis « je ne sais pas »

Entretien 1 page 126 lignes 7-10 : « Systématiquement dans l'accueil on leur demande, en sachant qu'on leur dit qu'ils ont le droit de pas nous répondre. Parce que le secret médical c'est quelque chose qui est très français et du coup ils découvrent un peu ce côté confidentialité de mon corps, de mon état de santé, et comme c'est un droit fondamental en France, on accentue un peu. »

Parfois, c'est le caractère obligatoire du dépistage qui constituait ce cadre rassurant, et qui permettait aussi de ne pas endosser la responsabilité des injonctions au dépistage.

Entretien 3 page 162 lignes 46-47 : « Moi je dis un peu que c'est obligé, obligatoire la visite médicale d'entrée, que c'est dans tous les CADA, les personnes elles ont une visite avec le médecin. »

ii. Cadre contraignant / sortir du cadre :

Les travailleurs sociaux percevaient également le cadre comme trop rigide pour pouvoir répondre aux attentes des demandeurs d'asile.

Afin d'accompagner au mieux, il était nécessaire de prendre du recul par rapport à ce cadre, de le remettre en question, de s'en libérer.

Cette prise de recul pouvait concerner le caractère obligatoire du dépistage.

Entretien 1 page 132 lignes 51-52 : « Et quand tu prends un peu de recul, tu te dis mais c'est vrai de quoi ? Si la personne elle refuse, elle refuse. On n'a pas le droit de la menotter pour l'amener à la PASS. »

Le secret médical mettait en lumière cette notion d'ambivalence vis-à-vis du cadre, les acteurs sociaux ayant conscience de son importance mais se questionnant sur les difficultés à le respecter en toute circonstances au sein du CADA.

Entretien 1 page 123 lignes 10-15 : « moi ça me fait penser au secret médical, moi ça m'interpelle toujours un peu parce que du coup ils ne sont pas obligés de tout nous dire normalement [...] Et puis il y a ce secret médical qu'on doit respecter en même temps, on doit jongler avec et ce n'est pas forcément facile »

Entretien 3 page 172 lignes 45-51 : « Mais dans l'intérêt du patient il est important pour les intervenants sociaux de savoir ce que peut avoir le patient. Et moi je fais pareil avec vous. Quand pour moi c'est important que vous sachiez quelque chose, je vous le dis [...] Mais c'est vrai que parfois, si tu creuses, on n'est pas dans les clous on niveau du secret professionnel. »

e) Trouver du sens (pour investir le) au dépistage

La question du sens du dépistage était évoquée à plusieurs reprises.

Pour certains, le dépistage avait du sens car il était obligatoire.

Entretien 3 page 165 lignes 51-52 ; page 166 lignes 4-6 : « Après je ne sais pas, moi quand je suis arrivée sur les CADA - j'étais en Haute Savoie à Rumilly, on envoyait systématiquement toutes les personnes au CLAT...[...]...C'était quelque chose de très formalisé...[...]... On savait qu'il y avait dépistage tuberculose du coup pour moi c'est beaucoup plus euh... Enfin j'ai beaucoup plus d'attention sur ce dépistage de tuberculose que sur l'hépatite B [...] On donne plus de sens »

Pour d'autres, c'est d'en avoir fait l'expérience qui les avait convaincus.

Entretien 2 page 143 lignes 27-30 : « Enfin je veux dire, à la rigueur la tuberculose c'est le seul truc qu'est obligatoire, ça prend du sens pour moi parce que y'a déjà un gars qui l'avait eu, toute la coloc était un peu en stand-by, ça peut être dangereux, ça peut être grave, il peut y avoir des suites. Et ça peut se refiler hyper vite sur une coloc. Donc ça OK, ça je peux entendre »

La plupart des travailleurs sociaux s'entendaient sur un fait : le dépistage n'avait de sens que s'il était suivi d'une action (traitement, suivi).

Entretien 2 p148 lignes 27-32 : « ben toujours dans le cas de l'hépatite A, qui a été découverte pour un résident. Ben du coup c'était cool, parce qu'elle a été découverte et j'imagine qu'elle a pas été découverte avant et donc il a pu avoir le traitement. [...] oui mais du coup le dépistage, en fait le fait que quand il arrive ici, qu'il se fasse dépister, qu'ils la trouvent, ben en France ici et qu'après ils lui proposent le traitement adéquat, ça c'est cool du coup. »

Entretien 3 page 168 lignes 13-15 : « Il y a une dame qui avait été dans la batterie des dépistages de départ, et elle était séropositive (HIV) et enceinte... Là au moins c'était un dépistage ... Qui après avait enclenché tout un suivi spécifique. »

Entretien 3 page 160 lignes 42-46 : « Et là il y a un monsieur qui est arrivé, qui avait déjà été soigné au pays et c'est en France récemment, pas à Chambéry, mais dans une autre ville, on lui a fait des examens et il pensait qu'il avait une gastro et on lui a dit non c'est pas la gastro, c'est votre cancer du foie qui revient. Ce n'était pas un dépistage à proprement parler, parce que c'est lui qui est allé aux urgences, mais ça aurait pu être retrouvé dans le cadre d'un dépistage avec des prises de sang traditionnelles du dépistage. »

Parfois le dépistage leur semblait dénué de sens :

Entretien 2 page 140 ligne 34 : « Puis en plus ça mènerait à quoi de savoir si on a l'hépatite B ou pas ? »

Pour certains intervenants sociaux, le dépistage avait au contraire du sens car il pouvait permettre de réaliser la demande de droit au séjour pour personne étrangère malade. Cela représentait une opportunité à saisir, un « espoir administratif ».

Entretien 1 page 125 lignes 43-49 : : « Par contre l'hépatite B ça peut faire valoir quand même un droit au séjour dans le cadre d'un titre de séjour pour personne étrangère malade [...]s'il y a une absence de soins dans son pays d'origine, si aussi, au niveau de sa maladie, si c'est assez évolué et qu'il y a un risque réel en l'absence de soins, pour sa vie... Eh ben dans ces cas-là on peut enclencher aussi un droit au séjour. »

Entretien 3 page 161 lignes 40-41 : « et du coup il y a ces échéances et du coup ce n'est pas très joli mais ça fait une sorte d'espoir administrativement comme disait C1, enfin moi je trouve que ça fait quand même... »

3) Place du savoir dans l'accompagnement

a) Peurs par méconnaissance :

La peur était aussi un sentiment éprouvé par les travailleurs sociaux.

En effet leurs actions en termes d'accompagnement étaient guidées par leurs peurs :

- Peur de la maladie :

Entretien 2 page 148 lignes 43-49 : « Humm... Ouais parce que ça peut stresser une personne si on ne peut pas soigner, moi ça me stresserait grave, savoir que tu as une maladie mais « OK mais on peut faire quelque chose ? Non » [...] Sinon je trouve que ça peut stresser une personne, enfin moi personnellement ça me stresserait énormément, d'avoir une maladie, et de, d'être pas soigné et... OK. Moi ça me stresse grave. »

- Peur de la contagion :

Entretien 3 page 161 lignes 21-25 : « Moi un truc qui m'a fait un peu paniquer, c'est le monsieur, là dont je parlais, qui a été dépisté, je crois que c'était ici ou à Paris, j'ai un doute, soit ici soit à Paris, et du coup quand j'ai su ça j'étais hyper inquiète pour sa femme, parce que je me disais « mince il lui a refilé et tout et tout » et puis je me posais plein de questions, j'avais beau poser plein de questions à l'infirmière « Est-ce qu'il lui a filé ? Comment on va faire ? » »

- Peur de faire une erreur :

Entretien 3 page 169 lignes 46-48 : « Et du coup on peut générer des inquiétudes auprès de la personne, ou à l'inverse banaliser quelque chose qui peut être grave. Enfin on n'a pas tendance à faire ça, mais ça peut arriver. Ça c'est inconfortable pour moi. »

Pour certains acteurs sociaux, la question du dépistage chez le migrant révélait un sentiment de méfiance vis-à-vis des politiques de santé publique.

Entretien 2 page 140 lignes 16-20 : « Du coup y'a ce petit côté-là où des fois, enfin moi ça peut me gêner, parce qu'une population migrante arrive euh... Je connais mal l'hépatite B, donc je ne suis pas très... La santé ce n'est pas trop mon truc... Mais c'est vrai que du coup moi ça me pose toujours question quand on veut systématiser des choses, et pour quelles raisons, et quels risques ça ferait porter aux personnes les entourant...Pfff (Soupire perplexe) »

Pour d'autres, la peur de la contagion entraînait un besoin fort de connaître le statut (virologique, maladie).

La multiplication d'examen techniques, aidant à connaître le statut « bonne santé », permettait de les rassurer.

Entretien 3 page 159 lignes 3-5 ; 9-10 : « Voilà si moi par exemple je sais pas, je m'aperçois que ce monsieur il est comme ça (mime en plissant les yeux) en train de regarder, il a du mal à voir, et ben je me dis que ça va être beaucoup plus rapide de l'orienter sur la CPAM, qui fait un bilan de santé complet [...] ouais moi je trouve ça génial, parce que du coup euh... on a quand même des infos sur la santé du patient »

Entretien 3 page 158 lignes 41-43 : « ...franchement en 2 heures ils ont un livret comme ça (montre avec ses mains l'épaisseur importante). Tu sais s'ils ont des problèmes de vue, des problèmes d'ouïe, des problèmes cardiaques, il y'a un ECG qui est fait... »

Il semblait que le manque de connaissance concernant la santé était à l'origine de ce sentiment de peur.

Entretien 1 page 123 lignes 22-27 : « Au début j'avais marqué « peur », et en fait je l'ai rayé et j'ai mis « appréhension », c'est plus que... personnellement je sais que ça m'inquiète un petit peu et je sais que je dois m'occuper d'eux et de la même manière que les autres, et ça, ça ne va absolument pas varier... Mais euh... je ne sais pas exactement si y'a des choses que je ne dois pas faire, [...] Voilà, peur... de pas savoir gérer la situation. »

Entretien 3 page 161 lignes 10-14 : « [...] mais j'étais pas rassurée moi en tout cas, en expliquant au monsieur, car du coup je me dis, est-ce qu'il va comprendre etc Mais c'est vrai qu'avoir ces informations, enfin plus d'informations, être plus informé en amont ça pourrait être important. [...] Pas rassurée par rapport au fait que j'avais pas assez d'informations pour pouvoir répondre aux questions du monsieur »

Entretien 3 page 157 lignes 18-21 : « et à ce moment-là en plus comme on a pas toute la connaissance de l'hépatite, de la manière dont elle agit sur le corps de la personne, on peut être inquiet, on peut se dire « ah mince ça fait quatre mois qu'en fait elle est en contact avec des gens, en fait elle a dormi avec quelqu'un dans la même chambre » »

b) Partage des représentations avec les demandeurs d'asile

Pour certains travailleurs sociaux, les représentations du dépistage semblaient similaires à celle évoquées chez les migrants. En effet, l'idée de « pas de symptômes, pas de maladie, pas

de besoin de médecine » influençait leur vision du dépistage, entraînant une incompréhension de cet examen préventif. En comparaison avec d'autres maladies bien plus bruyantes, l'hépatite B, maladie « invisible », n'était donc pas une priorité de dépistage.

Entretien 2 page 150 lignes 6-8 : « Moi celui que j'accompagnais il avait vraiment beaucoup de symptômes, donc euh, lui il y avait du sang, c'était OK, il crachait du sang et tout donc lui c'était... »

Entretien 3 page 166 lignes 7-9 : « C1 : Oui on donne plus de sens plus d'importance que l'hépatite B ouais... En plus bah il y a cette euh... ouais... (ne termine pas sa phrase) [...] C3 : Tout le monde est sur le dépistage de la gale aussi »

c) Savoir pour affronter ses peurs et déconstruire ses représentations

Les travailleurs sociaux ressentent la nécessité d'être guidé par le savoir, de connaître pour mieux agir.

Entretien 2 page 142 lignes 3-5 : « Je veux bien que vous nous reparliez rapidement de l'hépatite B, de comment ça s'attrape et les conséquences, parce qu'on parle de quelque chose qui est un peu flou pour moi (Acquiescement général), du coup c'est plus dur de se positionner je trouve... »

Entretien 2 page 151 lignes 48-50 : « Ça serait peut-être intéressant que, nous du coup, les intervenants sociaux, connaissent les symptômes des hépatites, ce que ça provoque etc, parce que du coup on pourrait peut-être suspecter des hépatites et plus orienter vers un dépistage. »

Entretien 3 p155 lignes 1-4 : « On entend beaucoup « hépatite », et du coup au-delà de ça, je sais pas vraiment les tenants et tous les aboutissants voilà de ça, c'est-à-dire le côté un peu médical, le côté qu'est-ce que ça implique,

je trouve que des fois c'est un peu compliqué parce que nous on a pas forcément ces informations-là, à moins qu'on s'y intéresse ou qu'on ait eu à un moment donné à suivre quelqu'un qui a eu ce genre de pathologie »

Pour l'acteur social, le savoir impliquait le devoir d'action : transmettre la connaissance, informer, se protéger et protéger les autres, éviter la stigmatisation.

Entretien 1 page 122 lignes 38-41 : « Alors moi j'ai mis « contagiosité », par rapport à l'importance, voilà, le risque des personnes d'être contagieux, une personne qui, qui porte le virus qui peut contaminer d'autres personnes, donc l'importance d'expliquer les risques contagieux, et l'importance de faire une prévention. »

Entretien 3 page 168 lignes 17-9 : « Mais là par exemple avec le HIV, toi en tant qu'intervenante sociale tu sais que tu ne crains rien à être dans la même pièce que cette personne. (Approbatons des autres intervenantes)) Mais pour des personnes qui n'ont pas toujours suffisamment le bon niveau d'information par rapport à la maladie. »

4) Changer de regard sur l'autre

a) S'adapter à l'autre

i. Le temps :

Le temps apparaissait comme une notion fondamentale dans la prise en charge du demandeur d'asile. Le manque de temps semblait toucher tous les accompagnateurs sociaux et leurs partenaires.

Entretien 1 page 133 lignes 43-45 : « Et on n'a jamais le temps, les médecins n'ont pas beaucoup de temps non plus, parce qu'à la PASS ça enchaîne, ça enchaîne, ça enchaîne et c'est dommage, la temporalité manque beaucoup dans tous les secteurs. »

Sous la pression de l'institution, le temps devait être optimisé pour remplir leurs missions : celles d'accompagner les personnes vers une structure de dépistage, de surveiller la réalisation...

Entretien 2 page 151 lignes 4-9 : « C'est vrai qu'à l'accueil de toute façon euh... [...] ça c'est expliqué dès l'accueil avec... un interprète sur le point santé. [...] Donc en fait parler de santé sans l'interprétariat.... C'est pour ça qu'elle se sert de ce temps d'accueil pour évoquer ces questions-là, parce que sinon on a pas les moyens en fait. Donc c'est vraiment lié à ça. Parce que sinon ceux qui sont un peu francophone ou qui parlent bien anglais, on en reparle ensemble, ça on peut en discuter, mais les autres on a pas trop accès en fait. »

Pourtant les acteurs sociaux témoignaient du besoin de s'adapter à la temporalité du migrant, en lui laissant du temps pour comprendre, pour qu'il puisse se sentir libre de choisir.

Entretien 1 page 131 lignes 33-35 : « Les incompréhensions sont hypers fréquentes sur le problème de la langue, donc il faut vraiment prendre le temps, des fois on a pas tout le temps le temps, prendre le temps sur ces exercices-là qui sont hypers importants »

Entretien 1 page 132 lignes 31-34 : « Derrière, qu'est-ce qu'il y a ? Ils ne comprennent pas tout ça, donc des fois ça met du temps. [...] Et derrière on leur dit, on essaie de les accompagner et des fois ça peut prendre 3 mois pour que le mec il aille faire le dépistage. »

Entretien 2 page 144 lignes 51-52 ; page 145 lignes 1-2 : « Ça prend du temps avant qu'ils arrivent à vraiment se positionner et vraiment nous dire ce qu'ils en pensent, et vraiment... Du coup sur une arrivée, bah ils vont pas se permettre forcément. Donc c'est aussi pour ça que je trouve que cette notion d'explication et de ce temps-là il est important... »

Quelques travailleurs sociaux se sont questionnés sur le moment le plus opportun pour réaliser les dépistages (en parler, les faire ...). Ils leurs semblaient qu'à l'arrivée les demandeurs d'asile n'étaient pas disposés pour choisir librement.

Entretien 3 page 162 lignes 40-42 : « : Après quand ils arrivent il y a tellement tout qui leur tombent dessus, et on va leur dire « bon ben il y a ça et ça à faire », à part dire oui, il y en a pas beaucoup qui disent non, que ce soit administratif, ou au niveau de la santé. »

Entretien 1 page 136 lignes 48-49 : « Et on leur demande sur les soins, eux ils sont déjà perdus ils arrivent et tout, il faut que ça soit à un autre moment obligatoirement et moi je pense déjà... »

Une solution proposée par un travailleur social, était de créer un moment dédié à la préparation de la consultation avec le médecin.

Entretien 1 page 137 lignes 1-3 : « Et après leur expliquer dans les grandes lignes, qu'est ce qui va être fait ici. La PASS qu'est-ce que c'est, où c'est. Qu'est-ce qu'ils vont faire comme examens, sans rentrer dans les détails, mais je pense que ça déjà ils arriveraient un petit peu moins flippés à la PASS, si on prenait le temps de leurs expliquer. [...] Ca s'organise, ça se réfléchit, ça se travaille en amont, pour préparer avant, comme ça quand ils vont arriver chez le médecin, ils savent déjà pourquoi ils sont là , qu'est-ce qu'ils vont faire comme examens etc.... peut-être , ça leur donne une vision un peu... « voilà

vous allez faire des examens, il va y avoir des résultats », sans rentrer dans le détail, on est pas là pour ça...

Ce désir était partagé par certains.

Entretien 3 page 156 lignes 15-19 : « je me dis que si d'aborder le sujet avant que la personne aille chez le médecin, si la personne déjà elle est bloquée avant d'aller chez le médecin ça permet de discuter de voir et si ça passe pas, que ça soit expliqué par une infirmière, qui peut avec le côté un peu médical l'expliquer un petit peu mieux pour que la personne accepte si elle est d'accord. Voilà pour moi c'est avant tout de la prévention. »

D'autres cependant ne voulaient pas endosser de nouvelles responsabilités, venant à nouveau questionner les limites de leurs rôles et la nécessité de mettre en œuvre des moyens supplémentaires.

Entretien 1 page 137 lignes 13-17 : « oui c'est ça, ben en fait c'est ça on est pas là pour ça, j'ai l'impression que ça repose encore une fois sur nous. Si c'est une question de dépistage, donc c'est une politique de santé publique ça nécessiterait peut être qu'il y ait des moyens supplémentaires, je sais pas, ça pourrait être des postes de médiateurs santé qui pourraient éventuellement se déplacer, dans des centres d'hébergements collectifs, ou des choses comme ça. »

ii. Partir de lui/ partir de l'individu :

Pour tous les travailleurs sociaux, la notion de « partir de » l'individu, de la personne dans son identité ethnoculturelle devrait être mis en œuvre à chaque étape du dépistage.

Entretien 1 page 136 ligne 52 : « C'est plus les questionner de comment ça se passe chez eux, quelle culture ils ont du soin. »

Entretien 1 page 138 lignes 27-29 : « l'information la compréhension, la temporalité , la culture, « qui tu es ? » Je prends le temps de savoir qui tu es, et à la fin de savoir qui tu es, je te demande « si tu es d'accord avec ça ». »

Entretien 2 page 144 lignes 4-5 : « Nan mais ça veut dire peut-être que dans leur pays c'est la même chose au niveau de l'information médicale ? Est-ce qu'ils sont bien informés sur la vaccination, ou ce genre de chose ? »

Les notions « de temps » et de « partir de », étaient aussi énoncées comme des critiques vis-à-vis des professionnels de santé, ne se donnant pas les moyens, plus ou moins nuancées selon l'endroit d'exercice.

Entretien 2 page 148 ligne 8 : « non mais c'est sûr, je trouve qu'il y a vraiment, après autant des fois je trouve qu'il y a des médecins qui font pas d'effort »

Entretien 2 page 147 lignes 43-43 : « et du coup moi je me pose la question : c'est je pense que la prise en charge de la PASS elle est adaptée au public car ils prennent le temps d'expliquer, mais en vrai quand tu vas vers un médecin traitant, je trouve que c'est difficile encore, pour le temps, pour la patience dû à plein de paramètres qu'on a évoqué tout à l'heure et je pense que c'est ça qui est le plus difficile pour notre public »

iii. Se faire comprendre :

Les professionnels de santé devaient impérativement se donner les moyens d'être compris des migrants, en accordant du temps et en prenant une posture d'écoute.

Entretien 1 page 135 lignes 51-52 ; page 136 lignes 1-4 : « Et puis « la traduction » je trouve qu'effectivement que le manque de compréhension, la barrière de la langue c'est quelque chose sur lesquelles il faudrait vraiment trouver des solutions par rapport, voilà que les médecins puissent

communiquer clairement, que la personne sorte de l'entretien avec le médecin avec vraiment la compréhension de ce qui se passe, de ce qui se joue. Nous on a des moyens d'avoir des traducteurs, par téléphone etc, voilà il faudrait qu'au niveau médical il y ait cette possibilité là pour que vraiment l'information soit donnée par le médecin et non pas par nous à notre niveau pour tout ce qui concerne le médical ... »

L'utilisation de l'interprétariat apparaissait comme une aide précieuse dont tous les intervenants, et en particulier les médecins, devraient impérativement se saisir.

Entretien 2 page 144 lignes 17-28 : « Quand ils vont à un rendez-vous, normalement, le médecin peut appeler un numéro que l'ARS elle donne pour le premier entretien, pour qu'il puisse être traduit etc. Mais souvent les médecins traitants ils n'ont pas trop le temps d'appeler ce numéro. Enfin moi quand je travaillais à Grenoble, le nombre de fois où je leur ai donné le numéro, et de dire « mais allez-y, appelez-le ! » bah parce que la personne elle ne parle pas français... Et elles n'avaient pas envie de fonctionner comme ça puisque, bah du coup, enfin comme elles connaissent pas, du coup ça prend un peu de temps à se mettre en place. Et du coup la barrière de la langue c'est une des problématiques dans le soin pour les personnes qu'on accompagne quoi. Et comme on n'a pas la même, enfin... Comme je disais, au niveau de l'information, peut-être que dans leur pays pareil ils étaient mal informés. Du coup il y a la barrière de la langue plus ça, je pense que ça fait beaucoup d'incompréhension et... Et pour bien expliquer la santé je pense que, ouais, y'a besoin que la langue ... Enfin qu'on puisse avoir un interprète quoi »

« Se faire comprendre » était vu comme la base du respect envers les demandeurs d’asile.

Entretien 1 page 136 lignes 6-7 ; 27 : « quand il y a des informations importantes comme ça, que ce soit compris par la personne , c'est le minimum » [...] ouais la considération de la personne malade »

b) Favoriser le consentement :

La notion de consentement aux dépistages et actes de soins est revenue de nombreuses fois dans le discours des accompagnateurs sociaux.

i. Choisir grâce au savoir :

De la position du migrant, il semblait essentiel aux accompagnateurs sociaux que le demandeur d’asile puisse comprendre, être informé, connaître pour pouvoir choisir et accepter le dépistage.

Entretien 1 page 122 lignes 42-45 : « Alors j'avais mis aussi « connaissances » en même temps, parce que... est-ce que les personnes migrantes qui arrivent ont la connaissance de cette maladie, est-ce qu'ils savent ce que c'est, et est-ce que du coup ils acceptent le dépistage ... »

Entretien 2 page 151 lignes 33-35 : « et c'est aussi de l'information. Par exemple le COVID, tout le monde en parle et du coup ils se disent « ben ouais je vais me faire vacciner », enfin ils arrivent à donner un peu leur avis sur ça, alors que l'hépatite B, ben ...pff, zéro info. »

ii. Consentement libre et éclairé / accepter le non :

De la position de l’accompagnant ou du soignant, il semblait essentiel aux accompagnateurs sociaux de mettre tout en œuvre pour favoriser un choix libre de la part du migrant.

Entretien 1 page 132 lignes 43-44 : « Parce qu'en plus le soin s'il n'est pas obligatoire. Ce n'est pas une prison, ils ont rien fait de mal. Ça doit rester quand même volontaire.[...] »

Certains décriaient l'attitude du corps médical parfois peu enclin à favoriser ce choix, cela étant majoré par leur posture autoritaire de médecin et la confiance aveugle que les migrants peuvent mettre en eux.

Entretien 2 page 140 lignes 29-33 : « Qu'est pas assez clair, qu'est pas assez euh... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance aux médecins quand il leurs dit : « ça, ce serait bien ». Quelle liberté ils se laissent de dirent : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce que c'est cette maladie ? ». «

Les travailleurs sociaux, exprimaient aussi des difficultés face au refus, et la nécessité pour favoriser le libre choix d'accepter le « non » des demandeurs d'asile.

Entretien 1 page 130 lignes 19-20 : « Et comment on fait quand ils refusent de se faire dépister, parce que ça aussi c'est pas dans leur rapport à la vie. »

Chez certains accompagnateurs sociaux, favoriser le consentement était vu comme le maître mot dans leur accompagnement, allant jusqu'à prendre le rôle de défenseurs de droits, face à des professionnels de santé ne recherchant pas le consentement libre et éclairé.

Entretien 2 page 141 lignes 24-33 : « Alors moi j'avais fait un accompagnement, ils étaient cinq (c'était la coloc' de), sur l'ESP, et bah du coup j'étais là, parce qu'ils venaient d'arriver et qu'ils ne parlaient pas trop anglais non plus à ce moment-là. Et j'avais dû insister pour qu'il y ait un...

Enfin, insister... C'était un peu... ça semblait tellement spontané qu'ils allaient tous les vacciner pour être sûr en fait, et du coup ça m'avait vachement dérangé, j'avais dit « bah en fait euh, ils peuvent aussi dire non, ils peuvent aussi euh... » Il me dit « oui, oui, bah... Alors si c'est pas clair ! » et il a appelé pour prendre un interprète. Mais du coup, il était hyper bienveillant mais... il a dû rappeler le service parce qu'il avait pas... « je crois qu'on a des codes quelque part pour appeler... » Bah ouais le consentement des personnes pour une vaccination ça me semble quand même essentiel quoi. Et je m'étais dit « Mais quand on est pas là qu'on les oriente ça se passe comment en fait ? »

c) Préférer un parcours spécifique :

Certains travailleurs sociaux préféreraient que les demandeurs d'asile soient pris en charge via un parcours de soin spécifique, avec des professionnels sensibilisés à ce public. La PASS représentait pour eux ce parcours « idéal », en comparaison avec les difficultés rencontrées lorsque les usagers passent dans le droit commun, avec la médecine de ville par exemple.

*Entretien 3 page 169 lignes 26-32 : « A la PASS ils ont ce lien aussi avec les infirmières, les interprètes aussi. Elles [les personnes qui travaillent à la PASS] expliquent bien, c'est séquentiel en fait. (Imitant le personnel de la PASS) « Il y a ce temps d'examen, après vous revenez, vous aurez vos résultats, vous allez voir le docteur qui va vous lire vos résultats. » Et lui (le médecin de la PASS), il peut vulgariser ça, il peut dire « Qu'est-ce qui vous inquiète ? ». Moi j'ai assisté à des entretiens comme ça avec le Dr *** avec les personnes, et je trouve ça super bien, parce que je me dis que ça vaut le coup de voir ça, d'y aller avec la personne, parce qu'on sent qu'elle est détendue. »*

Entretien 3 page 172 lignes 11-15 : « Apaisé parce que... Comment dire... Parce qu'on sait que les professionnels ils connaissent la spécificité de notre public. Ça, c'est le cœur du truc. C'est-à-dire que nos résidents, quand ils vont aller là-bas, bon ok ils parlent mal le français, ils ne maîtrisent pas telle

langue ou telle langue... C'est un public particulier quoi. Du coup quand ils sont là-bas on sait qu'il y a un œil spécifique par rapport à ces publics-là.

d) Autres pistes d'amélioration évoquées :

- Utiliser des outils adaptés

Entretien 3 page 171 lignes 21-24 : « Bah moi ce serait une vidéo par exemple qui serait traduite dans plusieurs langues, qui puisse être proposée aux gens. Par exemple, « Bonjour, vous êtes arrivés en France, on va vous faire tel examen, des choses assez banales, ce n'est pas forcément grave mais juste quelque chose qui relève de la prévention. »

- Médiation en santé

Entretien 1 page 138 lignes 22-25 : « Et moi je pense, qu'effectivement tous les outils médiateurs santé, questionnaires etc ça amène l'adhésion, et en fait c'est ça que je mettais moi c'est que : le médecin il prend soin avant tout que la personne adhère à ça. Et comment on va chercher l'adhésion de la personne, et ben il faut que ...»

- Pour harmoniser le partage des informations médicales et éviter la répétition d'examens déjà réalisés : utilisation d'un Dossier Médical Partagé

Entretien 3 page 171 lignes 36-40 ; « Et faut-il encore que l'information soit transmise après, parce que nous on peut tout recommencer quand ils arrivent... [...] S'il y avait le DMP, ça ce serait top. [...] Alors que s'il y avait quelque chose... Bon évidemment ça pose question pour tout ce qui est secret professionnel, informatique et liberté etc. Voilà à quel moment c'est obligatoire qu'on sache que t'es séropositif à Paris quand tu vas en Savoie ?

Mais bon, si ça reste quelque chose de sécurisé et réservé au professionnel de santé, avec l'accord du patient, moi je trouve que ça pourrait être intéressant. »

- « Aller vers » médical

Entretien 3 page 171 lignes 18-20 « On a le droit de rêver ? Bah moi c'est qu'ils (les médecins) viennent sur place !

IV. Discussion

A) Forces et limites de l'étude

Forces :

Ce travail est original car peu d'études se sont intéressées au ressenti des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des migrants dans le parcours de santé.

La méthode d'analyse qualitative était adaptée à l'exploration des représentations, des expériences vécues des participants.

La réalisation de focus group a permis par la dynamique de groupe d'étudier différents points de vue et de mûrir des réflexions collectives.

Les participants de chaque groupe faisant partie de la même équipe, ces réflexions ont donc pu se poursuivre par la suite.

L'intervention d'une modératrice expérimentée lors du premier entretien, a été un réel gain, qui par l'exemple a pu transmettre aux chercheuses des compétences en animation collective.

L'analyse des données a été conduite indépendamment par les chercheuses, permettant la triangulation des données, renforçant la validité de l'étude.

Enfin les travailleurs sociaux ont apprécié que des médecins viennent s'intéresser à leurs vécus et nous ont témoigné de la gratitude pour la richesse de ce temps de partage.

Limites :

Nous nous sommes présentées aux participants en tant que jeunes médecins, cela a pu créer un biais de désirabilité.

Les principales limites résultent de l'inexpérience des chercheuses, d'un manque de moyen et de contraintes organisationnelles.

En effet, l'étude n'a pas pu être conduite comme elle était imaginée par les chercheuses : méthode qualitative par théorisation ancrée, auprès de différentes populations ayant un lien avec le dépistage de l'hépatite B chez les migrants.

La complexité de la mise en œuvre de cette méthode a été mal évaluée par les investigatrices.

Le protocole de recherche a donc été simplifié en cours de travail, la population d'étude limitée aux travailleurs sociaux de centre d'hébergement pour demandeurs d'asile.

Les entretiens collectifs ont dû, pour raison organisationnelle, être condensés sur 2 mois et demi, ne laissant pas assez le temps aux chercheuses pour réaliser la première phase de l'analyse, afin d'émettre de nouvelles hypothèses permettant de modifier l'échantillonnage au fur et à mesure.

Le guide d'entretien a été préparé en amont lors d'un séminaire de recherche et avec l'aide d'une modératrice expérimentée. Il n'a pas été testé préalablement auprès de travailleurs sociaux de CADA.

Concernant la saturation des données, nous ne pouvons pas affirmer que celle-ci ait été obtenue. Il aurait été intéressant de réaliser un quatrième entretien collectif pour s'assurer de l'absence de nouvelles idées.

Il aurait pu être intéressant de varier les modalités de recueils des données, des entretiens individuels auprès des chef(fe)s de service nous semblaient pertinent.

B) Résultats principaux :

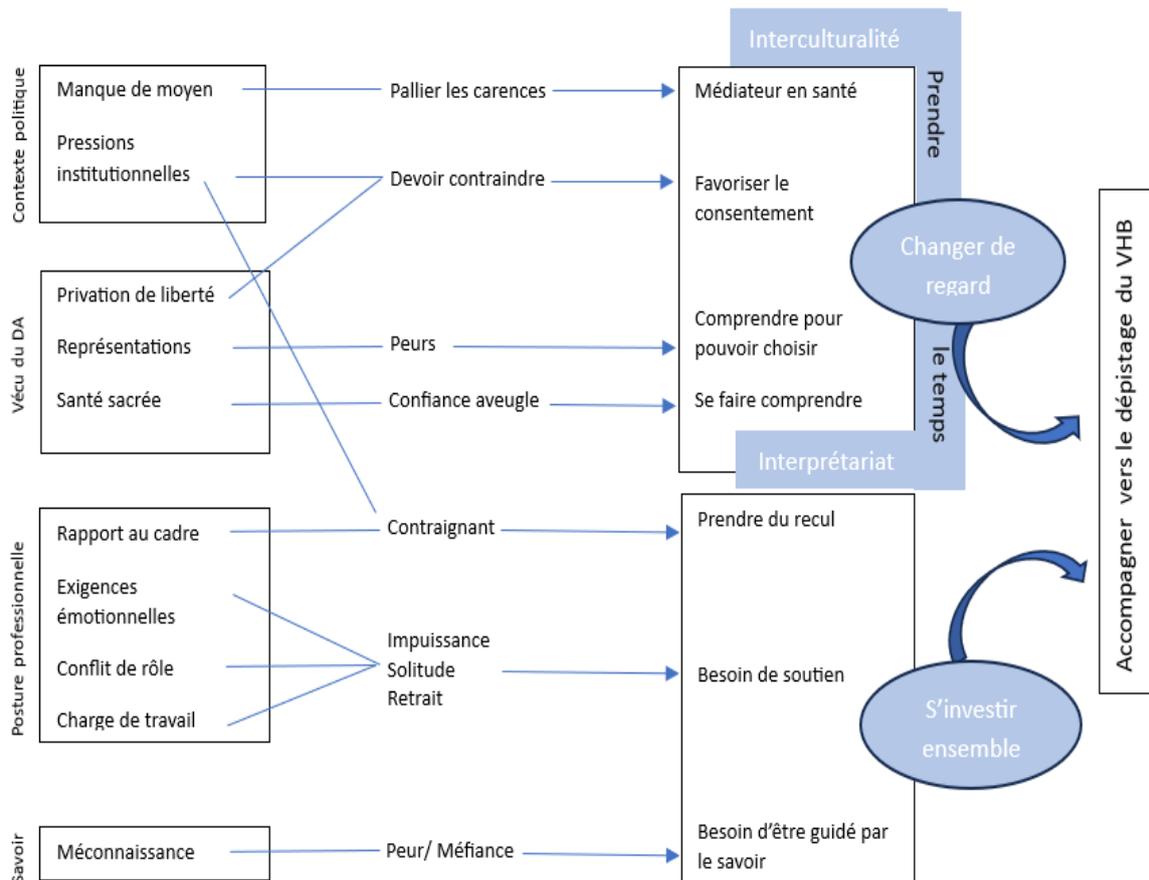


Figure 1 : Modèle explicatif

Les travailleurs sociaux ont fait part de plusieurs difficultés dans l'accompagnement vers le dépistage de l'hépatite B : contexte institutionnel, vécu du migrant, questionnement sur leur posture d'accompagnement, manque de connaissance en santé [colonne de gauche].

Ces éléments sont à l'origine de divers sentiments chez le demandeur d'asile et le travailleur social (peurs, méfiance, impuissance, etc) [colonne centrale], et sont perçus comme des freins à l'accompagnement vers le dépistage.

Les principaux leviers évoqués par les travailleurs sociaux [colonne de droite] sont :

- Un changement de regard, pour tendre vers une approche plus centrée sur le migrant (prendre le temps, se faire comprendre, interculturalité)
- Renforcer l'alliance interdisciplinaire
- Renforcer les compétences et les connaissances des acteurs sociaux en matière de santé

C) Interprétation des résultats, comparaison à la littérature :

1) Principales études en lien avec notre travail :

L'originalité de ce travail réside dans l'exploration du point de vue des travailleurs sociaux sur le parcours de soin des migrants, peu d'études ayant été menées dans ce sens.

La majorité des travaux retrouvés explorent les freins et les leviers au dépistage du VHB chez les migrants et les problématiques du travail social.

Nous avons retrouvé une étude datant de 2010(14), explorant les représentations des professionnels du dépistage des hépatites B et C chez les migrants, et permettant d'identifier les logiques sous-tendant les stratégies de dépistage. Elle a été réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès de 23 professionnels de santé et 8 travailleurs sociaux de centres d'hébergement. Les résultats concernant le point de vue des travailleurs sont assez pauvres comparés aux résultats concernant les professionnels de santé. Ils relatent principalement les modalités de l'accompagnement. Une observation ethnographique a révélé la faible visibilité de dépliants, brochures et affiches à message explicatif concernant l'hépatite B et C.

En corrélation avec nos résultats, cette étude souligne la nécessité de sensibiliser les travailleurs sociaux au dépistage de l'hépatite B (et C).

Contrairement à notre étude, la barrière linguistique n'est pas apparue comme un frein au dépistage, mais une limite aux conseils pré-test. La possibilité de recourir aux services d'un interprète professionnel existait en 2010, mais était limité par le coût, la priorité était donc donnée à l'instruction administrative. A notre époque, l'interprétariat reste encore limité. En effet dans les centres d'hébergement, l'interprétariat est réservé aux démarches en lien avec la demande d'asile. Il a été exprimé dans notre étude, la nécessité que les médecins généralistes, ayant le droit à un interprète, s'en emparent.

En accord avec notre recherche, cette étude soulève aussi la question de l'autonomie du patient dans l'acceptation des dépistages.

Notre étude fait également écho à d'autres travaux s'intéressant à la dimension éthique dans la (prise en charge de la) santé des migrants. Un rapport de l'Observatoire des pratiques au regard de l'Éthique paru en 2019(15), mené dans des établissements de santé et des centres

d'hébergement pour migrants, a permis d'explorer les points de tension éthiques rencontrés par les professionnels accompagnant les migrants dans leur parcours de soins.

Ces questionnements éthiques sont également retrouvés dans nos résultats : l'obstacle de la langue, le consentement libre et éclairé, l'autonomie du migrant dans le parcours de soin, la nécessité de connaître ce public spécifique pour mieux le prendre en charge, une contradiction entre droit théorique et accès aux soins en pratique, des souffrances partagées entre patients et accompagnants, et le respect du secret médical. Ces éléments sont détaillés dans les sous-sections « Trouver la bonne posture » et « Changer de regard et autres pistes d'amélioration » dans la suite de la discussion.

D'après ce travail, migrants et accompagnants rencontrent de nombreuses difficultés dans leurs pratiques, « ces dernières sont en réalité assignables au système bien plus qu'aux migrants ». Le patient migrant serait alors un révélateur des limites de notre système de soin.

Récemment, une revue de littérature a exploré les freins et les leviers à la pratique du dépistage de l'hépatite B et C chez les migrants en Europe(16). Elle donne un éclairage sur les pratiques du dépistage par les médecins généralistes (peu pratiquent le dépistage de manière systématique, n'étant pas assez informés). Plusieurs éléments concordent avec les résultats de notre étude qui seront développés dans les sous-sections « Vécu du dépistage par les demandeurs d'asile » et « Changer de regard et autres pistes d'amélioration ».

2) Relecture des résultats à la lumière de la littérature :

Le vécu du dépistage par les demandeurs d'asile :

Il en ressort deux notions principales : l'importance que cette population migrante attache à la santé, et les violences ressenties qui peuvent être générées par le dépistage.

Être en bonne santé est perçu comme un besoin fondamental, indispensable pour s'accomplir pleinement, notamment dans le parcours d'asile. Cette notion a également été retrouvée dans un travail de recherche s'intéressant aux MNA(17).

En corrélation avec le rapport d'éthique de l'Observatoire des pratiques au regard de l'Éthique de Bourgogne Franche-Comté(15), nous soulevons la question de l'autonomie des migrants face au dépistage. Le demandeur d'asile est-il vraiment libre quand il accepte le dépistage ?

Le dépistage pourrait aussi être influencé par la peur de l'expulsion(16), étant assimilé à une des obligations administratives de la demande d'asile. La réalisation de TROD en CADA pourrait majorer cette confusion.

Intimement lié à leurs représentations du corps et de la santé, par leur culture, le dépistage peut être à l'origine d'incompréhensions et de peurs.

Une étude s'intéressant au vécu de migrants primo-arrivants d'Afrique de l'Ouest(18) retrouve elle aussi les notions de crainte de la prise de sang et de ses possibles effets délétères, ainsi que le choc des représentations que peut constituer le dépistage. Leur perception de la santé étant différente (absence de symptôme équivalent à une absence de maladie), les migrants ne comprennent pas toujours le principe de ce geste préventif. Allant à l'encontre de ces résultats, pour beaucoup de participants le dépistage était perçu comme tout à fait acceptable.

Cette perception a été décrite comme un frein au dépistage de l'hépatite B dans la revue de littérature de 2022(16). De plus, les résultats suggèrent également que le « dépistage ne répondait pas à leurs attentes, car il était principalement axé sur l'identification des maladies infectieuses et ne tenait pas compte de leurs besoins réels en matière de santé ».

Par ailleurs, l'incompréhension du discours médical, du fait de la barrière linguistique et culturelle, peut être génératrice d'angoisse(19).

Savoir pour mieux agir :

La notion du savoir, des connaissances concernant la santé, et de son influence dans le pouvoir d'agir, apparaît comme un point clef dans l'accompagnement des DA vers le dépistage.

Il semble que peu de travaux aient été effectués concernant les connaissances en santé des travailleurs sociaux. Une étude de 2003(20) montrait un manque de connaissance de ces acteurs sociaux, comparé aux professionnels de santé.

Ce manque de connaissances en santé semble être à l'origine de nombreuses peurs et représentations chez le travailleur social. Cela semble freiner leur accompagnement vers le

dépistage de l'hépatite B. En accédant au savoir, il serait donc possible de se libérer de ses peurs, de déconstruire ses représentations.

Ainsi, la connaissance serait le moteur du « mieux agir » et entraînerait une réaction en chaîne vertueuse : savoir c'est se protéger et protéger les autres, savoir pour ne pas stigmatiser...

Pourtant, les travailleurs sociaux ont pour mission d'accompagner les demandeurs d'asile dans leur parcours de santé. A cela s'ajoute une mission « d'information sur les questions d'éducation à la santé et de prévention »(21). Comment mener à bien ces missions s'ils n'ont pas suffisamment de connaissances, d'informations, tout simplement s'ils ne se sentent pas en confiance pour le faire ?

Pour aller au-delà de la notion du savoir et répondre à cette question, le concept de littératie en santé apparaît comme un levier dans l'accompagnement au soin.

D'après Sørensen(22), la littératie en santé représente « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence »

Plusieurs facteurs déterminants du niveau de littératie ont été décrits(22), notamment la langue maternelle autre que le français, la stigmatisation sociale, ou l'appartenance à un univers socio-culturel défavorisant.

Le rapport entre littératie en santé et niveau de santé a été évoqué par de multiples travaux(23,24). Son effet modérateur sur les déterminants sociaux de la santé pourrait en faire un levier pour lutter contre les inégalités sociales en santé(25). Elle permettrait aussi aux personnes de renforcer leur autonomie, leur pouvoir d'agir, pouvant être « vue comme une composante dynamique et réciproque de l'empowerment en santé » (26)

Au niveau européen, le concept de littéracie en santé a été intégré comme une pratique à renforcer auprès des professionnels de santé, comme le montre le Nouveau Guide du Conseil de l'Europe sur la littératie en santé(27). Sensibiliser les accompagnants sociaux à ce concept peut constituer une piste intéressante pour améliorer le parcours de santé du migrant.

Trouver la bonne posture :

Notre étude a permis de mettre en lumière des difficultés et un inconfort des acteurs sociaux face à l'accompagnement vers le dépistage de l'hépatite B, questionnant leurs rôles, les limites de leurs interventions, la posture dans la relation de soins.

- **Mission d'accompagnement :**

L'accompagnement vers le « bilan de santé » est vu conformément aux recommandations(28), comme une des missions du mandat des travailleurs sociaux. Celle-ci est vécue comme un devoir, une injonction des instances, et acceptée comme telle.

Du fait de leur position d'intermédiaire, de la complexification de leur travail, les acteurs sociaux doivent revêtir de nombreuses casquettes. Dans notre étude, ils exprimaient souffrir de trop de responsabilités, dans des missions souvent en dehors de leurs compétences (interprète, rendre les résultats, faire de l'éducation). Les confrontant à leurs limites d'action, il apparaissait alors un sentiment d'impuissance.

De nombreux écrits font état de ce sentiment d'impuissance et des souffrances qui en résultent.(29,30)

- **Pressions institutionnelles et réalité pratique :**

Il existe un décalage entre les objectifs politiques et la réalité vécue sur le terrain. En effet « les travailleurs sociaux se retrouvent souvent en porte-à-faux entre d'un côté les exigences des institutions en termes d'efficacité et d'efficience, et de l'autre la réalité des situations des destinataires pour lesquelles des solutions ne peuvent pas toujours être trouvées [...] »(31).

Les recommandations en termes d'accès aux soins, l'injonction à réaliser un bilan dans les semaines après l'arrivée en CADA, dans un contexte de tension des dispositifs de soins, illustre bien cette réalité.

- **La relation intime :**

Les acteurs sociaux soulevaient aussi un inconfort dans la relation d'intimité face aux problématiques de santé, majorant ainsi la charge émotionnelle du lien avec l'utilisateur. En effet, « Cette part émotionnelle du travail est consubstantielle à la nature des missions confiées à ces salariés, qui vont se confronter à la vulnérabilité des bénéficiaires, à ces personnes invisibilisées par la société, [...] »(32).

Paradoxalement, l'intime était nécessaire à la création d'un lien privilégié qui permettait la rencontre. Joëlle LIBOIS, ex Directrice de la Haute école de travail social de Genève, écrit : « Accepter de se laisser affecter ouvre un espace communicationnel spécifique avec le partenaire. La relation est transformée par le partage d'une même expérience, celle de la rencontre, éphémère et singulière. »(33)

De nombreux auteurs se sont penchés sur ce sujet, fortement en lien avec l'épuisement professionnel. Dans notre analyse, nous avons à plusieurs reprises identifié une « attitude de retrait par rapport aux soins », face à l'implication émotionnelle, aux difficultés à apporter une réponse, et au sentiment de solitude en résultant. Cela s'illustre dans l'ouvrage de François Melou et Lionel Dagot, qui mettent en évidence « le rôle de la dépersonnalisation et du désengagement sur l'épuisement émotionnel et la dissonance émotionnelle chez les travailleurs sociaux. »(34)

- **Le cadre :**

Face aux problématiques de santé et en particulier à celle du dépistage, les acteurs sociaux témoignaient d'une ambivalence par rapport au cadre.

Le cadre fait partie du contexte de travail des travailleurs sociaux et de tout professionnel, parfois contraignant, parfois rassurant, il est toujours là pour être support de l'action. Se positionner c'est « se situer par rapport à un cadre institutionnel, des missions, des politiques publiques, cadre déontologique et éthique, enfin vis-à-vis de l'utilisateur » (35).

Dans notre analyse du discours, émergeait le besoin d'un cadre de travail pour agir, à travers des protocoles, des obligations, dans une approche procédurale, permettant de ne pas endosser la responsabilité de l'action.

A l'inverse, la procédure pouvait être vécue comme trop rigide et non adaptée aux situations auxquelles ils étaient confrontés, nécessitant de prendre du recul, de remettre en question l'obligation, de sortir du cadre.

Le secret médical mettait en lumière cette notion d'ambivalence vis-à-vis du cadre : le respecter ou y déroger pour le bien collectif. Cela soulève un questionnement éthique dans le rapport d'Anaïs Sampers et Aurélie Geng. (15)

Enfin cette analyse permet de questionner le rapport des travailleurs sociaux aux procédures et l'impact dans la relation d'aide. En effet, « Si la rencontre avec autrui n'est plus que la mise en œuvre de protocoles, de procédures dûment estampillées aux fins d'un résultat prédéterminé, quelle place reste-t-il pour une approche qui fait de cet autre non l'objet d'un traitement standardisé mais cherche à le considérer comme sujet singulier ? »(36)

- **Besoin de s'investir ensemble :**

« Avoir l'aide des autres compétences » est une réponse aux sentiments de solitude et d'impuissances vécu par les travailleurs sociaux face aux situation complexes auxquelles ils ne peuvent apporter de solution.

Cette notion se retrouve dans de nombreux écrits, en particulier dans le mémoire de B.LANDANGER « La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé» (37).

Partager les responsabilités, redéfinir les limites de leurs actions, permettraient aux acteurs sociaux d'agir dans un cadre sécurisant et de développer leurs pouvoir d'agir. (DPA)

En effet « Favoriser les contacts et échanges entre les différents intervenants, au-delà des cloisonnements liés aux statuts, aux professions, aux institutions et aux prestations, permettrait sans doute de développer les capacités d'agir de chacun en renforçant par la discussion d'une part, la connaissance et la reconnaissance du travail de chaque professionnel, et d'autre part, le suivi des trajectoires complexes des destinataires. »(31)

De plus la coordination entre les professionnelles de santé et du médico-social est selon le PRAPS(38) un « facteur de réussite pour assurer aux personnes les plus vulnérables une prise en charge globale. »

Renforcer les liens avec le secteur de la santé, parait donc une piste de réflexion pour favoriser l'investissement des travailleurs sociaux dans les démarches de soins.

- **Vers une posture d'accompagnement :**

C'est à travers les réflexions de Maela Paul concernant l'accompagnement(39), que nous avons pu mieux comprendre nos résultats concernant les questionnements sur la posture.

L'accompagnement pour Maela Paul dans sa définition minimale correspond à « être avec » et « aller vers », cela sous-entend de partir de l'individu que l'on accompagne, de l'endroit où il est pour aller où il veut, lui laissant son autonomie tout en étant engagé avec lui.

C'est l'un des principes structurant le travail social.

C'est aussi et surtout « un choix politique, une commande sociale, qui se traduit par une double injonction : à des professionnels à qui est confiée la fonction d'accompagnement, et à des publics cibles qui reçoivent l'injonction de devoir être accompagnés »

Dans nos résultats, les acteurs sociaux se sentaient sous tension entre le besoin de temps, partir de l'individu, s'adapter à la temporalité du migrant, et à la fois répondre aux objectifs.

Ce sentiment de ne pouvoir investir son rôle d'accompagnant fait écho à la littérature. Il est notamment évoqué dans le travail de Sophie Garcia à travers « un projet individuel qui est laissé de côté par les directions, ou du fait des contraintes de temps et de la masse de travail, jusqu'à la réception de la réponse à la demande d'asile. »(40)

Ces éléments font émerger deux questions :

- Le système donne-t-il vraiment aux travailleurs sociaux les ressources pour « accompagner » les migrants ?
- Le système donne-t-il vraiment aux migrants les ressources pour être acteurs de leurs parcours ?

Dans le discours des participants de notre étude apparaît le besoin de changer de regard sur le migrant pour favoriser son autonomie. D'après Brigitte Portal, « l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir favorise un changement de regard du fait d'une plus grande prise en compte du point de vue de la personne [...] Le changement de posture permet d'améliorer sa pratique professionnelle, de bouger les lignes et les limites, de « changer de lunettes ». »(35)

Changer de regard et pistes d'améliorations :

Si les travailleurs sociaux incluent le « changement de regard » comme un élément clef dans leur propre posture professionnelle, ce changement incombe également aux autres professionnels afin d'améliorer la pratique du dépistage de l'hépatite B.

Ainsi, s'adapter à l'autre en prenant en compte son bagage culturel et favoriser un contentement libre et éclairé semblent être des éléments primordiaux de l'amélioration de la pratique du dépistage.

En abordant la question de la santé des migrants, le CCNE évoque une « exigence éthique qui réside dans la mise en pratique d'un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante »(41).

Comment les migrants peuvent-ils consentir au dépistage s'ils ne le comprennent pas ?

Pour lever l'obstacle de la barrière linguistique, un accès plus facile à l'interprétariat semble indispensable. Dans une étude concernant les obstacles dans le parcours de santé des migrants(42), les intervenants de la PASS de la Timone (Marseille) font la recommandation « d'élargir l'accès à l'interprétariat à toutes les structures hospitalière ou associatives ». Faciliter l'accès à un service d'interprétariat pour les médecins généralistes de villes serait une solution pour améliorer la pratique du dépistage.

Au-delà de la langue, le dépistage doit prendre en compte les différences culturelles. Dans notre étude, les travailleurs sociaux évoquent le choc des représentations que peut susciter le dépistage chez les demandeurs d'asile. Dès lors, le concept d'interculturalité dans l'accompagnement des migrants vers les soins prend son sens.

Faire place à l'interculturalité dans la santé, c'est prendre en compte la diversité des pratiques entre les différents acteurs de santé et les patients. La médiation en santé en est un exemple.

Les participants de notre étude ont évoqué la nécessité de faire intervenir un médiateur en santé pour améliorer la pratique du dépistage de l'hépatite B. Il existe en France un Programme national de médiation sanitaire (PNMS)(44), projet inter-associatif créé en 2011, qui vise à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité par des actions de médiation en santé.

A l'échelle internationale, l'intervention de médiateur en santé apparaît également comme un facilitateur dans la réalisation du dépistage des hépatites B et C chez les migrants(16).

Pour éviter la répétition d'examens déjà réalisés, les participants de notre étude ont évoqué l'utilisation du DMP (Dossier médical partagé), permettant de favoriser le continuum de soin. Cette proposition rejoint les résultats d'une étude récente explorant les représentations des médecins généralistes et des migrants concernant l'utilisation du DMP pour les migrants(45). Permettant de « pallier la barrière linguistique et d'assurer la fiabilité des informations médicales », l'usage d'un tel dossier était perçu comme bénéfique par les deux populations. Cette recherche souligne cependant les risques qu'implique l'utilisation du DMP pour les migrants, telles que des pratiques discriminatoires ou une commercialisation des données personnelles.

A l'encontre de la volonté de « désingularisation de la santé des migrants » portée par Didier Fassin(46), certains acteurs sociaux ont fait part de leur préférence pour un parcours dédié, représentant pour eux une approche plus adaptée à la spécificité de ce public.

D) Perspectives :

Notre étude apporte des éléments sur le point de vue des travailleurs sociaux à propos du dépistage de l'hépatite B chez les demandeurs d'asile.

Pour aller plus loin, il serait intéressant poursuivre le travail par une méthode plus rigoureuse de théorisation ancrée, afin d'obtenir une vue d'ensemble des représentations de tous les acteurs qui participent au dépistage : intervenants sociaux hors CADA, acteurs issus du milieu associatif, les accompagnants sociaux des MNA, les professionnels de santé.

Initialement nous avons voulu élargir la population interrogée en se dirigeant vers les accompagnants des MNA. Nous avons contacté le chef de service de la structure compétente à Chambéry qui paraissait très intéressé, les problématiques liées à l'accompagnement dans les soins dans ce jeune public étant importantes selon lui. Par manque de temps nous n'avons pu faire aboutir ce projet, il pourrait être utile de poursuivre la recherche en incluant ces acteurs sociaux.

Les résultats de notre étude montrent un manque de connaissance des acteurs sociaux à propos de l'hépatite B. Alors que les TROD dans les CADA se démocratisent, pour éviter la confusion que pourrait avoir les migrants du caractère obligatoire comme faisant partie de la demande d'asile, il nous semble essentiel qu'ils aient plus de connaissances à transmettre et qu'ils puissent informer le migrant du caractère indépendant du dépistage. Au cours de notre travail de recherche nous avons rencontré l'association Prométhée, un service de promotion de la santé du foie basée à Grenoble. Il serait intéressant de mobiliser cette association pour former les acteurs sociaux en matière de santé hépatique.

Il pourrait également être intéressant d'interroger les participants de l'étude sur l'impact de ces échanges de parole dans leurs futures pratiques.

Les travailleurs sociaux ont apprécié que nous nous intéressions à leur vécu, ce qui suggère qu'il faut poursuivre « l'aller vers » médical au sein de ces structures et renforcer les liens.

Dans le domaine de la médecine générale, il faudrait sensibiliser les praticiens à ce public spécifique et renforcer la communication avec les travailleurs sociaux.

Notre étude suggère que, malgré les moyens et actions déjà mis en place, des mesures simples peuvent encore être mises en œuvre pour améliorer le parcours de santé du migrant.

V. Conclusion

Au niveau mondial l'hépatite B constitue un réel enjeu de santé publique. En France même si la prévalence reste limitée en population générale, elle se voit multiplier par sept dans certaines populations migrantes originaires de pays endémiques. Le dépistage est aujourd'hui insuffisant au regard du nombre de personnes qui ignorent leur infection et doit être favorisé. Les travailleurs sociaux, piliers de l'accompagnement de cette population vulnérable, ont un rôle à jouer dans le parcours de santé.

Ce travail de recherche qualitatif a permis d'explorer les représentations des travailleurs sociaux à propos du dépistage de l'hépatite B chez les demandeurs d'asile et de comprendre leurs répercussions sur leurs pratiques d'accompagnement vers les soins. Les participants de l'étude étaient les travailleurs sociaux de centres d'hébergement pour demandeurs d'asile du bassin chambérien. Leur point de vue a été recueilli lors de trois entretiens collectifs semi dirigés, par la méthode de focus group. Ces données ont été analysées par une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Les résultats de notre étude ont montré que les travailleurs sociaux éprouvent des difficultés dans l'accompagnement vers le dépistage et les soins.

Ces difficultés sont en lien avec manque de connaissances en matière de santé. De plus, acculés par les responsabilités, confrontés à la charge émotionnelle inhérente à la relation avec l'utilisateur, les travailleurs sociaux ont fait part d'un sentiment de solitude dans l'accompagnement.

Par ailleurs, le contexte socio-politique a été décrit comme un frein à l'accompagnement vers le dépistage, marqué par une contradiction entre injonction à dépister rapidement et manque de moyen en réalité pratique (restrictions budgétaires, saturation des dispositifs de soins, difficultés d'accès à l'interprétariat).

Enfin, leur rapport au dépistage est influencé par le vécu du migrant, décrit comme violent quand il ne respecte pas le choix et la singularité de la personne.

Au cœur de leurs préoccupations chemine une envie de « mieux faire », d'améliorer l'accompagnement en changeant de regard sur le migrant, en le replaçant au centre du parcours. Pour se faire, il paraît indispensable de renforcer l'alliance interdisciplinaire et les compétences en santé des acteurs sociaux.

Dans cette dynamique collective, il serait intéressant de croiser les regards entre le médical et le social afin de réfléchir à un parcours de santé plus adapté au migrant.

THÈSE SOUTENUE PAR : Roxane VINCENS DE TAPOL et Clémence ADAM

TITRE :

REPRÉSENTATIONS DES ACCOMPAGNANTS SOCIAUX DES DEMANDEURS D'ASILE, À PROPOS DU DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B PROPOSÉ AUX MIGRANTS : ÉTUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT POUR DEMANDEURS D'ASILE DU BASSIN CHAMBÉRIEN

CONCLUSION :

Au niveau mondial l'hépatite B constitue un réel enjeu de santé publique. En France même si la prévalence reste limitée en population générale, elle se voit multiplier par sept dans certaines populations migrantes originaires de pays endémiques. Le dépistage est aujourd'hui insuffisant au regard du nombre de personnes qui ignorent leur infection et doit être favorisé. Les travailleurs sociaux, piliers de l'accompagnement de cette population vulnérable, ont un rôle à jouer dans le parcours de santé.

Ce travail de recherche qualitatif a permis d'explorer les représentations des travailleurs sociaux à propos du dépistage de l'hépatite B chez les demandeurs d'asile et de comprendre leurs répercussions sur leurs pratiques d'accompagnement vers les soins. Les participants de l'étude étaient les travailleurs sociaux de centres d'hébergement pour demandeurs d'asile du bassin chambérien. Leur point de vue a été recueilli lors de trois entretiens collectifs semi dirigés, par la méthode de focus group. Ces données ont été analysées par une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Les résultats de notre étude ont montré que les travailleurs sociaux éprouvent des difficultés dans l'accompagnement vers le dépistage et les soins.

Ces difficultés sont en lien avec manque de connaissances en matière de santé. De plus, acculés par les responsabilités, confrontés à la charge émotionnelle inhérente à la relation avec l'usager, les travailleurs sociaux ont fait part d'un sentiment de solitude dans l'accompagnement.

Par ailleurs, le contexte socio-politique a été décrit comme un frein à l'accompagnement vers le dépistage, marqué par une contradiction entre injonction à dépister rapidement et manque de moyen en réalité pratique (restrictions budgétaires, saturation des dispositifs de soins, difficultés d'accès à l'interprétariat).

Enfin, leur rapport au dépistage est influencé par le vécu du migrant, décrit comme violent quand il ne respecte pas le choix et la singularité de la personne.

Au cœur de leurs préoccupations chemine une envie de « mieux faire », d'améliorer l'accompagnement en changeant de regard sur le migrant, en le replaçant au centre du parcours. Pour se faire, il paraît indispensable de renforcer l'alliance interdisciplinaire et les compétences en santé des acteurs sociaux.

Dans cette dynamique collective, il serait intéressant de croiser les regards entre le médical et le social afin de réfléchir à un parcours de santé plus adapté au migrant.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 4/12/23

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE


Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / ~~LA PRÉSIDENTE~~ DU JURY


Pr Patrick IMBERT

Bibliographie

1. OMS. Organisation Mondiale de la santé. 2020 [cité 26 nov 2023]. Hépatite B. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. SPF. Santé Publique France. 2019 [cité 26 nov 2023]. Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-hepatites-chroniques-c-et-b-et-antecedents-de-depistage-en-population-generale-en-2016-contribution-a-une-nouvelle-strategie-de-d>
3. SOS Hépatites [Internet]. 2021 [cité 14 juin 2022]. LES RÉSULTATS DES PREMIERS ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'HÉPATITE B. Disponible sur: <https://soshepatites.org/les-resultats-des-premiers-etats-generaux-de-lhepatite-b/>
4. Demandes d'asile, publication du 22 juin 2023 - data.gouv.fr [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/demandes-dasile-publication-du-22-juin-2023/>
5. Premières demandes et octroi de l'asile – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793252?sommaire=6793391>
6. Guide Comede | Comede [Internet]. 2016 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.comede.org/guide-comede/>
7. SPF. Santé Publique France. 2021 [cité 26 nov 2023]. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. Le dossier de La Santé en action n°455, mars 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-455-mars-2021>
8. SSA - Solidarités et santé. Legifrance. 2018 [cité 26 nov 2023]. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43755>
9. Corbillon (e), CORBILLON (E.), POUILLIE (A.I.), XERRI (B.), RUMEAU-PICHON (C.). Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? - Résultats de votre

recherche - Banque de données en santé publique. In 2004 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=309718>

10. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b

11. CERUTTI N. IMMIGRATION, PRECARITE ET ETHIQUE DU TROD VHB Actualités Prométhée Alpes Réseau - [Internet]. Prométhée Alpes Réseau. 2020 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <http://promethee-hepatites.org/trod-vhb-ethique-immigration/>

12. Article - Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile - Légifrance [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038671072

13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.

14. Enel C, Minello A, Hillon P. Représentations des professionnels et dépistage des hépatites B et C chez les migrants : une étude qualitative en Côte-d'Or. *Santé Publique*. 2012;24(4):303-15.

15. Sampers A, Geng A, Frache S, Quenot JP. Soigner et accompagner les migrants : quelles questions éthiques pour les professionnels ? *Éthique Santé*. 1 déc 2022;19(4):202-9.

16. Moonen CPB, Heijer CDJ den, Dukers-Muijers NHTM, Dreumel R van, Steins SCJ, Hoebe CIPA. A systematic review of barriers and facilitators for hepatitis B and C screening among migrants in the EU/EEA region. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [cité 13 sept 2023];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9975596/>

17. Guegan M, Rivollier E. Représentations, vécus et ressentis par les mineurs isolés étrangers du système de soins français: étude qualitative portant sur 21 entretiens semi-dirigés [Internet]. 2017 [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6b27stf>

18. Baron V, Tantot R. Facteurs influençant le dépistage du VIH, du VHB et du VHC au CeGIDD, chez les patients migrants primo-arrivants d'Afrique de l'Ouest et Centrale orientés depuis la PASS du CHU à Bordeaux : analyse et propositions en vue d'améliorer la prise en charge dans cette population : étude qualitative. 28 mai 2021;137.

19. Perez N, Orspere-Samdarra. 2022 [cité 15 nov 2023]. Le recueil du consentement aux soins des migrants. Disponible sur: <https://orspere-samdarra.com/2022/le-recueil-du-consentement-aux-soins-des-migrants-le-malaise-en-miroir/>
20. Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C: Knowledge of underprivileged people about hepatitis B and C. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2005;53(1):25-42.
21. anesm-recommandations bonnes pratique professionnelles_cada_mai_2014.pdf | My Library | Zotero [Internet]. [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.zotero.org/klemssoulafou/collections/3C5MCSIU/items/A6HC969Q/reader>
22. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25 janv 2012;12:80.
23. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 2005;96 Suppl 2(Suppl 2):S62-77.
24. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the « hidden population » of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 5 août 2010;10:459.
25. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 1 avr 2021;42:159-73.
26. Conférence Nationale de la Santé. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 19 nov 2023]. Avis de la CNS du 06.07.17 : « La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! » Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/actualites-communiques/article/avis-de-la-cns-du-06-07-17-la-litteratie-en-sante-usagers-et-professionnels>
27. Droits Humains et Biomédecine [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Nouveau Guide du Conseil de l'Europe sur la littéracie en santé – Favoriser la confiance et l'accès équitable aux soins de santé - Droits Humains et Biomédecine - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/-/nouveau-guide-du-conseil-de-l-europe-sur-la-litt%C3%A9racie-en-sant%C3%A9-favoriser-la-confiance-et-l-acc%C3%A8s-%C3%A9quitable-aux-soins-de-sant%C3%A9-1>
28. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 15 nov 2023]. La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs

d'asile (Cada). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836176/fr/la-personnalisation-de-l-accompagnement-des-personnes-accueillies-dans-les-centres-d-accueil-pour-demandeurs-d-asile-cada

29. Ravon B. Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Inf Soc.* 2009;152(2):60-8.

30. Stanley N, Manthorpe J, White M. Depression in the Profession: Social Workers' Experiences and Perceptions. *Br J Soc Work.* 13 mars 2006;37.

31. Grimard C, Zwick Monney M. Les capacités d'agir des travailleurs sociaux. *Pensée Plurielle.* 2016;43(3):85-95.

32. Melou F, Gilbert M. Entre émotions et quête de sens. *La durée des travailleurs sociaux. Sociographe.* 2021;75(3):93-105.

33. Libois J. Chapitre 7. Le temps de l'autoconfrontation collective : les affects engagés dans l'acte. In: *La part sensible de l'acte : Présence au quotidien en éducation sociale* [Internet]. Genève: Éditions ies; 2017 [cité 16 nov 2023]. p. 235-53. (Le social dans la cité). Disponible sur: <http://books.openedition.org/ies/1095>

34. La mise à distance dans le travail social : effet sur l'épuisement émotionnel – LPSAT [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.lpsat.fr/la-mise-a-distance-dans-le-travail-social-effet-sur-lepuisement-emotionnel/>

35. Portal B. Des mots et des sens | Cairn.info [Internet]. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

36. Boutanquoi M. Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide. *Nouv Rev Psychosociologie.* 2008;6(2):57-68.

37. Landanger B, Lyet P. La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé. Dijon: IRTESS de Dijon; 2004. 97 p. (Mémoire de DSTS).

38. Le Schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) Auvergne-Rhône-Alpes 2023-2028 viennent d'être adoptés [Internet]. 2023 [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante-srs-et-le-programme-regional-dacces-la-prevention-et-aux-soins-praps>

39. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Rech Soins Infirm.* 2012;110(3):13-20.

40. Garcia S. L'éthique des travailleurs sociaux face aux politiques de l'asile : entre « arrangements pratiques » et « pratiques de contournements ». *Sci Actions Soc.* 2018;10(2):54-72.
41. Comité Consultatif National d'Étique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°127 du CCNE - Santé des migrants et exigences éthiques,. 2017.
42. Sanon. INFECTONS VIRALES CHRONIQUES CHEZ LES MIGRANTS EN SITUATION DE PRECARITE : PARCOURS DE SANTE ET OBSTACLES – Afrisanté [Internet]. 2018 [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <https://afrisante.org/infectons-virales-chroniques-chez-les-migrants-en-situation-de-precarite-parcours-de-sante-et-obstacles/>
43. Bolzman C. Travail social auprès des populations migrantes et interculturalité. Une analyse critique. *Cah Dyn.* 2012;57(4):29-39.
44. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. De l'expérimentation à la généralisation. *Études Tsiganes.* 2014;52-53(4-2015/1):181-9.
45. Hélène D, Eva H, Adriaan B. Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs. *Parten Soin Avec Patient Anal.* déc 2021;3:60-84.
46. France Culture [Internet]. 2022 [cité 26 nov 2023]. Exils précaires: la santé des migrants par Didier Fassin. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-cours-du-college-de-france/exils-precaires-la-sante-des-migrants-par-didier-fassin-2967278>

Annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction :

Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre de la fin de nos études de médecines.

Nous voulons étudier vos **représentations** du dépistage de l'hépatite B (VHB) proposé aux personnes migrantes que vous accompagnez.

Ensemble, nous participerons à un groupe de discussion (focus group), Clémence prendra le rôle de modérateur, Roxane celui d'observateur et vous, accompagnateurs sociaux, ceux de participants actifs. Chacun de vous à sa place dans le groupe de parole, en effet plus les idées seront divergentes, plus riche sera l'analyse.

L'ensemble du Focus Group est enregistré et durera environ 1h30.

Il est anonymisé dès l'écoute de l'enregistrement audio, confidentiel et détruit après retranscription.

L'objectif étant par le biais de la dynamique de groupe, d'explorer et stimuler vos différents points de vue concernant le dépistage du VHB.

Questions ouvertes :

1. C'est quoi pour vous le dépistage systématique de l'hépatite B qui est proposé aux migrants ?
2. Concrètement, qu'est ce qui se fait chez vous/ dans votre CADA, autour de ce dépistage ?
3. Racontez-nous une expérience de ce dépistage systématique ?
4. Qu'est ce qui est confortable, satisfaisant, positif dans cette proposition de dépistage ? Qu'est ce qui est inconfortable, insatisfaisant, difficile ?

Ou

Qu'est-ce que tu trouves de confortable et satisfaisant, positif dans cette proposition de dépistage ? Qu'est-ce que tu trouves d'inconfortable, d'insatisfaisant ?

5. Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer cette proposition de dépistage et comment ?

Ou (si déjà évoqué dans la question 4) : Avez-vous d'autres idées pour améliorer cette proposition de dépistage ?

Annexe n°2 : Critères COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? <small>Roxane VINCENS DE TAPOL Clémence ADAM</small>
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <small>aucun</small> <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? <small>médecins généralistes remplaçants</small>
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? <small>deux femmes aucune</small>
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? <small>aucune</small>
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <small>les objectifs de la thèse</small> <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i> <small>intérêt pour le sujet de la recherche</small>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <small>théorisation ancrée</small> <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i> <small>échantillonnage raisonné homogène</small>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <small>courriel</small> <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? <small>12</small>
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? <small>1, pas de disponibilité</small>
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <small>lieu de travail</small> <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? <small>oui, une modératrice expérimentée lors du premier entretien</small>
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i> <small>oui, voir tableau</small>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? <small>non</small>
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? <small>non</small>
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? <small>oui</small>
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? <small>oui</small>

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? <small>1h30 en moyenne</small>
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? <small>oui</small>
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? <small>non</small>
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? ²
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? <small>oui</small>
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? <small>déterminés à partir des données</small>
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? <small>Word et Excel</small>
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? <small>Non</small>
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i> <small>oui</small>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? <small>oui</small>
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? <small>oui</small>
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? <small>non</small>

Annexe n°3 : Lettre d'information

Groupe de discussion sur la santé des migrants (Dans le cadre d'une thèse de médecine générale) :

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes, Clémence et Roxane, et nous réalisons une étude qualitative dans le cadre de la fin de nos études de médecine.

Nous voulons étudier vos **représentations** concernant la santé des personnes migrantes que vous accompagnez.

Votre participation est sur la base du volontariat.

Ensemble, nous participerons à un **groupe de discussion** (focus group), Clémence prendra le rôle de modérateur, Roxane celui d'observateur et vous, accompagnateurs sociaux, ceux de participants actifs. **Chacun de vous à sa place dans le groupe de parole, en effet plus les idées seront divergentes, plus riche sera l'analyse.**

L'ensemble du Focus Group est enregistré et durera environ 1h30.

Il est anonymisé dès l'écoute de l'enregistrement audio, confidentiel et détruit après retranscription.

L'**objectif** étant par le biais de la dynamique de groupe, d'explorer et stimuler vos différents points de vue concernant la santé des personnes en situation de migrations, que vous accompagnez.

Nous espérons de tout cœur vous rencontrer à cette occasion.

Nous sommes joignables par téléphone ou mail, pour toutes demandes d'informations complémentaires.

Roxane et Clémence.

[Données à caractère
personnel]

roxane.vincens-de-tapol@etu.univ-grenoble-alpes.fr

clemence.adam@etu.univ-grenoble-alpes.fr

NOTE D'INFORMATION

Coordinateurs de la recherche

Dr Alexie BOSCH, Dr Bruno DE GOER

Investigatrices

Roxane VINCENS DE TAPOL, Clémence ADAM

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le Département de Médecine Générale de l'Université Grenoble Alpes. Votre participation est libre et volontaire, si vous décidez d'y participer, vous serez invité à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conservez une copie de ce formulaire.

Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec un ou plusieurs membres de l'équipe de recherche au cours d'un entretien collectif enregistré par magnétophone, qui sera retranscrits par la suite. Celui-ci vise à mieux comprendre les besoins exprimés par les travailleurs sociaux concernant la santé des migrants. Cette étude fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés, et respecte de l'article 6 du Règlement Générale sur la Protection des Données.

Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Améliorer nos pratiques de dépistage dans cette population éloignée du système de soins
Connaître les attentes des acteurs sociaux concernant les problématiques de santé chez les demandeurs d'asile.

Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est complètement volontaire et vous pouvez décider de vous retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence.

Rémunération et indemnisation

Absence de rémunération et indemnisation

Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès des investigatrices avec qui vous serez en contact, soit par mail (roxane.vincens-de-tapol@etu.univ-grenoble-alpes.fr, clemence.adam@etu.univ-grenoble-alpes.fr) [Données à caractère personnel]

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par contact mail (cf ci-dessus)

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le Département de Médecine Générale UGA et les investigatrices (Roxane VINCENS DE TAPOL, Clémence ADAM) vous proposent de participer, vos données personnelles (nom, prénom, âge, sexe, formation, profession) feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)
- vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude aux adresses mail suivantes : roxane.vincens-de-tapol@etu.univ-grenoble-alpes.fr, clemence.adam@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Dans le cas où vous souhaiteriez retirer votre consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche. Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment, en contactant les investigatrices. Vous pouvez également vous opposer à la transmission des données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante. Les données seront conservées pour une durée de 2 ans maximum.

Annexe n°4 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité pour participer au projet de recherche en santé « *Conceptions, représentations des accompagnants sociaux des demandeurs d'asile, à propos du dépistage de l'hépatite B proposé aux migrants : étude qualitative par focus groupe dans les Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) du bassin chambérien* »

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigatrices.

J'ai été informé que les données colligées durant l'étude resteront dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci. Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

NOM Prénom :

Lieu et date :

Signature

Annexe n°5 : Fiche de renseignements

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

AGE :

SEXE :

FORMATION :

PROFESSION :

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS A CE POSTE ?

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

**AVEZ-VOUS DEJA ETE CONFRONTE AU DEPISTAGE DE L'HEPATITE B CHEZ UN
DEMANDEUR D'ASILE ?**

Oui

Non

Annexe n°6 : Arbre de codage

1) Contexte socio-politique et vécu du migrant :

a) Contexte socio-politique :

Manque moyen :

B3 p2 « Mais en fait c'est ouais le point à l'arrivée, et le problème c'est que derrière on fait pas d'interprétariat en dehors de l'asile quasiment, on a pas le budget. Donc en fait parler de santé sans l'interprétariat.... C'est pour ça qu'elle se sert de ce temps d'accueil pour évoquer ces questions-là, parce que sinon on a pas les moyens en fait. Donc c'est vraiment lié à ça. Parce que sinon ceux qui sont un peu francophone ou qui parlent bien anglais, on en reparle ensemble, ça on peut en discuter, mais les autres on a pas trop accès en fait. »

Subir les restrictions budgétaires :

A3 p1 « Et le problème c'est qu'avec les restrictions budgétaires dans le secteur social, l'infirmière, le poste d'infirmière n'a pas été remplacé, et d'habitude ça servait un peu à ça aussi, le côté pluridisciplinaire »

Saturation des dispositifs :

B1 p2 « Et là ça a l'air de redevenir ESP parce qu'ils ont plus de place à la PASS, de ce que j'ai compris, l'ESP... Enfin en tout cas moi, les prochains accompagnements c'est comme ça, ils voient le docteur, le check vaccin, les ordonnances, et ensuite radio des poumons. Ça a l'air de redevenir un peu comme ça. »

B1 p2 « (*Rires gênés*) Non, je crois qu'on m'avait dit qu'il n'y avait vraiment plus de place à la PASS, que c'était un peu chaud, qu'ils étaient un peu sous l'eau quoi »

Subir les pressions administratives :

C2 p3 « Il y a eu cette réforme aussi qui nous a mis dedans. Les 3 mois de carences là... »

C2 p3 « Des personnes seules oui mais c'est quand même ouais ... et il y a des échéances à respecter, parce qu'il faut que les demandes elles soient sur un certain délai concomitant et cetera à d'autres demandes, donc en fait il faut y aller, la maladie faut qu'elle...haha, c'est un peu dommage de dire ça, mais c'est vrai que nous on a une autre vision des choses »

C2 p3 « ouais, ouais déjà, les documents d'état civil, alors qu'elles sont plus en lien avec leurs pays. Voilà c'est des choses, comme les justificatifs d'identités qui sont un peu compliqués. »

C1 p3 « Et si la demande n'est pas faite tout de suite, si la demande est faite plusieurs mois après l'arrivée en France, il faut arriver à prouver qu'elle a été découverte à ce moment-là et que c'est pour cette raison qu'on ne l'a pas déposée au départ. »

Contradiction entre politique de dépistage et accès au droit :

A2 p1 « Parce qu'en plus les personnes primo-arrivantes, elles subissent le fait que pendant 3 mois, il y a aucun droit possible et imaginable, nécessairement c'est vers la PASS qu'elles sont dirigées mais du coup je trouve que c'est euh... enfin ouais c'est je sais pas, c'est, là encore il y a une contradiction avec ben voilà une politique ambitieuse du dépistage et le fait qu'on coupe des droits à ces personnes-là quoi, ça va pas dans le même sens. »

Inégalité d'accès au soin :

A5 p1 « Ben c'est le réflexe qu'ils ont, effectivement les urgences, parce que beaucoup n'ont pas encore de médecin traitant. Avec les difficultés qu'on a nous à en trouver, même quand il y a urgence, il y a une urgence entre guillemets pour nous, eux ils considèrent que c'est vraiment très urgent et la facilité c'est d'aller à l'hôpital, pour soit pour ses enfants pour voilà ... »

C1 p3 « S'il y a pas de pathologie sérieuse quand ils arrivent et qu'effectivement on prend plus de rendez-vous à la PASS systématique, ben ça repousse le rendez-vous chez le généraliste de deux ou trois ou quatre mois... »

C4 p3 « Après on oriente surtout des francophones là-bas, parce qu'ils n'ont pas de moyens d'interprétariat, donc déjà malheureusement ça sélectionne quand même, ils n'ont pas tous les mêmes chances, on va dire. Fonction déjà de s'ils sont francophones, anglophones aussi... »

S'adapter aux limitations d'accès aux soins :

C2 p3 « oui à la PASS et du coup y'avait cette notion de dépistage et cetera et nous on a eu une vague à un moment donné, notamment l'année dernière moi quand je suis revenu sur le service, où hé ben en fait il fallait orienter sur ce genre de visite que les personnes qui avaient déjà des pathologies ou quelque chose, donc du coup, nous le réflexe aussi c'était de se dire : ils sont surchargés, on va pas aller non plus, il faut vraiment qu'on sélectionne »

C2 p3 « Là ça revient, ça revient un peu, mais nous, enfin moi je garde ce réflexe de dire, si la personne ne s'est pas plainte je vais pas l'envoyer forcément vers la visite systématique, voilà et ça c'est une pratique qui change et je trouve qu'il y a un peu, c'est compliqué quoi, que ce soit les hépatites ou d'autres maladies. Des fois nous on a des personnes, qui justement, c'est lors de cette visite médical d'accueil que du coup il y a des pathologies médicales sérieuses qui sont avérées quoi, qu'on voit. »

Perte de chance :

C2 p3 « pas forcément, je parle de façon générale, parce qu'il y a pleins d'autres personnes. Je ne dis plus que cette visite médicale n'existe pas, elle est, c'est révolu ce temps-là. Je dis que des fois qu'il y en a de moins en moins, selon aussi les réalités des hôpitaux et des services quoi... donc euh... C'est un peu dommage que des fois on passe à côté de ça. »

Subir les carences du système :

A2 p1 « Mais pas encore une fois nous faire peser les carences du système parce qu'effectivement comme tu le dis c'est pas vraiment notre rôle quoi ! On est à l'interface de pleins de choses »

Travailler dans la précarité :

A2 p1 « Nous c'est de la précarité quoi, c'est de la précarité à tous les niveaux. C'est de la précarité aussi face à... aux soins »

Subir des pressions institutionnelles :

A1 p1 « Des fois nous on a envie d'aller vite parce que ça fait partie du cahier des charges que les gens soit suivis, soit tester etc.... »

A1 p1 Ouais c'est ça. C'est vrai, on a un peu l'impression de ça en ce moment, il fallait absolument qu'ils aient un médecin traitant, alors on prend des rendez-vous, ils n'avaient pas grand-chose mais il faut avoir le papier du médecin traitant. Pfft C'est vrai que c'est un peu lourd. (*Soupires*)

Ne pas prendre en compte la réalité du terrain :

A3 p1 « Oui c'est ça c'est que, parfois ils font un peu une liste ou une explication de ce qui se passe dans la prise en charge, le médecin va le faire, et quand on regarde on se dit « mais en fait c'est pas du tout compatible avec l'environnement de la personne, ça ne peut pas se mettre en place ». Tous les gestes de précautions etc., je pense qu'ils se rendent pas compte quoi »

Ne pas pouvoir bien faire :

A3 p1 « De la grande précarité ! Quand ils sont au 115, nous on a des jeunes qui sont placés au 115, mineurs donc en plus ils comprennent rien. On va pas demander au veilleur de nuit, qui doit déjà gérer tous les SDF qui sont arrivés complètement alcoolisés et drogués, d'aller gérer l'autre jeune qui a une hépatite B, qui doit prendre des... qui a un traitement à suivre heure pour heure, c'est impossible ! »

b) Vécu du migrant :

i. Leur rapport à la santé : santé sacrée :

Santé sacrée :

B3 p2 « La santé a beaucoup d'impact sur les gens qui, souvent, ont pas forcément accès aux soins dans leur pays. Et du coup si on leur dit que « ça » c'est bien, ils vont le faire. »

A3 p1 « (*Éclats de rire collectifs*) « Ok tu as pris un forfait, génial ! » et puis les infirmières qui appellent, qui en peuvent plus, (*ahah*) « mais il est encore là, » « ben renvoyez-le ».

Mais oui mais c'est vrai qu'il y a, ils découvrent le soin, en plus le soin gratuit, par ce qu'il y a une telle ... euh c'est un droit d'accéder au soin et du coup que ça soit la gratuité du soin alors que là-bas ça coûte très cher... Les médicaments c'est très cher. Euh du coup c'est génial, ils disent hein « c'est le paradis quoi, c'est trop bien », ils ont une petite goutte au nez « ah je vais à l'hôpital ». »

Jouir du droit à la santé :

A3 p21 « ils découvrent le soin, en plus le soin gratuit, par ce qu'il y a une telle Euh c'est un droit d'accéder aux soins et du coup que ça soit la gratuité du soin alors que là-bas ça coûte très cher... Les médicaments c'est très cher. Euh du coup c'est génial, ils disent hein « c'est le paradis quoi, c'est trop bien »

S'ancrer :

B3 p2 « Et en positif je trouve ça bien, car il y en a pleins qui n'ont pas eu accès aux soins de façon général dans leurs pays depuis très longtemps ou qui se traînent des douleurs depuis des mois et des mois et qui du coup. L'accès à la santé en générale. Souvent on se rend compte que, moi je trouve qu'il y a un truc un petit peu, des fois ils se posent, et puis d'un coup ça lâche un peu et ils ont besoin, souvent, régulièrement de voir des médecins, rapidement parce qu'ils ont pleins de douleurs, et qu'ils sentent que ça y est c'est bon ils peuvent se poser et c'est le moment où ils peuvent avoir accès. Je trouve que la place du soin dans la migration c'est hyper important, parce que tout le monde n'a pas la chance d'avoir le système de santé qu'on a en France et c'est chouette, je pense que ça fait partie de leur arrivée complètement, le fait d'avoir accès aux soins. »

B3 p2 « Ouais parce que souvent ils se représentent le CADA comme un endroit où ils vont se poser. Parce que souvent ils arrivent avec ces demandes. Très souvent ils arrivent avec une demande soins, en mode : « Ok c'est là que je vais me poser quelques mois, ça y est j'arrive quelque part je vais me poser » et souvent ils nous demandent « moi j'ai besoin de voir un dentiste », « moi j'ai besoin de ça » « moi j'ai besoin de soins ». C'est pour ça qu'on a mis ce point santé à l'accueil, euh... »

Il y a tout qui lâche :

C3 p3 « Il y a tout qui lâche »

C1 p3 « (*parlant en même temps que C3 et reprenant les propos des DA*) « J'ai trop mal à la tête, je suis pas bien, je dors pas, j'ai mal là, j'ai mal là... » Du coup on fait appel à l'EMPP (rire) »

Besoin d'être soulagé :

B3 p2 « Eux c'est lié à une douleur le soin, donc en fait c'est « j'ai mal aux dents depuis 3 mois, j'en peux plus, trouvez-moi quelqu'un » ou alors c'est « là j'ai des maux de têtes tout le temps, j'ai hyper mal au dos, j'arrive plus à me lever le matin. » C'est vraiment du douloureux. »

B3 p2 « Et même les vaccins. Nous on leurs en parle de la vaccination, est-ce qu'ils veulent faire ce point ou pas, car on sait que ça sera des questions de la PASS, donc on l'évoque avec l'interprétariat. Mais je pense que c'est pas du tout dans leurs premières demandes. Ça serait plus du douloureux. »

Confiance aveugle :

B3 p3 « Un peu mis de côté. Qu'est pas assez clair, qu'est pas assez euh... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance aux médecins quand il

leurs dit : « ça, ce serait bien ». Quelle liberté ils se laissent de dirent : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce que c'est cette maladie ? ». »

B3 p8 « Mais sinon, non parce que je pense qu'ils comprennent pas trop ce qu'on leur fait, déjà pour commencer. Et ils font hyper confiance aux médecins. »

B2 p8 « Bah moi ça me fait penser aux arrivées que j'ai.... Enfin j'étais dans un autre poste avant, avec des personnes réfugiées qui ont eu le statut dès qu'elles sont arrivées en France. Et justement il fallait qu'elles se fassent vacciner... Bon là c'était du covid. Mais avant de partir fallait absolument qu'elles se fassent vacciner, et elles avaient pas vraiment le choix non plus, enfin elles étaient pas informées, elles savent même pas lequel elles ont pris de vaccin. Et ouais elles sont totalement en confiance, quand je discutais avec elles, elles y vont les yeux fermés, enfin sans problème quoi. Ouais, enfin je sais pas... »

S'abandonner dans le soin :

C2 p3 « Ouais non ils ont pas de choix, mais ils sont quand même, enfin moi je les trouve assez, ben ils sont rassurés les gens, ben parce qu'ici ils vont pouvoir avoir un accès aux soins quand même. S'ils font ça c'est pas, enfin c'est pour leurs bien quoi... Voilà moi franchement je n'ai jamais eu beaucoup de résistance par rapport à ça, j'ai toujours eu des gens qui avaient besoin de se faire entre guillemets cajoler quoi, ils avaient besoin de prendre soin d'eux, c'est à dire d'aller chez le médecin, de voir et cetera. Et ou ne pas, ils discuter pas quoi, on va prendre rendez-vous chez le docteur là, point. »

Besoin fondamental d'être en bonne santé :

C4 p20 « Bah je pense qu'il a eu une réponse en fait, et ça c'est très important... Un diagnostic a été posé, avec une hypothèse de chirurgie en plus, donc il sait que ça va être réglé son problème. Je pense que là, du coup, ça va déclencher des choses, même au niveau de la procédure. »

Être prisonnier de ses maux :

C4 p20 « Il y a ça aussi, la question que... Ce que tu disais (*s'adressant à C2*). Tant que le problème de santé n'est pas pris en compte, ils ne peuvent n'amener que ça en entretien avec vous aussi, moi c'est ce que j'ai ressenti »

C4 p20 « Et ce serait pareil pour le dépistage quoi. Si la personne elle te dit « bah je ressens que j'ai tel problème, que j'ai mal à tel endroit » et que vous à un moment donné vous ne pouvez pas répondre à une demande de santé, et bah en fait ça va sans cesse revenir sur le tapis. »

Satisfaire ses besoins pour avancer :

C4 p20 « Mais ça c'est tout à fait légitime. Ils savent en plus, quand ils arrivent en France, ils savent que leur santé va pouvoir être quelque chose qu'on va traiter, qu'on va entendre. C'est normal qu'ils n'aient pas envie d'avancer sur des choses autres que celle de la santé, parce que voilà, on a tous besoin d'être en bonne santé. »

Bonne santé donne les armes pour le combat administratif :

C4 p19-20 « Mais moi je pense que l'un ne va pas sans l'autre, dans le sens où On sait aussi que quand ils vont mieux, ils arrivent mieux à être sur le front en fait, pour les problèmes administratifs. (*Approbation des autres intervenantes*) On a vu avec pleins de personnes pour qui on se disait : « Oh lala... il ne va jamais arriver à parler de son vécu » Et ça c'est plus le côté psychologique finalement, mais même la santé physique, parce que si la personne est trop abattue, trop fatiguée pour pouvoir parler de son parcours et être au clair avec ça, elle ne va pas arriver défendre un titre à la CMDA ou à l'OFPPA. Alors que quand on les sent mieux accompagnés sur le plan de la santé et du coup, sur tout en fait, sur tous les plans, ils vont mieux, ils se sentent plus armés, plus forts quoi, pour affronter les difficultés. Même sûrement quand ils sont déboutés, en fait... »

Être en quête d'une bonne santé :

C4 p20 « Mais ça c'est tout à fait légitime. Ils savent en plus, quand ils arrivent en France, ils savent que leur santé va pouvoir être quelque chose qu'on va traiter, qu'on va entendre. C'est normal qu'ils

n'aient pas envie d'avancer sur des choses autres que celle de la santé, parce que voilà, on a tous besoin d'être en bonne santé. »

i. Vécu violent

- Privation de liberté

Subir le dépistage systématique/des injonctions :

A3 p7 « Euh, du coup, bah dans cette logique de pensée j'ai trouvé que c'était aussi assez euh... C'est de l'intrusion le dépistage systématique, c'est pour ça que je demandais si c'était vraiment systématique »

A3 p9 « Alors oui, nous y'a, effectivement... Alors nous on a pas eu de primo-arrivant, parce que en fait les primo-arrivants arrivent sur la SPADA, et sont ensuite stockés, parce qu'on peut parler de « stock », soit au 115 soit sur des CAES, et ensuite, une fois qu'il y a des places qui se libèrent au CADA, l'OFII va orienter, et là va se pérenniser un petit peu pour le logement pendant la procédure d'asile. Donc y'a des personnes qui sont orientées très rapidement donc du coup on pourrait dire qu'on a des primo-arrivants ; ils n'ont pas eu du tout leur parcours à la PASS, qui est exigé au moment où ils arrivent, hein, c'est un parcours de soin de dépistage en tout genre, hépatite B compris. Et à ce moment-là, j'ai presque envie de dire... A4 ?! (Rire) a toi ... parce que A4 œuvre beaucoup vers l'accompagnement de ces personnes, quoi physiquement, tu les accompagnes quand même pas mal... »

C4 p12 « Soumis c'est pas notre souhait, mais c'est peut-être la manière dont la loi aussi française peut les orienter, et je trouve que de manière générale, euh.... Ils ont quand même pas beaucoup de choix, ils ont pas de choix. »

Se sentir contraint :

A3 p17 « Et comment on fait quand ils refusent de se faire dépister, parce que ça aussi c'est pas dans leur rapport à la vie. »

A3 p21 « Et ils ne sont pas tant demandeur que ça en plus... »

A3 p30 « ouais « maintenant tu dois aller te faire vacciner, et dépister », « haha d'accord », et en fait il faudrait faire la part entre l'obligation et là l'accord d'adhésion. »

Entrave à la liberté de choisir :

B3 p8 « Du coup en fait bah, c'est en ça qu'il n'y a pas de... de... des fois de choix. Des fois on dit « mais t'es pas obligé en fait ! Enfin c'est pas un problème, tu peux dire non, y'a rien d'obligatoire » Parce que des fois quand les gens ils parlent, ça semble tellement une évidence qu'ils le passent comme ça, ils ont même pas d'avis à donner en fait j'ai l'impression, parfois. C'est juste que, c'est comme ça ! Donc euh... Ok. Et du coup je pense pas que ce soit un vrai choix du tout pour les gens... J'aime pas cette notion-là »

B3 p3 « Un peu mis de côté. Qu'est pas assez clair, qu'est pas assez euh... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance aux médecins quand il leurs dit : « ça, ce serait bien ». Quelle liberté ils se laissent de dire : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce que c'est cette maladie ? ». »

Soumission dans le soin :

A3 p21 « Je ne sais pas... On a souvent l'impression, quand tu dis on est soumis au parcours de soins etc, c'est vrai en plus hein !? »

C4 p12 « Soumis c'est pas notre souhait, mais c'est peut-être la manière dont la loi aussi française peut les orienter, et je trouve que de manière générale, euuh.... Ils ont quand même pas beaucoup de choix, ils ont pas de choix. »

Vivre la santé comme une injonction administrative :

A3 p30 « Oui parce qu'il faut savoir aussi que dans le parcours d'asile, c'est très strict, ils ont pas le droit à une erreur. Là on va les évaluer sur des persécutions, sur la véracité de leurs propos, si ils sont des menteurs, si ils ont achetés des récits, si c'est leur vraie nationalité, si ils ne sont pas en train de nous bluffer etc ... Après ils vont passer devant la cour nationale du droit d'asile. C'est des instances, des autorités qui sont hyper hautes. Euh... On leur demande de coopérer avec les autorités administratives, et en fait des fois on leurs met tout d'un coup le soin, et je sais pas si il savent qu'ils ont le droit de dire non pour le coup. »

A3 p30 « Parce que là moi je leurs dis vous avez pas le droit de fauter, vous ne pouvez pas mentir, vous devez être vrai, vous devez nous dire toute la vérité, j'essaie de le transformer en un peu plus sympa , mais c'est ça, quand on lit les textes c'est ça. »

A1 p30 « Et l'heure d'après tu leurs fais un truc sur les soins, et ils ont encore le truc... »

Le soin est un droit, non un devoir :

A3 p21 « Parce qu'en plus le soin s'il n'est pas obligatoire. Ce n'est pas une prison, ils ont rien fait de mal. Ça doit rester quand même volontaire. Si la personne elle a envie d'être malade et de ne pas se soigner c'est un droit, de mourir de sa maladie, sans soins, ou peut d'autres soins alternatif, religieux, j'en sais rien. »

A3 p21 « Et quand tu prends un peu de recul, tu te dis mais c'est vrai de quoi ? Si la personne elle refuse, elle refuse. On n'a pas le droit de la menotté pour l'amener à la PASS. »

- Peurs :

Craindre un geste invasif :

B1 p7 « C'est des litres et des litres ! »

B3 p7 « Alors étonnamment c'est un peu des chochottes quand même (*Rires*) »

Peur de l'inconnu

A1 p20 « Dépistage ? Moi juste ce que je peux relever, c'est que des fois, on, c'est difficile suivant certains pays, les examens médicaux en général sont pas facile à ... Pourquoi faire une prise de sang ? Parfois ils ont peur d'aller faire une prise de sang »

Peur de l'hôpital :

A3 p12 « La PASS à savoir à Chambéry elle est à l'hôpital, donc c'est dans le euh... [...] oui, mais quand tu dis que c'est impressionnant, y'a ce paramètre aussi euh... »

Violence de l'incompréhension :

A3 p23 « Et ben du coup ça peut se mixer avec la communication, il y a des termes qu'ils ne connaissent même pas dans leur propre langue... et ça c'est impossible, c'est horrible. »

A1 p23 « Hépatite B expliqué à un afghan qui ne parle que son dialecte... Comment lui expliquer ce n'est pas la peine, il y a le médecin traitant qui ne prend pas d'interprète, qui a un simple Google traduction. »

Incompréhension génératrice de peur :

A3 p23 « Et ça c'est très, très angoissant, je trouve pour eux »

A5 p23 « Et c'est d'autant plus angoissant qu'ils ne comprennent pas de quoi on leurs parle, et c'est ça l'ennui. »

A4 p26 « Moi c'est pareil, c'est la même chose, si les médecins pouvaient vraiment expliquer en détails au moment où ils le font, ce qu'ils font, peut être que ils seraient un peu plus sécurés et ils nous demanderaient un peu moins après qu'est-ce qu'il vient de se passer, qu'est-ce qu'on fait à l'hôpital... »

C4 p24 « Mais tu imagines pour eux ? On est en train de leurs dire qu'il se peut que l'enfant ait un risque. On n'est pas sûr, mais peut-être... ! »

Résultats générateurs d'angoisse

C1 p22 « Bah après ça les affole un peu en plus ! Ils ont leurs résultats, parce qu'ils les reçoivent dans le courrier. Ils ont leurs résultats : (*imitant les demandeurs d'asile*) « Positif à l'hépatite B, alors qu'est-ce que ça veut dire ?? » (*Rire nerveux*) »

C1 p22 « Moi je trouve que c'est ça qui est un peu inconfortable, c'est qu'ils sont stressés et puis on n'a pas trop de réponse à leurs apporter quoi, face à ces résultats. Faut attendre le prochain rendez-vous chez le médecin, alors que s'ils font ça à l'hôpital, en gros ils n'ont pas les résultats ... »

Ne pas respecter l'autre :

Ne pas être respecté dans son identité/singularité :

A3 p7 « parce que c'est hyper intrusif, on enlève la culture de la personne, c'est-à-dire euh, là où le médical n'existe... existe mais autrement, on vient l'imposer à la personne sans prendre en considération qui elle est. Donc je trouve que c'est hyper intrusif. »

Barrière culturelle :

A3 p20 « Et puis c'est vrai aussi des cultures. Il y en a qui disent « qu'est ce qui vont faire avec mon sang ? » et « ils vont faire des choses » et c'est impossible. Et suivant aussi effectivement le trauma. Là, on a un monsieur qui a refusé la prise de sang, de donner son sang, c'est à dire « j'ai besoin que l'on me soigne , mais vous me prendrez rien de moi »

B2 p9 « Comme je disais, au niveau de l'information, peut-être que dans leur pays pareil ils étaient mal informés. Du coup il y a la barrière de la langue plus ça, je pense que ça fait beaucoup d'incompréhension et... Et pour bien expliquer la santé je pense que, ouais, y'a besoin que la langue ... Enfin qu'on puisse avoir un interprète quoi. »

Se croire en bonne santé :

B3 p17 « Moi j'ai plus des fois une incompréhension (des résidents qui ont une incompréhension) sur le fait d'avoir une quelque chose, alors qu'on va bien. C'était, ouais il avait une suspicion au niveau de la tuberculose, et du coup il devait retourner faire des scanners, et c'est celui qui a une affaire très importante, et il me disait « mais je vais bien », mais je lui disais « c'est un scanner, c'est hyper important, tu es en coloc mec, donc on va y aller hein ? » parce que ça me semblait vraiment... et puis même c'est obligatoire, ça peut mettre en danger les autres. Et lui il comprenait pas, il me disait « mais pour quoi ? » apparemment il y a une suspicion, ils ont vu quelque chose. « Mais je vais bien en fait », et vraiment cette incompréhension de « qu'est-ce qu'ils me veulent » et des fois ce côté-là « ils en font des tonnes les français, ils en font des caisses » « voilà je vais bien il se passe rien, qu'est-ce que tu me veux quoi » il y a ce côté-là où je pense « ils veulent encore une injonction je sais pas pourquoi » et il y a ce côté-là où nous on prévoit tout on est vachement là et en fait « non mais ça va c'est bon ».

B3 p18 « Ouais en tout cas pas forcément entendu dans le sens où « OK c'est une obligation je fais ça mais je vais hyper bien » ça c'était un peu. C'était long quoi... Moi celui que j'accompagnais il avait vraiment beaucoup de symptômes, donc euh, lui il y'a avait du sang, c'était OK, il crachait du sang et tout donc lui c'était ... »

C3 p13 « Mais des fois ils peuvent être étonnés, moi je vois là les deux personnes que j'ai accueilli, elles sont là depuis longtemps en France et elles comprennent pas pourquoi... Parce que quand je leurs demande au niveau de la santé s'il y a des soucis, « non, non y'a pas de soucis » et bon on va quand même prendre un rendez-vous chez le médecin et là il se regarde de se disant « pourquoi ? »

Dépistage rend malade :

C2 p11 « C'est la recherche qui va amener la maladie peut-être. »

Être influencé par ses croyances :

C1 p11 « ouai Dieu c'est Dieu qui... »

C2 p21 « Moi j'avais même des personnes qui me disaient « Dieu m'en préserve de cette maladie » Oh lala ils disaient ! (*Rire*) »

Se faire des idées/représentation du corps :

A3 p20 « Et puis c'est vrai aussi des cultures. Il y en a qui disent « qu'est-ce qu'ils vont faire avec mon sang ? » et « ils vont faire des choses » et c'est impossible. Et suivant aussi effectivement le trauma. Là, on a un monsieur qui a refusé la prise de sang, de donner son sang, c'est-à-dire « j'ai besoin que l'on me soigne, mais vous me prendrez rien de moi ». »

B1 p7 « Si ! Ils nous parlent des litres de sang qu'on leur a pris ! (Rires) »

C1 p23 « Bah après c'est sûr que ce n'est pas très confortable de faire des prises de sang, ça fait pas du bien, les gens ils apprécient pas toujours. Il y a aussi le truc de « si on me prélève dix tubes, waouh ! c'est super grave ! » (Rires des autres intervenantes) C'est marrant ça aussi. Des fois si tu leurs prescrit plusieurs tubes au laboratoire ça les fait flipper quoi ! »

Choc des représentations :

A2 p20 « Ça c'est vrai qu'il y a un rapport au corps différent. Moi je pense à un monsieur qui avait suivi des Pour lequel il était impossible de proposer du soin, enfin en tout cas le fait de toucher à son corps était impossible et ça, ça peut arriver aussi. »

C1 p10-11 « Puis par rapport à... je sais pas comment ils font dans leurs pays, si des fois on attend d'être malade pour se soigner, on attend de ressentir une douleur, ou quelque chose qui n'est pas normale pour se soigner. Ici ils arrivent, on leur dit « bon ben vous allez aller faire un dépistage, alors dépistage ça veut dire qu'on va vous analyser pour voir si quelque chose ne va pas » et si dans leurs pays on attend de voir si quelque chose ne va pas, et si là on cherche ce qui va pas, et qu'est-ce que ça peut représenter ? »

C4 p23 « Et elles voient leur bébé aux échographies, on leurs dit que le bébé va bien, mais elles ne le comprennent pas forcément comme ça, parce qu'elles n'ont pas vu un bébé comme on peut l'imaginer. Ça c'est difficile. En fait là on est sur : qu'est-ce que c'est la santé pour nous et qu'est-ce que c'est la santé pour eux ? »

C4 p24 « Les percentiles c'est juste horrible ! Moi les dames qui viennent après leurs échos et qui montrent les percentiles... Je n'ai pas envie que les médecins donnent des percentiles aux patientes demandeur d'asile ! Ou alors le résultat de la trisomie 21... « Vous avez un risque sur 125000 ». Donc du coup ils veulent faire une amniocentèse ? Ah bah non en fait, parce qu'un risque sur 125000 c'est peu. Oui mais il y a un risque ! C'est hyper compliqué de leur expliquer ça. Nous c'est quelque chose de très simple pour nous, ok, un risque sur 125000 bon bah j'ai compris le principe. »

2) Trouver la bonne posture :

a) La question du rôle :

i. S'investir d'une mission :

Accompagner vers/ devoir « de faire » :

B1 p17 « ben c'est notre rôle d'orienter quand quelqu'un a mal aux dents vers un dentiste, donc en fait pourquoi si le gars... »

C3 p1 : « : Moi c'est par réflexe, c'est à dire ben quand les personnes elles arrivent on les envoie vers un médecin qui va faire la visite d'accueil d'entrée et euh... En fait je me dis c'est le médecin qui gère quoi, »

A3 p1 : « Et on les accompagne physiquement sur le premier rendez-vous, parce qu'après ils ont une autonomie complète sur ... »

A4 p12 : « et ouais donc après, on les amène la première fois, on les accompagne...enfin moi je les accompagne, je reste avec eux, et euh... Ouais, des fois je reste pendant que... bah vous parlez avec euh... (*rire*) avec les personnes dont on s'occupe, des fois je reste, des fois je préfère partir »

C2 p1 : « Moi du coup, c'est des choses sur lesquelles, nous on parle beaucoup, on a cette mission aussi d'accompagner les gens dans l'accès aux soins, il est vrai que on, moi, pour moi, le dépistage sous quelque forme qu'il soit c'est bien mais euh... »

C3 p25 : « C'est vrai que souvent on a une posture où peut-être aussi, on les pousse à faire ça tout seul. Par exemple ce matin j'ai accompagné un monsieur à la PASS justement, et du coup je lui ai montré où c'était, comment on s'enregistrait, où est ce qu'on attendait, je suis allée dire bonjour à *****, je les ai présentés, et je m'en vais et après tu fais ton truc, tu rentres chez toi et après si tu veux tu me diras pour ton prochain rendez-vous ou pas, c'est à toi, ça t'appartient. Et du coup, on le présente comme ça dans notre façon de faire, on met en connexion et on s'en va, on ne reste pas. »

C3 p7 : « Nous on est dans l'accompagnement social globale, donc ça veut dire que ça englobe le médical, l'accès aux soins plus plus, ça c'est super important. »

C3 p7 : « Après concrètement, moi je fais très attention prendre le premier rendez-vous de VME, visite médicale d'entrée de l'OFII. Et lors de ce premier rendez-vous il y a toujours une batterie de chose à faire, la radio, la prise de sang, acheter le vaccin, c'est presque toujours comme ça, »

A1 p12 « A1 : bah juste y'a un autre cas de figure, quand les personnes elles arrivent, qu'elles ont déjà des droits ouverts à la CPAM, bah là on les envoie vers un médecin traitant, qui lui lance les démarches. Et pareil là on les accompagne au moins au premier rendez-vous, voir plus si nécessaire. »

C1 p2 : « Alors moi pour ce qui est dépistage, ça fait partie d'un, ben voilà quand les gens arrivent effectivement tous ces dépistages c'est quelque chose qui doit être fait »

C3 p12 : « : Moi je dis un peu que c'est obligé, obligatoire la visite médicale d'entrée, que c'est dans tous les CADA, les personnes elles ont une visite avec le médecin. »

Urgences d'agir :

A3 p10 : « Nous dès qu'on les oriente, on va nous dire « attention on a engagé aucune démarche soins », ok dans ce cas-là, le réflexe s'est d'appeler tout de suite la PASS pour prendre rdv rapidement »

A3 p12 « Quand ils ont pas euh... ouais On a une obligation de rapidité quand même. »

Devoir de contrôle/ devoir de surveillance.

C3 p7 : « Et du coup c'est aussi à nous de veiller si les personnes elles ne reviennent pas vers nous, de bien prendre les rendez-vous, en tout cas d'accompagner la personne au laboratoire, enfin qu'elle y aille bien, parce que des fois le médecin, c'est pas lui qui va relancer en disant « hé ho vous avez pas fait votre prise de sang », oui je trouve que ça, ça fait partie de notre job de surveiller tout ça et puis après qu'ils récupèrent les résultats mais en principe les résultats sont envoyés au médecin et s'il y a un soucis il nous rappelle en principe. »

A3 p10 « Y'a les deux profils. Nous dès qu'on les oriente, on va nous dire « attention on a engagé aucune démarche soins », ok dans ce cas-là, le réflexe s'est d'appeler tout de suite la PASS pour prendre rdv rapidement ; et qu'ils engagent le dépistage. Et puis si euh... Après certains vont dire « ah bah orientation, par contre y'a déjà eu parcours PASS qui a été déjà fait ».

Devoir de protéger les autres :

A3 p14 : « Et il m'a dit « tout va bien, je n'ai rien à te dire », bon, d'accord (*Rires*). Donc moi ce qui m'avait un peu sidéré c'était le coté déni, et on était en structure collective, donc on savait qu'il y avait quand même pas mal de vigilance à avoir et tout... Notamment quand, on sait très bien les jeunes comment ils font, ils prennent leur verre, ils boivent, ils mettent dans l'évier, l'autre il prend dans l'évier, il ne rince même pas, il boit aussi... »

A3 p16 : « Comment on intègre aussi le fait que, voilà on est dans du collectif, il est en contact avec énormément de personnes, et y'a pas de geste, en tout cas de précaution qui sont respectées... Et voilà c'était une personne avec qui c'était difficile de le raccrocher à un suivi médical quoi. Donc euh ... voilà, c'est aussi la question de... Voilà bah nous on a cette info et après qu'est-ce qu'on fait avec ça quoi. »

A4 p4 : « Euh oui aussi eux de se prendre en charge, savoir faire les bons gestes pour, bah justement ne pas être contagieux pour les autres aussi. Du coup la prise en charge elle est sur plusieurs niveaux, nous, les professionnels et eux, de leur côté [...]Et en même temps c'est important aussi qu'on sache certaines choses, concernant la gestion bah de Comment on va les gérer avec les autres, comment nous on va se comporter avec eux. Et puis il y a ce secret médical qu'on doit respecter en même temps, on doit jongler avec et ce n'est pas forcément facile.

ii. Être poussé en dehors de ses compétences :

B1 p13 : « Et on m'avait demandé pareil d'accompagner, et ben déjà je ne suis pas psy et en plus je ne peux pas traduire exactement, enfin c'est hyper compliqué... »

Avoir le mauvais rôle :

A2 p28 : « oui c'est ça, ben en fait c'est ça on n'est pas là pour, j'ai l'impression que ça repose encore une fois sur nous, si c'est une question de dépistage, donc c'est une politique de santé publique ça nécessiterait peut-être qu'il y ait des moyens supplémentaires, je ne sais pas, ça pourrait être des postes de médiateurs santé qui pourraient éventuellement se déplacer, dans des centres d'hébergements collectifs, ou des choses comme ça. Mais pas encore une fois nous faire peser les carences du système parce qu'effectivement comme tu le dis ce n'est pas vraiment notre rôle quoi ! On est à l'interface de pleins de choses »

B1 p12 : « Moi les seules fois où on m'a demandé d'accompagner, c'était pour faire la traductrice.... Sauf que je ne parle pas la langue de la personne qui est à côté de moi, du coup c'était un peu euh... Ouais je suis un peu d'accord sur ce que tu dis, on se repose un peu beaucoup - enfin certains professionnels, pas tous - mais on se repose beaucoup sur nous en mode « bah traduisez nous s'il vous plait », bah je ne parle pas pachou je ne parle pas dari je ne parle pas.... Pleins de choses quoi ! **(Rires)** Du coup c'est un peu compliqué pour ça franchement »

E1p15 l24-26 : « ... Et j'avais trouvé ça pas très juste que ce soit nous qui nous tapions ce rôle-là, parce qu'en plus, en termes d'arguments, on peut en avoir, mais on les a pas tous, c'est-à-dire que niveau de la santé c'est pas nos compétences et... »

Être l'intermédiaire

B2 p11 : « ... Et dans mon ancien travail j'assistais à beaucoup de rendez-vous parce qu'il y avait un problème au niveau de la langue et mais aussi au niveau culturel, et ils avaient vraiment confiance en moi, et ils connaissaient pas les professionnels. Les professionnels me connaissaient, du coup on faisait du lien comme ça pour qu'ils puissent avoir accès aux soins, parce qu'il y avait des grosses problématiques de santé. »

B2p13 « Ben ouai du coup, moi ça m'arrive, si je peux faire un maximum, je fais des lettres indicatives pour dire par exemple « la personne elle a telles douleurs ou elle voudrait tel traitement », enfin j'en sais rien, je connais pas les choses, mais pour expliquer vite fait ce qui se passe et ce qu'il aimerait dire, car on a plus le temps enfin dans un entretien de prendre le temps de savoir pourquoi, enfin « qu'est-ce que tu as ? » « Qu'est-ce que tu aimerais que le docteur t'aide, sur quoi tu aimerais être aidé ? » et du coup je fais souvent des lettres comme ça, et après je leur dis « ben tenez, tu donnes à ton médecin et il va le lire » peut-être que ça va servir ou peut-être pas **(rire gêné)** j'en sais rien, mais pour qu'il se sente un peu soutenu, parce que des fois ouais ça faisait des... »

Devoir être médiateur :

C2p21 « De l'entourage ? Comme disait C1 pour moi un peu la même expérience, moi c'était la femme d'un monsieur qui avait une hépatite... Avec barrière de la langue c'était arabophone etc... Et du coup bah elle dit « mais comment je peux vivre avec lui ? Je peux plus il est malade ! » » Et puis il y a la tension de ce truc administratif qui fait que, déjà on est dans une situation administrative un peu merdique entre guillemet et « encore il me ramène cette maladie » » Et du coup faut faire la médiation là-dedans, faut être dans un truc où on doit être informé sur [l'usage de] la brosse à dent, combien de temps, comment, etc... C'était compliqué quoi (*Rit*) Ouais ce n'est pas facile faut être dans la médiation dans quelque chose d'assez équilibré quoi. »

Ce n'est pas mon rôle :

A3 p15 « Et puis en même temps y'a eu un moment donné je me suis dit « merde, on est pas docteur quoi, c'est pas à nous de le dire », de l'appréhension, j'avais envie que y'ait vraiment, à un moment donné, une concertation collective, et que ce soit pas à nous à lui dire en fait euh... »

A4p17 « Les diagnostics, moi je ne suis pas sensée m'en charger, je suis pas sensée les annoncer et donc du coup je suis là, ils sont là, à me regarder (*rires de du groupe*) à se demander qu'est-ce que c'est ce papier, puis finalement ils ont compris que c'était l'hôpital, et heu et du coup je me dis est-ce que je dois leur dire... je dis « je pense que c'est négatif » ou alors... C'est pas tout à fait mon rôle. »

A5p17 « Un médecin qui annonce les résultats, ça serait quand même mieux. »

B2p11 « Bah c'est pas notre métier. »

E3p2 I9-11 : « Voilà et c'est plutôt le fait d'interpréter les résultats qui sont..., les gens ils attendent de nous et que moi je dis non là moi là j'interprète pas de résultat quoi. »

Être en dehors de ses compétences

A3 p15 « Et j'avais trouvé ça pas très juste que ce soit nous qui nous tapions ce rôle-là, parce qu'en plus, en termes d'arguments, on peut en avoir, mais on les a pas tous, c'est-à-dire que niveau de la santé c'est pas nos compétences et »

A2 p28 « Oui c'est ça, ben en fait c'est ça on est pas là pour ça, j'ai l'impression que ça repose encore une fois sur nous. »

C1 p23 « Ce que je trouve inconfortable c'est que, parfois finalement c'est nous qui sommes amenées à rendre un résultat à quelqu'un alors qu'on ne maîtrise pas la maladie. »

Rester dans ses compétences :

B2 p5 : « Même quand on les oriente vers les médecins traitants, bah ils regardent le dossier et même au niveau de la vaccination, et ils refont le point avec la personne directement. Mais c'est vrai que nous euh... Bah je trouve qu'on a moins cette place-là. Ce n'est pas notre rôle en fait. »

Savoir dire non :

A1 p18 : « Et des fois on sait pas trop, on essaie de mettre le curseur, en se déchargeant un peu de ça, mais c'est eux qui viennent nous solliciter nous clairement, pour ça, donc on est... »

B2 p11 « Et on était allé voir la gynéco, et moi je ne voulais pas assister au rendez-vous et elle m'a un peu obligé, la personne, à venir, et du coup je n'm'y retrouvais pas et j'étais assise, »

C3 p2 « Voilà et c'est plutôt le fait d'interpréter les résultats qui sont... Les gens ils attendent de nous et que moi je dis non là moi là j'interprète pas de résultat quoi. »

Se sentir acculé par les responsabilités :

A1 p18-19 : « Pareil parfois on a des ordonnances, on est là comme tu dis quand ils vont à la PASS pour des examens, ben des fois on reste, des fois on ne reste pas, mais après les soignants viennent nous dire à nous « Ah ben il va y avoir tel traitement à faire » et nous on est obligé de faire le lien. J'ai eu il n'y a pas longtemps, cet exercice-là, et ben on doit apprendre à les voir garder les médicaments, leurs expliquer qu'il va falloir prendre ça à tel moment et attention ça risque de faire ça si vous en prenez trop. »

Sentiment de solitude :

A2 p16 « Avec un monsieur qui avait également une pathologie psychiatrique assez importante, et qui du coup ne prenait pas vraiment ses traitements, même pour la pathologie dont il était question. Et qui du coup avait un rapport au soin très vaporeux, très fuyant, on avait aucune manière de s'assurer que... que voilà il prenait bien ses traitements, que tout ça ... Et du coup nous on était un peu seul face à cette situation quoi. »

B2p12 « J'étais intervenante sociale mais j'étais toute seule sur le service qui venait de s'ouvrir, c'est Relogement des ADL Afghans. C'est des personnes qui ont travaillé pour l'ambassade de France en Afghanistan et du coup, comme il y a eu l'arrivée des talibans, on leur a fait une promesse : « bah si vous venez en France vous aurez les papiers etc, un logement ». Et du coup ils ont eu les papiers on les a relogés, ils étaient au Mans, ils ont été relogés à Grenoble, et du coup moi je devais les autonomiser pendant 10 mois, et j'étais seule, mon chef de service n'était pas là, on avait pas une structure fixe... Du coup je portais beaucoup de choses et du coup ça faisait beaucoup de choses euh... »

Sentiment d'impuissance :

A3 p15 « Et puis en même temps y'a eu un moment donné je me suis dit « merde, on est pas docteur quoi, c'est pas à nous de le dire », de l'appréhension, j'avais envie que y'ait vraiment, à un moment donné, une concertation collective, et que ce soit pas à nous à lui dire en fait euh... »

A3 p15 « Et j'avais trouvé ça pas très juste que ce soit nous qui nous tapions ce rôle-là, parce qu'en plus, en termes d'arguments, on peut en avoir, mais on les a pas tous, c'est-à-dire que niveau de la santé c'est pas nos compétences et... »

A2 p16 « Avec un monsieur qui avait également une pathologie psychiatrique assez importante, et qui du coup ne prenait pas vraiment ses traitements, même pour la pathologie dont il était question. Et qui du coup avait un rapport au soin très vaporeux, très fuyant, on avait aucune manière de s'assurer que... que voilà il prenait bien ses traitements, que tout ça ... Et du coup nous on était un peu seul face à cette situation quoi. »

C2 p9 « Pas rassuré par rapport au fait que j'avais pas assez d'informations pour pouvoir répondre aux questions du monsieur, parce qu'il y avait une barrière de la langue et qu'il ne comprenait pas forcément le médecin et la pathologie qu'il avait et ce qu'il avait fait, il y a eu des examens, il avait une hépatite et du coup lui il savait pas, et après en fait on a découvert qu'il y avait eu des choses dans son pays et dans d'autres pays il y avait eu de la prévention, des choses faites avant mais que du coup pour lui dire « ah ben c'est ce que tu as eu la bas, parce qu'en fait c'est comme ça, comme ça » ben avec la barrière de la langue et cetera c'est compliqué... voilà le manque d'informations. »

C1 p22 « Moi je trouve que c'est ça qui est un peu inconfortable, c'est qu'ils sont stressés et puis on n'a pas trop de réponse à leurs apporter quoi, face à ces résultats. Faut attendre le prochain rendez-vous chez le médecin, alors que s'ils font ça à l'hôpital, en gros ils n'ont pas les résultats ... »

Se tenir en dehors des soins

B1 p14 « Moi dans l'expérience que j'ai eu avec une personne qui avait l'hépatite A, ce que j'ai trouvé de positif, enfin ouais positif on va dire, c'est qu'il gérait tout seul ses rendez-vous, du coup avec la personne à l'hôpital qui lui faisait le traitement ou qui le voyait assez régulièrement pour cette hépatite, donc ben moi j'étais pas forcément au courant, mais après tout c'est sa santé, donc c'est plutôt pas mal. Et ça c'était positif ! »

C3 p1-2 « et je sais pas j'ai pas le réflexe de me dire est-ce qu'il a bien fait euh... le dépistage de l'hépatite B, en fait de temps en temps on voit qu'ils sont orientés vers l'hôpital, on se dit bon ben c'est qu'il y a un problème, mais on sait pas trop, on est pas trop au courant, »

C3 p2 « Voilà ouais, et plutôt de la responsabilité des médecins. Et moi je participe entre guillemets parce que j'oriente la personne vers du coup un médecin pour la visite d'entrée. Après je me dit c'est le médecin qui gère quoi. »

C1 p23 « S'il y a un problème c'est directement le médecin...ou je ne sais pas comment ça se passe...Le médecin qui les reçoit et va tout leur expliquer, ils ne reçoivent pas les résultats entre-temps, nous on a moins de choses à gérer. C'est plus simple (*Rires*) »

Passer la main

A4 p17 « Et imaginons que je fasse une erreur en plus ça serait dramatique. Oui j'avoue je suis pas très confortable, l'annonce des résultats. J'avoue que j'aimerais mieux que ça se fasse, ben chez vous (*en nous regardant*) »

B3 p22 « et souvent dès qu'ils ont des symptômes, on questionne la PASS, ou on les oriente vers le médecin, quoi qu'il arrive donc ... »

C3 p1 « ... en fait je me dis c'est le médecin qui gère quoi »

- S'investir ensemble : le besoin d'interdisciplinarité :

S'investir ensemble :

C4 p3 « Mais c'est vrai comme tu disais on fait vachement confiance aux médecins avec lesquels on travaille. Et en fait ils assurent, donc on sait que s'il y a quelque chose... (*C3 : complètement !*) »

C2 p22 « Et il est vrai que par rapport à la prévention et tout, notamment on parlait du VIH et pas d'autres choses, eh bien nous on essaie quand même de travailler avec la PASS etc, l'espace santé publique et tout. »

C2 p23 « Et puis les médecins ils disent des fois « moi là, je n'y arrive pas ». Et puis il y a des choses qu'ils nous font constater aussi, et puis nous on peut leur dire « Ah bah nous on a ça dans notre structure ». On a ce dialogue avec eux. »

Avoir besoin d'aide/d'autres compétences :

A3 p15 « Et le problème c'est qu'avec les restrictions budgétaires dans le secteur social, l'infirmière, le poste d'infirmière n'a pas été remplacé, et d'habitude ça servait un peu à ça aussi, le côté pluridisciplinaire »

C2 p2 « et je trouve que le fait qu'il y ait une infirmière aussi, moi en tout cas ça a changé ma pratique, parce que maintenant, c'est pas que je cloisonne, mais tout de suite j'oriente vers une personne qui pourra donner ces réponses-là, ou qui pourra lui ouvrir d'autres portes à l'extérieur comme l'hôpital etc.. C'est plus simple. »

C2 p7 « Et du coup maintenant qu'on a une infirmière de coordination, je trouve que ça s'arrête au moment où la situation commence à se complexifier, là où commence à se spécifier, là c'est plus, on passe le relais à C4. »

C2 p9 « Et du coup je me rappelle j'avais accompagné une personne à la PASS, et du coup on avait su, c'était pour un monsieur, il était avec, il vivait, il avait une femme et des enfants et en fait lui il comprenait pas, voilà au niveau de l'hépatite, je serai pas dire exactement mais voilà c'était une hépatite et du coup nous on a demandé beaucoup, beaucoup, beaucoup, enfin moi j'ai posé beaucoup de questions à l'infirmière de la PASS, qui du coup a bien réexpliqué, car il y a aussi cette barrière de la langue, mais j'étais pas rassurée moi en tout cas, en expliquant au monsieur, car du coup je me dis, est ce qu'il va comprendre etc ... »

C2 p20 « C'est peut-être aussi le côté « femme » et puis le côté euh ... L'endroit où il avait mal c'était quand même sensible mais euh... (*Puis s'adresse à nouveau à C4*) Du coup quand je l'ai raccroché sur toi, là j'ai senti qu'il était quand même plus accessible au niveau du... (*Avant*) Il était en errance un peu médicale quoi, je trouvais. »

C1 p23 « Mais bon on a toujours tendance quand même à orienter justement vers le pôle hépatite. Voilà. »

Laisser la main :

A4 p11 « Donc du coup après, en fonction, on s'organise dans l'équipe avec A1 et un autre collègue pour envoyer un mail à la PASS, voilà »

B3 p11 « Non et puis c'est vrai que... Enfin c'est vrai que c'est bien quand ils arrivent sans droit finalement parce que du coup on a assez confiance aussi dans la PASS et le traitement qui est fait des... Enfin, l'accueil qui est réservé aux personnes à la PASS. Du coup c'est vrai qu'en général on oriente de façon assez spontanée, et puis on sait qu'ils gèrent quoi, donc euh.... C'est leur partie, on les laisse faire. Et puis s'il y a un truc, on se met en lien. C'est plutôt ça, hein ? »

C3 p2 « et puis c'est vrai que quand ils nous montrent, par ce que souvent ils arrivent avec leurs analyses de sang, ils nous montrent « alors hépatite B positif et tout ? » et je sais que c'est hyper compliqué, savoir s'ils ont été vaccinés, pas vaccinés, enfin je maîtrise pas du tout quoi du coup ça c'est difficile pour nous par ce qu'ils viennent vers nous, bon moi je renvoie vers le médecin, mais voilà, et... »

C3 p2 « Ouais après ils sont orientés vers le Dr X , on se dit bon ben il doit y avoir un problème, bon ben voilà mais ouais c'est pas quelque chose, ouais je sais pas ça fait pas partie des trucs que je check à l'entrée quoi, enfin je laisse la responsabilité au médecin de le faire ou quoi, donc j'imagine, franchement j'ai l'impression qu'ils le font toujours systématiquement, même les médecins... »

C3 p7 « Et euh... après quand ça devient plus compliqué, moi j'avoue que je passe le relais à C4 »

Solidarité interprofessionnelle / maillage réconfortant :

B2 p12 « Ouais, bah parce qu'en fait euh... Je trouvais que je suis allée au-delà de mes missions de base et du coup j'ai pas pu donner une partie de mes missions à d'autres professionnels, et ça c'était hyper dur. Enfin je me sentais vraiment seule. Enfin je me sentais vraiment seule, la famille était très heureuse hein, mais le problème c'est que le jour où je suis partie ça a été très dur parce que j'étais là de A à Z, et c'est pas évident quoi. Mais ouais, enfin je trouve qu'on doit s'entraider tous en tant que professionnel peu importe les horizons, pour qu'on fasse avancer la famille, l'usager, vers une autonomie, qu'il puisse se sentir en confiance mais avec tous les acteurs, parce que un c'est trop lourd à porter quoi. Voilà. »

C3 p22 « Bah ce qui est confortable c'est le lien qu'on a avec la PASS ou avec le cabinet de médecins généralistes à Montmélian »

Optimiser la répartition des rôles :

A1 p29 « par exemple en mettant un moyen, des moyens sur un médiateur santé, tout le monde est gagnant parce que nous ça nous fait gagner du temps, par exemple sur autre chose, on fera d'autre chose mieux. Et vous les médecins et ben vous allez gagner du temps aussi, même si c'est, j'ai l'impression on veut faire des économies de partout au final, on se marche tous dessus pour faire du boulot à moitié quoi ... »

Partage des responsabilités :

B3 p14 « Je trouve que les rendez-vous en général à la PASS, je trouve ça chouette qu'ils prennent en lien ce lien-là, parce que très souvent les gens auraient tendance à nous demander le numéro du CADA, nos coordonnées à nous pour passer systématiquement avec nous, et je trouve ça hyper chouette quand en fait ben des fois on sait pas « Ah tu as re rendez-vous à la PASS, mais tu sais pour quoi ? - Non mais c'est A (l'infirmière de la PASS) elle m'a dit je crois que c'est ça, je suis pas sûre ». »

Harmoniser l'information / partager l'information :

A2 p8 « Eh ben du coup oui euh, dépistage systématique donc ça renvoie à une politique de santé publique donc moi ça m'a fait penser à l'identification des partenaires sur le territoire, au niveau d'information aussi qui est donné à toutes les personnes qui sont en première ligne en fait avec les personnes migrantes. » »

A3 p15 « Et ça pour moi ça pouvait pas être qu'une parole dans un lieu, il fallait que ce soit un peu toutes les différentes compétences qui soient autour de lui qui lui disent... »

b) Relation travailleur social et demandeur d'asile : lien entre intimité de la santé et confiance

i. Exercer dans l'intimité :

Inconfort dans l'intimité :

A5 p19 « C'est vrai que je vais pas spontanément poser la question. Et si on m'en parle pas, je vais pas creuser dans l'aspect santé et donc cet aspect-là quoi. »

A1 p30-31 « Encore juste un exemple de des fois la difficulté qu'on peut avoir, c'est il y a une personne qui par exemple va avoir une opération, il va y avoir un questionnaire long comme le bras à remplir avec des questions hypers intimes suivant ce qu'il a vécu comme traumatismes dans son pays, c'est à nous de faire la traduction des trucs, donc est ce que ça va être bien traduit, est ce qu'il va comprendre, même nous c'est des questions du coup qu'on va lui poser, il va nous transmettre la réponse, qu'on va écrire, des trucs hypers intimes, des fois c'est pas facile pfiouuu, c'est pas facile notamment pour les opérations, les trucs comme ça... Après là pour le coup c'est notre rôle, mais c'est pas hyper simple »

B2 p11 « Moi ça m'est arrivé... Enfin pas pour la vaccination, de façon générale, ça m'est arrivé dans mon ancien travail, et dans celui-là, d'être restée. Mais je déteste ça, c'est un truc que je supporte pas de rester à ce moment-là, parce qu'on rentre la vie privée de la personne et je m'y retrouve pas en tant que professionnel... »

B2 p12 « Enfin, je sais pas comment me positionner face à ça. Et déjà qu'on est beaucoup avec les usagers dans le quotidien, en plus si on est au niveau de la santé, je trouve qu'on est encore plus dans leur vie. »

B2 p24 « ben ouais il avait reçu un courrier et du coup je pense que c'était très compliqué de lire, et moi je l'ai regardé, j'étais là « je sais pas lire ça, désolé » et comme il avait pas de droit, je pouvais pas l'envoyer vers un médecin traitant pour qu'il prenne le temps avec lui et en même temps si ça dure 30secondes, ça vaut pas la peine pour le médecin et pour lui, du coup je lui ai demandé si je pouvais appeler l'hôpital pour savoir enfin pour avoir les résultats et il m'a dit OK. Mais pareil c'est un peu gênant de savoir... »

C2 p20 « Bah des fois tu vas dans l'intimité aussi. »

Avoir charge d'âme :

B2 p12 « Et par rapport à mon expérience précédente, j'ai l'impression de faire partie de la famille, de faire partie de ... ouais de leur cocon et ... Parce que je connaissais tout de A à Z de leur vie, et au bout d'un moment c'était trop oppressant. Enfin ça je supportais pas du tout, parce que du coup ils arrivaient pas à faire le détachement, et c'était difficile quoi. »

B2 p12 « Enfin j'étais dans la vie de la famille tout le temps, de toutes les familles que j'accompagnais. Et c'est vrai que je n'étais pas trop supportée, et donc être tout le temps dans tous les rendez-vous avec eux c'était vraiment difficile... Enfin au niveau de la santé c'était quelque chose que je n'aimais pas trop. (Rires nerveux) Enfin voilà. »

C3 p9 : « et du coup quand j'ai su ça j'étais hyper inquiète pour sa femme, parce que je me disais « mince il lui a filé et tout et tout » et puis je me posais pleins de questions, j'avais beau poser pleins de questions à l'infirmière « Est-ce qu'il lui a filé ? comment on va faire ? » Et du coup la relation du couple parce qu'en plus ils étaient déjà en conflit (« ouais c'est vrai », acquiescement de C1 et C2) tu vois j'avais trop peur et du coup ça m'avait un peu stressé avec tout ça, le conflit entre eux deux, plus ça qui se rajoutait, »

Epuisement de l'aidant :

B2 p12 « Et par rapport à mon expérience précédente, j'ai l'impression de faire partie de la famille, de faire partie de ... ouais de leur cocon et ... Parce que je connaissais tout de A à Z de leur vie, et au bout d'un moment c'était trop oppressant. Enfin ça je supportais pas du tout, parce que du coup ils arrivaient pas à faire le détachement, et c'était difficile quoi. »

C2 p21 « De l'entourage ? Comme disait C1 pour moi un peu la même expérience, moi c'était la femme d'un monsieur qui avait une hépatite...Avec barrière de la langue c'était arabophone etc... Et du coup bah elle dit « mais comment je peux vivre avec lui ? Je peux plus il est malade ! » » Et puis il y a la tension de ce truc administratif qui fait que, déjà on est dans une situation administrative un peu merdique entre guillemet et « encore il me ramène cette maladie » » Et du coup faut faire la médiation là-dedans, faut être dans un truc où on doit être informé sur [l'usage de] la brosse à dent, combien de temps, comment, etc... C'était compliqué quoi (Rit) Ouais ce n'est pas facile faut être dans la médiation dans quelque chose d'assez équilibré quoi. »

Trouver la bonne posture

A4 p12 « Et ouais donc après, on les amène la première fois, on les accompagne...enfin moi je les accompagne, je reste avec eux, et euh... Ouais, des fois je reste pendant que... bah vous (elle s'adresse à Roxane et moi) parlez avec euh (rire) avec les personnes dont on s'occupe, des fois je reste, des fois je préfère partir. De toute façon il y un moment où je dois partir pour une question de secret médical... voilà. Mais généralement je sens qu'ils sont... pas effrayés mais qu'ils ont envie de que je reste donc je reste un petit peu. »

A4 p19 « Et puis même je trouve que dans l'annonce des résultats, moi perso j'ai jamais eu le cas de figure où c'était positif, mais admettons que ça arrive, si la personnes est affolée et veut absolument garder ça secret euh.. C'est quoi mon positionnement vis à vis de l'équipe ? Est-ce que euh... ouais moi j'avoue que je serais très, très mal à l'aise. »

B2 p11 « Et on était allé voir la gynéco, et moi je ne voulais pas assister au rendez-vous et elle m'a un peu obligée, la personne, à venir, et du coup je n'm'y retrouvais pas et j'étais assise, »

L'intime permet la rencontre, elle révèle la personne dans sa globalité :

A3 p24 « Ben on se plonge au cœur de leurs cultures (ton de l'humour) à ce moment-là, on les saisit un peu mieux, là où ils pourraient faire du paraître face à la santé, ils sont beaucoup moins dans le paraître et on arrive beaucoup plus à intégrer leurs cultures et du coup, dans leurs incompréhensions de ce qui se passe, dans la peur, on le prend ensemble et qu'est-ce qu'on va faire avec ? Et du coup je trouve que vraiment dans la santé, dans le secteur de la santé, on se plonge vraiment dans leurs croyances, dans leurs cultures... »

ii. Confiance au cœur du lien entre travailleur social et demandeur d'asile :

Aborder la santé favorise une confiance mutuelle :

C4 p19 « Et puis des fois c'est peut-être ça aussi... C'est par ce biais-là qu'on arrive à commencer la relation de confiance avec la personne. Parce que, du coup, la personne elle vient nous dire une fois, deux fois : « ça ne va pas, j'ai mal à la tête, j'ai ci j'ai ça » Et là, au bout de la deuxième fois peut-être, on va commencer vraiment à insister, à rester avec et dire « ah bah, je sais ce que tu ressens ». Et on va commencer à tout mettre en place pour que... Pour que ça aille quoi. Mais la santé c'est... C'est un des points d'accroche des personnes. »

C2 p19 « Ouais... Après C2 tu le vois aussi toi. Enfin je ne sais pas, je sens quand même que tu as un rapport privilégié toi avec les personnes, C'est-à-dire que la santé quand même les gens après ils sont... Ils sont contents, ils sont reconnaissants... Je ne sais pas comment dire. »

Relation de confiance / être la personne de confiance :

A3 p25 : « ...et puis c'est une vraie confiance. »

A5 p25 « c'est ce que j'allais dire, il y a la notion de confiance qu'ils mettent en nous »

A5 p25 « Parce qu'il y a un lien privilégié, ils savent que voilà, quand il y a besoin c'est nous qu'ils appellent, c'est nous, enfin quand il y a une difficulté quand il y a une question, quand il y a quelque chose ils ont repéré qu'on était la personne un peu référente pour leur apporter de l'aide... voilà »

Créer un climat de confiance :

C4 p18 « Mais après, petit à petit, à force, quand la personne elle prend confiance, bah là on commence à parler de la santé, côté un peu somatique quoi. »

c) Rapport au cadre

i. Cadre rassurant / rester dans le cadre

a)

Besoin de cadre :

A4 p19 « Et puis même je trouve que dans l'annonce des résultats, moi perso j'ai jamais eu le cas de figure où s'était positif, mais admettons que ça arrive, si la personnes est affolée et veut absolument garder ça secret euh.. c'est quoi mon positionnement vis à vis de l'équipe ? Est ce que heuuuu ouais moi j'avoue que je serais très très mal à l'aise. »

C2 p7 « C4, moi je trouve que ça a changé la donne ta présence ici, moi en tout cas, travailler avec toi ça a changé la donne, parce que du coup avant on y allait quoi, enfin moi j'y allais quoi, jusqu'à la demande, enfin jusqu'au bout parce que du coup en fait il y a le médecin et du coup les seules personnes qui peuvent accompagner... »

C4 p16 « Tu vois ? Et du coup je me dis que si c'est une maladie à déclaration obligatoire alors oui donc le certificat, enfin le dépistage devrait être obligatoire, et du coup en fait tout ça moi je ne sais rien du tout en fait, je me rends compte »

C2 p28 « Bah quand les gens ont accès à ça (bilan de santé à la PASS) et qu'ils reviennent avec des ... Le médecin il fait un compte rendu ultra circonstancié quoi, du coup bah nous on n'a pas besoin de mettre nos pauvres mots de ... (Mots qu'elles écrivent aux médecins lorsqu'un patient va en consultation) « Ah bah il a mal à la tête, trois fois dans le mois, je vous l'envoie ». Là on a des termes techniques, des choses... Et puis en fait euh... »

Besoin de protocoliser :

C4 p3 « Voilà, je suis pas des masses informée sur les dépistages de manière générale des primo-arrivants alors que je me rends compte que c'est vraiment quand même quelque chose que je devrais savoir, parce que là oui si j'avais une check liste est ce que la personne a été dépisté ? »

C4 p5 « D'où l'intérêt de savoir, qu'est-ce qu'il y a à dépister euh... et comment et que ça soit presque un automatisme. »

Rester dans le cadre légal :

A3 p18 « Moi je fais une lecture, quand ils me disent, « mais ça veut dire quoi hépatite B », moi je dis « ben je sais pas » « tu verras avec ton médecin » c'est écrit hépatite B machin, hépatite A machin ... On fait une lecture et quand il me dise « mais ça veut dire quoi ? », je dis « je sais pas ». »

A3 p18 « Oui on a le droit de lire un courrier. Quand ils ont un rendez-vous à Pôle emploi, on leur dit « Pôle emploi... » on leurs lit la convocation donc ça c'est bon. »

Être rassuré par les injonctions :

C4 p16 « Oui mais du coup je m'étais dit que si c'est une maladie à déclaration obligatoire ça me semble cohérent que le dépistage soit obligatoire, c'est ça que je voulais dire. Je ne peux pas imposer à quelque de déclarer une maladie alors qu'on ne lui a pas imposé de la dépister. »

C4 p16 « Non moi je suis vaccinée, haha ! (Rire) Donc si, sûrement, peut-être à l'école d'infirmière, mais je sais que je suis vaccinée, ouais. (Rire) Parce qu'il me semble que c'est obligatoire pour les soignants... »

Contraindre pour faire au plus simple :

C3 p12 « Moi je dis un peu que c'est obligé, obligatoire la visite médicale d'entrée, que c'est dans tous les CADA, les personnes elles ont une visite avec le médecin »

C3 p13 « Alors moi j'enchaîne, je fais pas tout un laïus surtout quand il parle pas français et que je dois tout faire en anglais. Mais en gros j'enchaîne sur le fait qu'il y a une visite médicale qui est obligatoire, en CADA, et par contre je détaille pas... »

ii. Cadre contraignant / se libérer du cadre :

Prendre du recul / remettre en question le cadre :

A3 p21 « Et quand tu prends un peu de recul, tu te dis mais c'est vrai de quoi ? Si la personne elle refuse, elle refuse. On n'a pas le droit de la menotté pour l'amener à la PASS. »

Se libérer du cadre pour mieux faire :

A1 p18 « Après on n'est pas censé leurs dire ce qu'il y a .. on essaye, on fait au mieux...mais après... »

Respecter le secret médical :

A4 p5 « Euh... qu'est-ce que j'avais mis d'autre... Euh... Du coup y'a aussi le « secret médical », moi ça m'interpelle toujours un peu parce que du coup ils sont pas obligés de tout nous dire normalement, je pense... je suis pas sûre. »

A3 p10 « Systématiquement dans l'accueil on leur demande, en sachant qu'on leur dit qu'ils ont le droit de pas nous répondre. Parce que le secret médical c'est quelque chose qui est très français et du coup ils découvrent un peu ce côté confidentialité de mon corps, de mon état de santé, et comme c'est un droit fondamental en France, on accentue un peu. »

A3 p15 « Ouais je me souviens que ça faisait un peu le scénario catastrophe et ce jeune, il ne fallait surtout pas qu'on le dise aux autres, il ne voulait pas qu'on le dise aux autres, de toute façon ça c'était clair qu'on allait pas le dire, mais par contre on lui a dit qu'en fait il était un peu dans l'obligation de prendre soin des autres et de prendre soin de lui quoi »

Déroger au secret médical pour protéger les autres :

C4 p16 : « Moi je sais que quand je faisais une prise de sang - et ça, ça n'a rien à voir avec mon expérience INTERMED, à quelqu'un qui avait une hépatite B, tout le monde le savait que le patient il avait une hépatite B, bah parce qu'il ne fallait pas faire un accident d'exposition au sang quoi... »

C4 p27 « Et le patient lui-même ne sait pas s'il a le COVID ! Donc ça c'est vrai qu'avec cette équipe-là n'est pas là-dedans quoi. Alors elles respectent... Je ne dis pas qu'elles ne respectent pas le secret professionnel. Mais dans l'intérêt du patient il est important pour les intervenant sociaux de savoir ce que peut avoir le patient. Et moi je fais pareil avec vous. Quand pour moi c'est important que vous sachiez quelque chose, je vous le dis. »

d) Trouver du sens pour investir le dépistage :

Trouver du sens si procédure formalisée :

C1 p18 « D'où l'intérêt de savoir, qu'est-ce qu'il y a à dépister euh... et comment et que ça soit presque un automatisme. [...] ...C'était quelque chose de très formalisé..... On savait qu'il y avait dépistage tuberculose du coup pour moi c'est beaucoup plus euh... Enfin j'ai beaucoup plus d'attention sur ce dépistage de tuberculose que sur l'hépatite B. »

C4 p18 « Oui, on donne plus de sens. »

C1 p18 « Oui on donne plus de sens plus d'importance que l'hépatite B ouais... En plus bah il y a cette euh... ouais... *(ne termine pas sa phrase)* »

Trouver du sens par l'expérience vécue :

B3 p8 « Enfin je veux dire, à la rigueur la tuberculose c'est le seul truc qu'est obligatoire, ça prend du sens pour moi parce que y'a déjà un gars qui l'avait eu, toute la coloc était un peu en stand-by, ça peut être dangereux, ça peut être grave, il peut y avoir des suites. Et ça peut se refiler hyper vite sur une coloc. Donc ça OK, ça je peux entendre, mais enfin y'a des trucs euh... Même nous on est pas obligé de le faire, pourquoi on irait le chercher chez eux ? Enfin, ça me... »

B2 p23 « Par ce que les... Enfin moi, euh... Je raconte ma vie personnelle, mais ça m'est arrivé pour les chlamydias de les avoir, mais je l'ai su par un dépistage de mon université, mais pareil on est pas beaucoup informé, on est pas, enfin on a des douleurs au ventre, mais ça pourrait être autre chose carrément... Et du coup quand on m'a annoncé ce que c'était et que tu pouvais ne pas avoir d'enfants, j'étais un peu stressée mais ouais on est pas, ouais je trouve qu'on est pas informé, et sur toutes les maladies, je pense qu'on peut pas tout savoir non plus, mais, enfin je sais pas où je voulais en venir, bref, mais du coup, je trouve que c'est pas pour une maladie, c'est pour un peu tout le panel. Enfin moi je sais que les chlamydias ça m'avaient foutu une grosse claque et eu... ça s'est soigné mais je sais pas.

B2 p24 « enfin j'avais des douleurs, mais que j'aurais pu avoir, avec la diarrhée... « ha j'ai super mal au ventre » ben c'est la même chose, j'aurai jamais cru que ça pouvait être un truc pareil. Du coup c'est bien les dépistages »

C3 p9« Et là il y a un monsieur qui est arrivé, qui avait déjà été soigné au pays et c'est en France récemment, pas à Chambéry, mais dans une autre ville, on lui a fait des examens et il pensait qu'il avait une gastro et on lui a dit non c'est pas la gastro, c'est votre cancer du foie qui revient. Ce n'était pas un dépistage à proprement parler, parce que c'est lui qui est allé aux urgences, mais ça aurait pu être retrouvé dans le cadre d'un dépistage avec des prises de sang traditionnelles du dépistage. »

Possibilité d'agir légitimise le dépistage :

B1 p5 « Ouais, et du coup bah après il avait été suivi, pour être traité. Donc là, bah ok ça tombe sous le sens »

B1 p6 « Ouais ! Bah y'avait une suite quoi, il avait une hépatite, ok, mais du coup bah y'avait le traitement avec et du coup bah.... Ça menait à quelque chose. »

B1 p15 « ben toujours dans la cas de l'hépatite A, qui a été découverte pour un résident. Ben du coup c'était cool, parce qu'elle a été découverte et j'imagine qu'elle a pas été découverte avant et donc il a pu avoir le traitement. »

B1 p15 « oui mais du coup le dépistage, en-fait le faite que quand il arrive ici il se face dépister , qu'ils la trouve, ben en France ici et qu'après ils lui proposent le traitement adéquate, ça c'est cool du coup. »

C3 p21 « Il y a une dame qui avait été dans la batterie des dépistages de départ, et elle était séropositive (HIV) et enceinte... Là au moins c'était un dépistage ... Qui après avait enclenché tout un suivi spécifique. Et finalement dans le cadre de la grossesse, si elle n'avait pas eu cette grossesse, est-ce que la batterie de dépistage aurait fait aussi vite ou pas, normalement oui... ? »

Inutilité du dépistage :

B1 p20 « Puis en plus ça mènerait à quoi de savoir si on a l'hépatite B ou pas ? »

Une opportunité à saisir (titre de séjour étranger malade) :

A3 p9-10 « Par contre l'hépatite B ça peut faire valoir quand même un droit au séjour dans le cadre d'un titre de séjour pour personne étrangère malade ; étranger malade, c'est le nom du titre. Et dans ce cas-là, en plus de l'asile on leur proposera de faire une demande concomitante au niveau de la préfecture, et donc il va falloir se mettre en lien le corps médical, pour qu'il certifie à ce moment-là, suite au dépistage, la maladie de la personne, et s'il y a une absence de soins dans son pays d'origine, si aussi, au niveau de sa maladie, si c'est assez évolué et qu'il y a un risque réel en l'absence de soins, pour sa vie... Eh ben dans ces cas-là on peut enclencher aussi un droit au séjour. »

A3 p10 « Ouais culturel sur le côté santé. Voilà, en sachant qu'on leur explique aussi que suivant ce qui se présente au dépistage, ça peut donner aussi un droit au séjour et qu'on peut les accompagner à monter le dossier. »

C2 p1 « C'est à dire, que nous la pathologie souvent on recherche toujours le, enfin vous me comprenez je pense les filles. On est toujours dans un truc où on se dit : ben il y a plusieurs motifs pour du coup accéder au séjour en France et notamment la demande d'asile, c'est un parcours assez

long et très, très, très difficile, et du coup des fois on a d'autres biais, par exemple des titres de séjours étrangers malades qui peuvent faire accéder à, je veux dire la légalité sur le territoire » C3 p10 « et du coup il y a ces échéances et du coup ce n'est pas très jolie mais ça fait une sorte d'espoir administrativement comme disait C1, enfin moi je trouve que ça fait quand même... »

3) Le savoir, moteur de l'accompagnement :

a) Peur par méconnaissance

Être guidé par ses peurs :

A4 p6 « Ok. Et du coup j'ai un post-it qui est sur euh... Au début j'avais marqué « peur », et en fait je l'ai rayé et j'ai mis « appréhension », c'est plus que... personnellement je sais que ça m'inquiète un petit peu et je sais que je dois m'occuper d'eux et de la même manière que les autres, et ça, ça va absolument pas varier...Mais euh... je ne sais pas exactement si y'a des choses que je dois pas faire, et puis j'ai peur aussi, enfin l'appréhension elle est à la fois d'avoir la même maladie qu'eux et à la fois d'être blessante, elle est sur plusieurs choses. Voilà, peur... de pas savoir gérer la situation. »

B2 p16 « Ouais, parce que ça peut stresser une personne si on peut pas soigner, moi ça me stresserait grave, savoir que tu as une maladie mais « OK, mais on peut faire quelques chose ? Non », enfin je trouve que c'est (*Rire*) je trouve que c'est... »

B2 p16 « Il y a le soin ouais, enfin moi c'est ce que je vois. Sinon je trouve que ça peut stresser une personne, enfin moi personnellement ça me stresserait énormément, d'avoir une maladie, et de, d'être pas soigné et... OK. Moi ça me stresse grave. »

C1 p18 « Ouais, moi j'ai trop peur qu'il y en ait un qui arrive avec la gale, les punaises, les machins, les trucs... Donc j'attaque ! (*Rires*)

Craindre la contagion :

A3 p14 « Je crois que, en plus ce qui m'avait un peu, ce qui m'avait beaucoup inquiétée, c'était une annonce qui a été faite où déjà chez nous dans notre collectivité, on avait des gros problèmes de gale, donc y'avait de la gale de partout, euh je me disais « pfff se rajoute l'hépatite B », bon je me disais ... »

A3 p15 « Mais c'est sûr qu'il continuait à l'école, il faisait n'importe quoi, et moi j'ai trouvé qu'on arrivait dans un schéma dangereux, où je me suis dit « en fait, tout le monde va l'avoir ». Oui parce qu'en plus il avait une petite copine, voilà. (*Rires*) Là je crois qu'il fallait qu'on fasse un point. »

C2 p9 « Et du coup je me rappelle, j'avais accompagné une personne à la PASS, et du coup on avait su, c'était pour un monsieur, il était avec, il vivait, il avait une femme et des enfants et en fait lui il comprenait pas, voilà au niveau de l'hépatite, je saurais pas dire exactement mais voilà c'était une hépatite, et du coup nous on a demandé beaucoup, beaucoup, beaucoup, enfin moi j'ai posé beaucoup de questions à l'infirmière de la PASS, qui du coup a bien réexpliqué, car il y a aussi cette barrière de la langue, mais j'étais pas rassurée moi en tout cas, en expliquant au monsieur, car du coup je me dis, est ce qu'il va comprendre etc... »

C3 p9 « Moi un truc qui m'a fait un peu fait paniquer, c'est le monsieur, là dont je parlais, qui a été dépisté, je crois que c'était ici ou à Paris, j'ai un doute, soit ici soit à Paris, et du coup quand j'ai su ça, j'étais hyper inquiète pour sa femme, parce que je me disais « mince il lui a refilé et tout et tout » et puis je me posais pleins de questions, j'avais beau poser pleins de questions à l'infirmière « Est ce qu'il lui a filé ? comment on va faire ? » Et du coup la relation du couple parce qu'en plus ils étaient déjà en conflit (*acquiescement de C1 et C2*) tu vois j'avais trop peur et du coup ça m'avait un peu stressé avec tout ça, le conflit entre eux deux, plus ça qui se rajoutait, et puis après j'avais eu l'infirmière de la PASS, qui m'avait dit « t'inquiète pas, elle l'a pas et on va la vacciner après tout ira

bien il pourra pas lui ... », j'avais dit « Ha ben c'est bon, tout va bien ». Tu sais ça m'avait interpellé en me disant ...

C2 p21 « Si derrière comme tu disais, on rentre dans un dépistage qui revient positif... L'hépatite B moi je n'ai pas connue... Enfin à part ***** (nom d'un résident), mais elle était déjà traitée donc ce n'était pas un risque. Mais ça a été le cas pour la tuberculose, et c'est vrai que si du coup tu as une tuberculose active dans une structure comme celle-ci qui revient ... Wouaaaa (Expression de son appréhension) »

C4 p28 « Oui c'était arrivé que ce soit les infirmières de la PASS ou des médecins qui appellent en disant « Mr Machin son dépistage est revenu c'est la cata, il faut le voir, lui donner rendez-vous tel jour, le renvoyer » Euh... Si c'est le résident lui-même qui avait reçu l'information, peut-être que six mois après qu'il aurait contaminé... »

Peur de faire une erreur :

A4 p17 « Et imaginons que je fasse une erreur en plus ça serait dramatique. Oui j'avoue je suis pas très confortable, l'annonce des résultats. J'avoue que j'aimerais mieux que ça se fasse, ben chez vous (*en nous regardant*) »

A1 p19 « C'est à nous de faire ça, et c'est vrai qu'il faut pas qu'on leurs dise des bêtises, et ils peuvent très bien se retourner contre nous à un moment, pour nous dire « hein vous m'avez dit ça ». »

A4 p26 « Et aussi quand (*elle nous regarde*) votre patient doit prendre des médicaments, est-ce que euh... Ouais ça serait bien quand même, qu'il comprenne vraiment la prise comment prendre les médicaments et à quelle fréquence, car moi je veux bien expliquer mais déjà des fois je comprends pas. Si moi je comprends pas tout, je me dis que, eux, ils doivent probablement avoir encore moins compris ce que vous leurs expliquez et je me dis sur des ... là j'ai pas eu de pathologies lourdes mais je suppose que sur des pathologies lourdes, là vous faites vraiment hyper attention, voilà là je vous fais confiance. »

B3 p21 « J'allais dire est-ce que juste s'il y a les symptômes ou quelque chose, on dirait pas juste d'aller voir le médecin ? Plutôt que d'influencer. Plutôt que d'influencer, tu vois ce que je veux dire ? »

B2 p22 « Je trouve que ça influencerait grave la personne, et du coup elle pourrait croire qu'elle a un truc hyper grave, alors que, je sais pas, elle avait juste une petite douleur, elle doit prendre un spasfon... J'en sais rien. »

B2 p22 « Ben c'est comme le cancer ou le VIH , enfin j'en sais rien on va pas savoir .T'imagines je sais pas elle a une douleur à un endroits... »

C1 p23 « Et du coup on peut générer des inquiétudes auprès de la personne, ou à l'inverse banaliser quelque chose qui peut être grave. Enfin on n'a pas tendance à faire ça, mais ça peut arriver. Ça c'est inconfortable pour moi. »

Méfiance :

B3 p8 « Et puis moi enfin ça m'inspire que dépister une maladie si y'a pas d'incidence sur autre chose, et que a priori y'a pas trop de traitement... (*Rires*) Nan bah je veux dire : à quoi ça sert ? Et pour un truc qu'est pas obligatoire en France, c'est-à-dire qu'en France c'est pas obligatoire, mais pour eux ça l'est, en fait. Enfin je veux dire, à la rigueur la tuberculose c'est le seul truc qu'est obligatoire, ça prend du sens pour moi parce que y'a déjà un gars qui l'avait eu, toute la coloc était un peu en stand-by, ça peut être dangereux, ça peut être grave, il peut y avoir des suites. Et ça peut se refiler hyper vite sur une coloc. Donc ça OK, ça je peux entendre, mais enfin y'a des trucs euh... Même nous on est pas obligé de le faire, pourquoi on irait le chercher chez eux ? Enfin, ça me... »

B1 p9 « Moi je me souviens que j'avais fait un accompagnement, bah je pense que c'était pour la... BC...RBC...G ? Enfin bref, le sigle là (*Rires*) Et j'avais demandé au médecin à quoi ça servait, et pourquoi en fait on les vaccinait. Et donc c'était un homme de 30 ans, on m'avait dit que c'était dangereux pour les enfants... Donc j'avais « ok bah il a 30 ans... ! » Et puis c'est dangereux pour les

femmes enceintes.... (Rires) Donc bah c'était un homme de 30 ans ! Ok... bon, si c'est obligatoire allons-y mais... l'explication était un peu bancale quoi, par rapport à la personne qui allait se faire vacciner... »

Besoin de connaître le statut :

C4 p6 « Et lui c'est totalement un hasard, par ce que du coup il avait été orienté sur le centre de santé la CPAM, je sais pas si vous connaissez ? Mais sans doute. Nous on aime bien parce qu'ils font pleins d'examens. Il regarde les yeux, ils écoutent le cœur, ils font pleins de prises de sang, un ECBU...

C2 p6 « Hé ben on se sert de ça maintenant des fois, pour certaines personnes, on se sert de ça des fois à la place de cette VME, on se dit bon ben elles vont aller go, go, go sur le centre d'examens et puis après... »

C4 p6 « Franchement en 2 heures ils ont un livret comme ça (*montre avec ces mains l'épaisseur importante*). Tu sais s'ils ont des problèmes de vue, des problèmes d'ouïe, des problèmes cardiaque, il y'a un ECG qui est fait .. »

C4 p6 « Même pour les patients en fait, parce qu'on oriente évidemment ceux qui ont des plaintes, euh... voilà si moi par exemple je sais pas, je m'aperçois que ce monsieur il est comme ça (*mime en plissant les yeux*) en train de regarder, il a du mal à voir, et ben je me dis que ça va être beaucoup plus rapide de l'orienter sur la CPAM, qui fait un bilan de santé complet, que de chercher à avoir une ordonnance d'ophtalmo, un rendez-vous ophtalmo, ça va prendre 6 mois (C2 : *ouais... en signe d'acquiescement*) »

Être rassuré par la technicité des soins/multiplication des examens :

C4 p6 « Et lui c'est totalement un hasard, par ce que du coup il avait été orienté sur le centre de santé la CPAM, je sais pas si vous connaissez ? Mais sans doute. Nous on aime bien parce qu'ils font pleins d'examens. Il regarde les yeux, ils écoutent le cœur, ils font pleins de prises de sang, un ECBU... »

C4 p6 « Franchement en 2 heures ils ont un livret comme ça (*montre avec ces mains l'épaisseur importante*). Tu sais s'ils ont des problèmes de vue, des problèmes d'ouïe, des problèmes cardiaque, il y'a un ECG qui est fait... »

Peur par manque de connaissance

A4 p6 « Mais euh... je ne sais pas exactement si y'a des choses que je dois pas faire... Peur, de pas savoir gérer la situation. »

A4 p17 « Et imaginons que je fasse une erreur en plus ça serait dramatique. Oui j'avoue je suis pas très confortable, l'annonce des résultats. J'avoue que j'aimerais mieux que ça se fasse, ben chez vous (en nous regardant) »

B1 p1 « Moi j'ai pas l'impression qu'il soit systématique déjà le dépistage de l'hépatite B, c'est une obligation ? »

B3 p3 « Du coup y'a ce petit côté-là où des fois, enfin moi ça peut me gêner, parce qu'une population migrante arrive euh... Je connais mal l'hépatite B, donc je ne suis pas très... La santé c'est pas trop mon truc... »

B1 p3 « Puis en plus ça mènerait à quoi de savoir si on a l'hépatite B ou pas ? »

B3 p3 « Il y a des traitements ? Moi je suis pas branchée hépatite B... »

B3 p15 « Ben moi j'ai pas de connaissance du tout donc euh... Ouais. »

B1 p16-17 « Non, ben en tout cas, pour la personne que je suis, si c'est la B, je crois pas que, enfin c'est juste une surveillance quoi, regarder si je sais pas, peut-être qu'elle se développe. Enfin je sais pas, je connais vraiment pas l'hépatite B, s'i il y a une surveillance. »

C2 p1 « Mais en soit hépatite etc... Enfin on entend beaucoup nous des personnes qui ont ce genre de maladies et qui des fois accèdent à un titre de séjour par rapport à ça, qui ont un suivi médical, mais la maladie, la pathologie à proprement parlé, je ne sais pas tout ça, donc du coup c'est vrai, je ne sais pas trop, j'ai une représentation mais j'en sais pas plus. »

C4 p3 « et à ce moment-là en plus comme on a pas toute la connaissance de l'hépatite de la manière dont elle agit sur le corps de la personne, on peut être inquiet, on peut se dire « ah mince ça fait quatre mois qu'en fait elle est en contact avec des gens, en fait elle a dormi avec quelqu'un dans la même chambre. »

C2 p4 « Mais voilà elle a dormi aussi dans la même chambre avec quelqu'un et il y avait un truc qui était, enfin qui est toujours bien, c'était quand ils avaient cette visite et ben du coup les personnes avaient un compte-rendu complet des examens qui avaient été faits, de comment elles sont etc, et vraiment tout un compte rendu et nous ça facilitait beaucoup le lien avec le généraliste derrière, parce que du coup les généralistes ils étaient plus dans ce que je trouve tu as bien relevé la dernière fois, parce que nous on le voit mais on n'en parle pas forcément, c'est ce truc de rester un heure et demi avec une personne qui n'est peut-être pas francophone et tout et d'investiguer sur des choses qu'elle a fait avant, « Est-ce qu'elle ? », « quels examens ? » « Quels machins ? » « À quel moment ? » Et c'était quelque chose qui ... »

C4 p9 « Ouais mais du coup c'est plus sur le manque d'informations qu'on peut avoir sur la maladie... ? »

b) Partage des représentations avec les demandeurs d'asile :

Se croire en bonne santé/ absence de symptômes = absence de maladie :

B2 p22 « Ouais mais, c'est comme les chlamydias, comme pleins de maladies, pour moi ya des douleurs »

C1 p18 « C1 : Oui on donne plus de sens plus d'importance que l'hépatite B ouais... En plus bah il y a cette euh... ouais... (ne termine pas sa phrase) [...] C3 : Tout le monde est sur le dépistage de la gale aussi »

B3 p18 « Moi celui que j'accompagnais il avait vraiment beaucoup de symptômes, donc euh, lui il ya avait du sang, c'était OK, il crachait du sang et tout donc lui c'était ... »

c) Savoir pour affronter ses peurs et déconstruire ses représentations

Besoin d'être guidé par le savoir :

B3 p3 « Il y a des traitements ? [...] Si y'a pas d'incidence sur les autres, si y'a pas... »

B3 p6 « Je veux bien que vous nous reparliez rapidement de l'hépatite B, de comment ça s'attrape et les conséquences, parce que qu'on parle de quelque chose qui est un peu flou pour moi (*Acquiescement générale*), du coup c'est plus dur de se positionner je trouve... »

B1 p15 « Euh... Perte de cheveux, c'est tout ce que j'ai retenu. Alors je sais que l'hépatite A on peut la guérir... ? c'était une hépatite guérissable en tout cas et il allait souvent à l'hôpital en tout cas tous les mois. »

B3 p17 « Mais du coup , on était « merde les colocs... » ben ça peut par ce que vous expliquez le mode de diffusion, donc sur le faite qu'ils vivent ensemble, ouais ça peut être, pas forcément pour nous parce que apriori sur la diffusion on est pas les plus exposé, mais si on voit les colocataires... et puis il peut avoir quand même des gens qui ont des fragilité des immunodépression (*B2 acquise par des « ouais » chuchotés*) enfin c'est vrai que du coup ça peut mettre en danger les autres aussi. C'est là-dessus que ça prend du sens. »

B3 p17 « Ça serait peut-être intéressant que, nous du coup, les intervenants sociaux, connaissent les symptômes des hépatites, ce que ça provoque etc, parce que du coup on pourrait peut-être suspecter des hépatites et plus orienter vers un dépistage. »

C2 p1 « On entend beaucoup « hépatite », et du coup au-delà de ça, je sais pas vraiment les tenants et tous les aboutissants voilà de ça, c'est à dire le côté un peu médical, le côté qu'est-ce que ça implique, je trouve que des fois c'est un peu compliqué parce que nous on a pas forcément ces informations-là, à moins qu'on s'y intéresse ou qu'on ait eu à un moment donné à suivre quelqu'un qui a eu ce genre de pathologie »

C1 p22 « Alors moi, maintenant j'ai appris que ce n'était pas parce qu'ils étaient positifs qu'ils étaient forcément malades donc euh... »

Connaitre pour mieux agir :

B1 p22 « non non mais là en parlant vraiment de l'hépatite, comment amener quelqu'un à aller se faire dépister, par ce que c'est important de savoir si tu as telle ou telle maladie, ben on aurait pu »

C2 p1 « Hé ben je me dis que si déjà pour les personnes quand elles arrivent c'est quelque chose, où l'on met un accent dessus c'est que ça doit être super important et peut être aussi dangereux, donc accompagner les gens là-dedans oui, mais on a jamais eu par exemple beaucoup d'informations à ce sujet-là. »

C2 p9 « mais c'est vrai que avoir ces informations, enfin plus d'informations être plus informé en amont ça pourrait être important. »

C2 p22 « Et là on a notre groupe de parole, qui vient quoi, (*en s'adressant à ses collègues*) une fois par mois ? Là ce n'est pas rapport à la contraception, à la sexualité etc... Mais il est vrai que si on avait pointé d'autres choses comme ça (par exemple maladies infectieuses transmissibles comme l'hépatite B), je pense que ça pourrait se faire. »

Savoir c'est protéger les autres :

A5 p5 « Alors moi j'ai mis « contagiosité », par rapport à l'importance, bon voilà, le risque des personnes d'être contagieux, une personne qui porte le virus qui peut contaminer d'autres personnes »

A4 p5 « euh oui aussi eux de se prendre en charge, savoir faire les bons gestes pour, bah justement ne pas être contagieux pour les autres aussi. »

C2 p9 « Et du coup je me rappelle j'avais accompagné une personne à la PASS, et du coup on avait su, c'était pour un monsieur, il était avec, il vivait, il avait une femme et des enfants et en fait lui il comprenait pas, voilà au niveau de l'hépatite, je serai pas dire exactement mais voilà c'était une hépatite et du coup nous on a demandé beaucoup beaucoup beaucoup, enfin moi j'ai posé beaucoup de questions à l'infirmière de la PASS, qui du coup a bien réexpliqué, car il y a aussi cette barrière de la langue, mais j'étais pas rassurée moi en tout cas, en expliquant au monsieur, car du coup je me dis, est ce qu'il va comprendre etc ... »

A3 p14 « et on était en structure collective, donc on savait qu'il y avait quand même pas mal de (vigilance à avoir et tout... Notamment quand, on sait très bien les jeunes comment ils font, ils prennent leur verre, ils boivent, ils mettent dans l'évier, l'autre il prend dans l'évier, il rince même pas, il boit aussi... »

Savoir c'est se protéger :

C4 p21 « Mais là par exemple avec le HIV, toi en tant qu'intervenante sociale tu sais que tu ne crains rien à être dans la même pièce que cette personne. (Approbatons des autres intervenantes)) Mais pour des personnes qui n'ont pas toujours suffisamment le bon niveau d'information par rapport à la maladie. Euh voilà une tuberculose, par exemple moi j'ai été confronté à une personne qui était en tuberculose active, donc faut calculer combien de temps de présence j'ai passé avec elle, derrière j'ai dû faire des examens, j'ai dû prendre des traitements etc... Et du coup tu te dis euh...moi je pense que là, au niveau des demandeurs d'asile, ils ne savent pas vers quoi ils vont être dépistés, comme on ne leur dit pas quel dépistage va être fait, ils savent pas quelles sont les maladies. Ce sont des maladies qui chez eux, parfois, sont inconnues ou pas traitées. »

Savoir pour ne pas stigmatiser :

C4 p21 « Mais là par exemple avec le HIV, toi en tant qu'intervenante sociale tu sais que tu ne crains rien à être dans la même pièce que cette personne. (Approbations des autres intervenantes) »
Savoir c'est devoir agir

A2 p16 « Et voilà c'était une personne avec qui c'était difficile de le raccrocher à un suivi médical quoi. Donc euh ... voilà, c'est aussi la question de... Voilà bah nous on a cette info et après qu'est-ce qu'on fait avec ça quoi. »

4) Changer de regard sur l'autre et autres pistes d'améliorations

a) S'adapter à l'autre

i. Le temps

Laisser du temps :

A1 p19 « Les incompréhensions sont hypers fréquentes sur le problème de la langue, donc il faut vraiment prendre le temps, des fois on a pas tout le temps le temps, prendre le temps sur ces exercices-là qui sont hypers importants »

A1 p20 « Derrière, qu'est-ce qu'il y a ? Ils ne comprennent pas tout ça, donc des fois ça met du temps. Et derrière on leurs dit, on essaie de les accompagner et des fois ça peut prendre 3 mois pour que le mec il aille faire le dépistage. »

A1 p28 « si on prenait le temps de leurs expliquer. Mais c'est pareil on court après le temps comme pour tout, et une urgence, prend une autre urgence, prend une autre urgence et voilà. Mais euh... »

B3 p10 « Mais, sans savoir, sans même avoir l'impression qu'ils peuvent quand même dire quelque chose. En fait il y a quand même cette posture-là qui est compliquée. Et nous aussi, par rapport à nous, on est sur un CADA, on est là pour les aider, et ils ont l'impression qu'ils peuvent pas trop nous dire non. Ça prend du temps avant qu'ils arrivent à vraiment se positionner et vraiment nous dire ce qu'ils en pensent, et vraiment... Du coup sur une arrivée, bah ils vont pas se permettre forcément. Donc c'est aussi pour ça que je trouve que cette notion d'explication et de ce temps-là il est important... »

B3 p10 « Mais le temps d'explication est hyper important quoi, enfin tu vois je trouve que c'est... »

Accueillir la temporalité de la personne :

B2 p14 « et du coup moi je me pose la question : c'est je pense que la prise en charge de la PASS elle est adapté au public car ils prennent le temps d'expliquer, mais en vrai quand tu vas vers un médecin traitant, je trouve que c'est difficile encore, pour le temps, pour la patience dû à pleins de paramètres qu'on a évoqué tout à l'heure et je pense que c'est ça qui est le plus difficile pour notre publique »

A2 p22 « Mais le dépistage est important, moi je suis assez pour, il y a le libre dépistage et je trouve qu'en plus les gens, vu le rapport qu'ils ont avec la santé ça peut être long, il faut prendre cette temporalité comme une vraie richesse aussi. Et on n'a jamais le temps, les médecins n'ont pas beaucoup de temps non plus, par ce qu'à la PASS ça enchaîne, ça enchaîne, ça enchaîne et c'est dommage, la temporalité manque beaucoup dans tous les secteurs. »

Optimiser le temps :

B3 p19 « C'est vrai qu'à l'accueil de toute façon euh... il y a une phase d'accueil quand ils arrivent chez nous, où la cheffe de service les reçoit pour expliquer le contrat, les grandes règles et tout. Mais elle fait aussi un point sur là où ils en sont et leurs besoins et notamment en terme de santé : s'ils ont besoin de voir un médecin, s'ils ont fait la radio des poumons, elle leurs explique ce que c'est, et pourquoi on va la faire, et elle fait un point aussi sur les vaccinations : est-ce qu'ils sont vaccinés au pays, est-ce qu'ils savent ce que c'est, est-ce qu'ils ont envie de le faire, est-ce qu'ils veulent que le

médecin fasse un point sur ce qui est fait ou pas, et du coup tout ça c'est expliquer dès l'accueil avec... un interprète sur le point santé. »

Moment opportun :

A1 p27 « Et on leurs demande sur les soins, eux ils sont déjà perdus ils arrivent et tout, il faut que ça soit à un autre moment obligatoirement et moi je pense déjà... »

A3 p « Oui parce qu'il faut savoir aussi que dans le parcours d'asile, c'est très strict, ils ont pas le droit à une erreur. Là on va les évaluer sur des persécutions, sur la véracité de leurs propos, si ils sont des menteurs, si ils ont achetés des récits, si c'est leur vrai nationalité, si ils ne sont pas en train de nous bluffer etc ... Après ils vont passer devant la cour nationale du droit d'asile. C'est des instances, des autorités qui sont hyper hautes. Euh... On leur demande de coopérer avec les autorités administratives, et en fait des fois on leurs met tout d'un coup le soin, et je sais pas si il savent qu'ils ont le droit de dire non pour le coup. »

B3 p10 « Mais, sans savoir, sans même avoir l'impression qu'ils peuvent quand même dire quelque chose. En fait il y a quand même cette posture-là qui est compliquée. Et nous aussi, par rapport à nous, on est sur un CADA, on est là pour les aider, et ils ont l'impression qu'ils peuvent pas trop nous dire non. Ça prend du temps avant qu'ils arrivent à vraiment se positionner et vraiment nous dire ce qu'ils en pensent, et vraiment... Du coup sur une arrivée, bah ils vont pas se permettre forcément. Donc c'est aussi pour ça que je trouve que cette notion d'explication et de ce temps-là il est important... »

B3 p20 « Ce qui n'est pas satisfaisant, c'est ne pas pouvoir en reparler. Ça c'est pas satisfaisant. Parce que c'est un moment où il y a quand même beaucoup d'infos et voilà ça permet de faire un premier état des lieux. Le problème c'est selon la capacité de compréhension de la personne, on peut pas forcément reprendre cet état des lieux derrière. Mais souvent c'est des trucs qui sont dès le début, les demandes de soins. »

C1 p11 « Après quand ils arrivent il y a tellement tout qui leur tombent dessus, et on va leur dire « bon ben il y a ça et ça à faire », à part dire oui, il y en a pas beaucoup qui disent non, que ce soit administratif, ou au niveau de la santé. »

Les préparer :

A1 p28 « Ca s'organise, ça se réfléchit, ça se travaille en amont, pour préparer avant, comme ça quand il vont arriver chez le médecin, ils savent déjà pourquoi ils sont là, qu'est-ce qu'ils vont faire comme examens etc... peut être , ça leur donne une vision un peu.. « voilà vous allez faire des examens, il va y avoir des résultats », sans rentrer dans les détails , on est pas là pour ça... »

Préparer l'entrée dans le système de soin

C4 p26 « Bah moi ce serait une vidéo par exemple qui serait traduite dans plusieurs langues, qui puisse être proposée aux gens. Par exemple, « Bonjour, vous êtes arrivés en France, on va vous faire tel examen, des choses assez banales, ce n'est pas forcément grave mais juste quelque chose qui relève de la prévention ». »

Avoir trop de responsabilité / besoin de moyen :

A2 p28 « oui c'est ça, ben en fait c'est ça on est pas là pour, j'ai l'impression que ça repose encore une fois sur nous, si c'est une question de dépistage , donc c'est une politique de santé publique ça nécessiterait peut-être qu'il y ait des moyens supplémentaires, je sais pas, ça pourrait être des postes de médiateurs santé qui pourraient éventuellement se déplacer, dans des centres d'hébergement collectifs , ou des choses comme ça. »

ii. Partir de l'individu :

Partir de

A3 p30 « l'information la compréhension, la temporalité, la culture, « qui tu es ? » Je prends le temps de savoir qui tu es, et à la fin de savoir qui tu es, je te demande « si tu es d'accord avec ça » , et j'accepte le non aussi.

C1 p2 « je me dis que si d'aborder le sujet avant que la personne aille chez le médecin, si la personne déjà elle est bloquée avant d'aller chez le médecin ça permet de discuter de voir et si ça passe pas que ça soit expliqué par une infirmière, qui peut avec le côté un peu médical l'expliquer un petit peu mieux pour que la personne accepte si elle est d'accord. Voilà pour moi c'est avant tout de la prévention. »

Lecture ethnoculturelle

B1 p9 « Nan mais ça veut dire peut-être que dans leur pays c'est la même chose au niveau de l'information médicale ? Est-ce qu'ils sont bien informés sur la vaccination, ou ce genre de chose ? » »
Respecter l'identité ethnoculturelle.

Approche transculturelle

A3 p23 « et ben du coup ça peut se mixer avec la communication, il y a des termes qu'ils ne connaissent même pas dans leur propre langue... »

A1 p28 « C'est plus les questionner de comment ça se passe chez eux, qu'elle culture ils ont du soin. Et après leurs expliquer dans les grandes lignes, qu'est ce qui va être fait ici. La PASS qu'est-ce que c'est, où c'est. »

C1 p8 « Depuis 2017. Et c'est des personnes qui où les prises de sang c'était... il y en a encore quelques-unes, même hier j'ai vu une dame qui même en début de grossesse disait « encore une prise de sang, mais on m'en a déjà fait », je devais lui expliquer que le sang comme les cheveux ça repousse. Et au début à l'ouverture il y avait vraiment des personnes qui étaient contre les prises de sang, c'était vraiment voilà... et effectivement si c'est un dépistage avec une ou deux prises de sang à la limite on arrivait à négocier, mais après voilà s'il y a une pathologie qui apparaît et qu'il fallait continuer, là c'était compliqué. »

C1 p9 « Simplement le fait d'arriver à l'expliquer. Voilà d'expliquer de pouvoir, de montrer des vidéos « c'est la vie » ou d'autre vidéos, voilà de l'expliquer simplement et qu'est-ce que ça représente aussi pour une personne de se faire prendre du sang. Est-ce que c'est parce qu'on a jamais vu une aiguille de sa vie ? Est-ce que c'est religieux ? D'où vient cette crainte ? »

Se donner les moyens (médecins)

A1 p23 « Comment lui expliquer ce n'est pas la peine, il y a le médecin traitant qui ne prend pas d'interprète, qui a un simple Google traduction... Qui n'a pas le temps, je vois pas comment ils leurs expliquent mieux que nous Même »

A5 p26 « Nous on a des moyens d'avoir des traducteurs, par téléphone etc, voilà il faudrait qu'au niveau médical il y ait cette possibilité là pour que vraiment l'information soit donné par le médecin et non pas par nous à notre niveau pour tout ce qui concerne le médical ... »

B2 p15 « Mais justement peut-être informer les médecins de comment on fait pour appeler ce numéro, en plus je pense pas que ce soit méga difficile. Mais ça je trouve ça vraiment hyper chouette »

C2 p20 « Ouais et je trouve des fois c'est même plus facile. Notamment le petit jeune que je t'avais orienté (s'adresse à C4), c'est quelqu'un qui était très timide, très renfermé et tout ... Et du coup je me suis dit « Mais je ne comprends pas moi, il a mal où ? Mais qu'est-ce qu'il a ? » Je l'envoyais toujours chez le médecin avec des petits mots, et un jour le médecin a dit « Stop, il faut de l'interprétariat parce qu'il peut venir cinquante fois, je ne sais pas, je sais pas... ». »

iii. Se faire comprendre :

Se faire comprendre :

A3 p21 « entre les patients et les médecins, qui est hyper présent, parce que sans interprète comment... Il y en a qui viennent d'un pays où ils comprennent rien ni en anglais ni... C'est très difficile de communiquer, sans interprète c'est pas possible de leurs expliquer les choses quoi... »
A5 p26 « Et puis « la traduction » je trouve qu'effectivement que le manque de compréhension, la barrière de la langue c'est quelque chose sur lesquelles il faudrait vraiment trouver des solutions par rapport, voilà que les médecins puissent communiquer clairement, que la personne sorte de l'entretien avec le médecin avec vraiment la compréhension de ce qui se passe, de ce qui se joue. Quand il y a des informations importantes comme ça, que ce soit compris par la personne, c'est le minimum »

A3 p26 « c'est même obligatoire ! »

B1 p9 « Moi je me souviens que j'avais fait un accompagnement, bah je pense que c'était pour la... BC...RBC...G ? Enfin bref, le sigle là (Rires) Et j'avais demandé au médecin à quoi ça servait, et pourquoi en fait on les vaccinait. Et donc c'était un homme de 30 ans, on m'avait dit que c'était dangereux pour les enfants... Donc j'avais « ok bah il a 30 ans... ! » Et puis c'est dangereux pour les femmes enceintes... (Rires) Donc bah c'était un homme de 30 ans ! Ok... bon, si c'est obligatoire allons-y mais... l'explication était un peu bancale quoi, par rapport à la personne qui allait se faire vacciner... »

Accès à l'interprétariat :

B2 p9 « Comme je disais, au niveau de l'information, peut-être que dans leur pays pareil ils étaient mal informés. Du coup il y a la barrière de la langue plus ça, je pense que ça fait beaucoup d'incompréhension et... Et pour bien expliquer la santé je pense que, ouais, y'a besoin que la langue ... Enfin qu'on puisse avoir un interprète quoi.

B2 p15 « Moi je trouve que c'est cool que l'ARS, elle est donnée la possibilité d'appeler pour le premier entretien, enfin d'appeler un interprète pour le premier entretien médical, je trouve que c'est super chouette. Après ça serait cool que ça soit pas que le premier entretien, mais c'est déjà mieux que rien du tout. »

B3 p15 « Moi j'ai un jeune que j'accompagne, c'est hyper compliqué, il comprend pas quoi, même pas en anglais, c'est tout petit, petit le niveau, il a pas la lecture, enfin voilà ça coupe plein de biais de communication. Et hier il est passé, il m'a juste demandé son attestation de sécu, parce qu'il l'a perdu, mais du coup j'ai dit « tu veux un médecin ? » On arrivait pas à se comprendre, si il voulait un médecin ou s'il avait mal quelque part. Et j'étais là : alors toi le jour où tu es malade et que je t'oriente vers un médecin, mais le pauvre médecin, parce que moi je serai d'aucune utilité pour ce rendez-vous là et ben ça va être whouaww. Je comprends que du côté santé, OK ça risque d'être très compliqué, et en même temps il a quand même droit aux soins et il faut trouver une solution quoi. Mais je suis contente que pour l'instant il ne soit pas malade. J'espère que les cours de français auront avancés avant qu'il soit malade, parce que sinon ça va être la lutte, mais c'est vrai que cette barrière-là elle est... Vraiment, prenez l'ARS et un rendez-vous, vraiment je vous conseille prenez un traducteur et l'ARS, car c'est vrai que la barrière elle est selon les personnes extrêmement grande, compliqué.

Se faire comprendre c'est respecter l'autre

A5 p27 « ouais la considération de la personne malade »

b) Favoriser le consentement :

i. Choisir grâce au savoir :

Comprendre pour pouvoir choisir :

B3 p5 « j'avais dit « bah en fait euh, ils peuvent aussi dire non, ils peuvent aussi euh... » Il me dit « oui oui , bah.. Alors si c'est pas clair ! » et il a appelé pour prendre un interprète. Mais du coup, il était hyper bienveillant mais... il a dû rappeler le service parce qu'il avait pas « je crois qu'on a des codes quelque part pour appeler.... » Bah ouais le consentement des personnes pour une vaccination ça me semble quand même essentiel quoi. »

B2 p7 « Bah c'est si y'a pas de prévention avant le dépistage, enfin, comme on avait dit, ouais de les informer. Si on les informe pas et on va les faire dépister, je trouve que ça... Enfin moi je serai un peu refroidie à cette idée-là parce que bah du coup les personnes elles comprennent pas la raison pour laquelle elles se font piquer (Rires) Et du coup je trouve que c'est pas très chouette. Enfin moi je sais que si je vais dans un pays et on me dit « t'es obligée ! », enfin ça me refroidit direct, je pense que je repars en arrière, si je peux. Mais ouais... »

B2 p8 « Bah moi ça me fait penser aux arrivées que j'ai.... Enfin j'étais dans un autre poste avant, avec des personnes réfugiées qui ont eu le statut dès qu'elles sont arrivées en France. Et justement il fallait qu'elles se fassent vacciner... Bon là c'était du covid. Mais avant de partir fallait absolument qu'elles se fassent vacciner, et elles avaient pas vraiment le choix non plus, enfin elles étaient pas informées, elles savent même pas lequel elles ont pris de vaccin. Et ouais elles sont totalement en confiance, quand je discutais avec elles, elles y vont les yeux fermés, enfin sans problème quoi. Ouais, enfin je sais pas... »

B2 p10 « Bah justement je pense que ce serait important de les informer sur euh... enfin, qu'est-ce que ça engendrerait si tu ne te faisais pas vacciner de tel vaccin. Peut-être être dans l'information, et est-ce qu'après tu aimerais te faire vacciner ? Parce que peut-être qu'ils n'ont pas conscience non plus des vaccins qui existent, et de leurs droits quoi »

Connaitre permet d'accepter :

A5 p5 « Alors j'avais mis aussi « connaissances » en même temps, parce que... est-ce que les personnes migrantes qui arrivent ont la connaissance de cette maladie, est-ce qu'ils savent ce que c'est, et est-ce que du coup ils acceptent le dépistage ... »

Comprendre permet d'accepter :

B3 p18 « Ouais en tout cas pas forcément entendu dans le sens où « OK c'est une obligation je fais ça mais je vais hyper bien » ça c'était un peu. C'était long quoi... Moi celui que j'accompagnais il avait vraiment beaucoup de symptômes, donc euh, lui il y'a avait du sang, c'était OK, il crachait du sang et tout donc lui c'était ... »

B2 p19 « ouais parce que je pense qu'il y en a pleins qui ont pas forcément les notions, comme « ah ben, je suis pas malade et je dois faire des radios ? » du coup je pense que ça peut être intéressant. »

C1 p2 « parce qu'il y a des gens, moins qu'il y a un moment, il y a entre des personnes qui posent des questions par rapport à ces prises de sang « mais on m'a déjà pris du sang, on va m'en reprendre, qu'est-ce que c'est ? Je veux pas ». »

Rechercher l'adhésion :

A3 p30 « Et moi je pense, qu'effectivement tous les outils médiateurs santé, questionnaires etc ça amènent l'adhésion, et en fait c'est ça que je mettais moi c'est que : le médecin il prend soins avant tout que la personne adhère à ça. Et comment on va chercher l'adhésion de la personne , et ben il faut que

A3 p29 « Non le calendrier il est après, une fois que les soins sont engagés, mais le questionnaire il est avant et d'ailleurs il y a : « es-tu d'accord de te faire soigner ? Es-tu d'accord d'avoir un appareil dentaire ? » et si il répond non l'enfant et ben on s'arrête là. Et moi j'ai trouvé ça vachement bien, euh...comment heu ...je me disais ben non on va pas lui demander son avis, forcément il va me dire non, et ben non il a dit oui. Et dans ces cas-là si tu es d'accord, « es-tu d'accord de t'engager sur un soin rigoureux de machin, qui va engager des choses ? » ... Et ça a dégagé une adhésion vis à vis l'enfant avec l'ortho, et je me suis dit en fait c'est génial ! »

ii. Consentement libre et éclairé :

Favoriser le consentement :

A4 p23 « « oui c'est vrai des fois j'ai l'impression que ce n'est pas libre et éclairé leur ...ce qui se passe »

B3 p2 « Y'a pas d'obligation je crois, même vaccinale en fait... Il me semble que de toute façon, le consentement des gens ... Enfin tu vois, même pour les enfants, c'est obligatoire les vaccins si tu veux les scolariser. Donc si tu ne les scolarises pas, je ne suis pas sûre que... »

B3 p5 « j'avais dit « bah en fait euh, ils peuvent aussi dire non, ils peuvent aussi euh... » Il me dit « oui, oui bah... Alors si c'est pas clair ! » et il a appelé pour prendre un interprète. Mais du coup, il était hyper bienveillant mais... il a dû rappeler le service parce qu'il n'avait pas... « je crois qu'on a des codes quelque part pour appeler... » Bah ouais le consentement des personnes pour une vaccination ça me semble quand même essentiel quoi. »

B3 p3 « On avait eu le problème aussi de la vaccination, peut-être même proposée comme une obligation presque, on leurs ne demande pas trop leur avis, et on leurs ne donnent pas forcément les moyens de comprendre, et de leurs dire qu'ils ont le choix de refuser une vaccination. »

B3 p5 « Donc du coup bah je trouve que le choix et le consentement éclairé enfin c'est... Voilà, c'est ça qui m'a un peu refroidi c'est ... Ouais bah ce serait bien de demander aux gens quand même s'ils ont envie, c'est un peu une base quand même... »

C4 p12 « Soumis c'est pas notre souhait, mais c'est peut-être la manière dont la lois aussi française peut les orienter, et je trouve que de manière générale, euh.... ils ont quand même pas beaucoup de choix, ils ont pas de choix. »

Confiance aveugle :

B3 p3 « Un peu mis de côté. Qu'est pas assez clair, qu'est pas assez euh... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance aux médecins quand il leurs dit : « ça, ce serait bien ». Quelle liberté ils se laissent de dirent : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce que c'est cette maladie ? ». »

B3 p8 « Mais sinon, non parce que je pense qu'ils comprennent pas trop ce qu'on leur fait, déjà pour commencer. Et ils font hyper confiance aux médecins »

B2 p8 « sont totalement en confiance, quand je discutais avec elles, elles y vont les yeux fermés, enfin sans problème quoi. Ouais, enfin je sais pas... »

Autorité du médecin :

A3 p15 « Bah, en fait le médecin il peut, mais je pense qu'il fallait qu'on soit tous autour de lui parce qu'il va dire « oui mais le médecin il m'a jamais dit ça hein ! ». »

A4 p27 « car moi je veux bien l'aider mais je serai pas là pour lui donner et puis des fois ils comprennent pas l'importance de prendre avec une certaine régularité et je sais que ça aura plus de poids si c'est un médecin qui le leurs dit plutôt que moi et du coup je pense que c'est intéressant si vous leurs expliquez clairement comment prendre le médicament »

C4 p23 « Oui dans ce que tu dis en plus, il y a cette estime-là que les gens peuvent avoir vis-à-vis des médecins, c'est très important. Moi je suis infirmière, mais le nombre de demandeurs d'asile qui me disent « docteur » ... Alors je dis non, je ne suis pas docteur, je suis infirmière. Mais en fait pour eux, limite ils ont envie que je sois médecin, parce que du coup ils me confèrent un pouvoir énorme, et quand il voit un médecin, pour eux ce n'est pas rien quoi, ce n'est pas rien »

C2 p23 « Et c'est que le médecin, c'est le médecin quoi. »

Accepter le non :

A3 p30 « l'information la compréhension, la temporalité, la culture, « qui tu es ? » Je prends le temps de savoir qui tu es, et à la fin de savoir qui tu es, je te demande « si tu es d'accord avec ça » , et j'accepte le non aussi. »

Rôle de défenseur des droits :

B3 p5 « Alors moi j'avais fait un accompagnement, ils étaient cinq (c'était la coloc' de), sur l'ESP, et bah du coup j'étais là, parce qu'ils venaient d'arriver et qu'ils ne parlaient pas trop anglais non plus à ce moment-là. Et j'avais dû insister pour qu'il y ait un... Enfin, insister... C'était un peu... ça semblait tellement spontané qu'ils allaient tous les vacciner pour être sûr en fait, et du coup ça m'avait vachement dérangé, j'avais dit « bah en fait euh, ils peuvent aussi dire non, ils peuvent aussi euh... » Il me dit « oui, oui, bah.. Alors si c'est pas clair ! » et il a appelé pour prendre un interprète. Mais du coup, il était hyper bienveillant mais... il a dû rappeler le service parce qu'il avait pas... « je crois qu'on a des codes quelque part pour appeler... » Bah ouais le consentement des personnes pour une vaccination ça me semble quand même essentiel quoi. Et je m'étais dit « Mais quand on est pas là qu'on les oriente ça se passe comment en fait ? »

C2 p7 « beaucoup de médecins où il y a certaines personnes qu'ils veulent pas recevoir, comme je disais l'autre jour « oui mais prenez la s'il vous plaît, elle ne va pas vous solliciter beaucoup » ou « avant on va faire le lien ensemble pour vous dire à quel moment... ». »

Sentiment de révolte :

B3 p8 « Du coup en fait bah, c'est en ça qu'il n'y a pas de... de... des fois de choix. Des fois on dit « mais t'es pas obligé en fait ! Enfin c'est pas un problème, tu peux dire non, y'a rien d'obligatoire » Parce que des fois quand les gens ils parlent, ça semble tellement une évidence qu'ils le passent comme ça, ils ont même pas d'avis à donner en fait j'ai l'impression, parfois. C'est juste que, c'est comme ça ! Donc euh... Ok. Et du coup je pense pas que ce soit un vrai choix du tout pour les gens... J'aime pas cette notion-là »

B3 p9 « Il comprenait pas, comment ça se fait « trois fois qu'on m'a vacciné, et que je suis toujours pas vacciné contre le covid ». Mais du coup en fait j'me dit le mec il a aucune idée de pourquoi il a été vacciné, et je trouve ça super chaud quoi. »

c) Préférer un parcours spécifique

Besoin de professionnels sensibilisés :

C2 p23 « A la PASS ils ont ce lien aussi avec les infirmières, les interprètes aussi. Elles [les personnes qui travaillent à la PASS] expliquent bien, c'est séquencé en fait. (Imitant le personnel de la PASS) Il y a ce temps d'examen, après vous revenez, vous aurez vos résultats, vous allez voir le docteur qui va vous lire vos résultats. Et lui (le médecin de la PASS), il peut vulgariser ça, il peut dire « Qu'est-ce qui vous inquiète ? ». Moi j'ai assisté à des entretiens comme ça avec le Dr ***** avec les personnes (les demandeurs d'asile), et je trouve ça super bien, parce que je me dis que ça vaut le coup de voir ça, d'y aller avec la personne, parce qu'on sent qu'elle est détendue. Mais il est vrai qu'elles sont plus détendues quoi. Et nous on est moins dans un truc genre « bon on va encore prendre rendez-vous chez machin, chez bidule, chez truc », et eux (la PASS) ils sont spécialisés dans le truc, ils SAVENT quoi. »

C2 p26 « Ou par exemple qu'il y ait plus de moyens et qu'ils puissent faire ça (elle veut dire faire un point santé, un temps d'explication). Qu'ils puissent avoir ce temps-là avec les gens (les DA) et qu'on resystématise ces premières visites là-bas. Qu'ils en parlent et tout. Parce que je trouve que ce sont des supers professionnels quoi, en plus il y a de l'interprétariat. »

Besoin de professionnels sensibilisés

C2 p7 « quand on les oriente sur les généralistes, nous en tout cas moi je suis contente de travailler sur ce secteur, parce que je sais qu'on a un cabinet qui est quand même euh... Qui prend en compte,

je veux dire, la spécificité de notre public et ça je sais que dans d'autres endroits c'est pas trop le cas, surtout en ville »

C2 p27 « Apaisé parce que... Comment dire... Parce qu'on sait que les professionnels ils connaissent la spécificité de notre public. Ça, c'est le cœur du truc. »

C2 p27 « C'est-à-dire que nos résidents, quand ils vont aller là-bas, bon ok ils parlent mal le français, ils ne maîtrisent pas telle langue ou telle langue... C'est un public particulier quoi. Du coup quand ils sont là-bas on sait qu'il y a un œil spécifique par rapport à ces publics-là. [...] Oui, il y a une relation de confiance et nous on a lien avec ce service. Tout de suite elles s'intéressent aussi ... Dans quel contexte suivre les gens, quelles structures (d'accueil) ? Donc ils savent... »

d) Autres pistes d'amélioration évoquées :

Utiliser des outils adaptés :

A3 p29 « Mais ça me fait penser à mes enfants qui ont un parcours orthodontie, avant d'y arriver, ils avaient un questionnaire à remplir, et ça, ça peut très bien se faire dans toutes les langues, et ils devaient dire si ils aimaient la musique, comment ils dormaient etc... Il y avait vraiment un truc ultra globale et euh... Ensuite une fois qu'ils ont le soin, ils ont un calendrier, alors suivant si ils sont tout petit ou quoi, il y a des picto, si ils sont porteurs de handicap il y a des, c'est un calendrier par picto sur comment ils doivent gérer leurs appareils dentaires, par ce qu'il y a des tours à faire des machins, et donc avec des zones de couleurs, de picto, calendrier avec les rendez-vous de contrôle etc machin le matin le soir etc, et ben j'ai trouvé ça super cool en fait de me dire ça pourrait très bien s'appliquer à la Pass et le coup du questionnaire, car il y en a beaucoup qui savent lire et si c'est dans leurs langues on peut tout à fait le faire sous cette forme-là, avec eu quand on a pas le temps, quand il y a pas de médiateurs, il y a ça aussi, ça peut être un espèce de près avant d'aller à la PASS... »

B2 p19 « Sinon je sais pas... Il y avait des outils, je travaillais à Bourgoin-Jallieu et à Grenoble avant ce travail là. Il y avait une structure je sais plus comment elle s'appelle, elle avait créé des outils ben justement hyper ludique, euh... pour dire comment je me sens aujourd'hui, enfin hyper parlant pour des personnes qui savent pas parler français. Et c'étaient des pictogrammes, qui montraient telle température etc. Et je trouve que ouais, être dans le ludique et la compréhension, ben écouter ce que c'est, se sentir bien, des choses comme ça, ça peut être hyper intéressant au début de leur, enfin quand ils arrivent et tout au long de leur parcours quoi... Enfin je sais pas si c'était très ...de ce que vous avez dit »

C2 p21 « Une fois j'ai trouvé dans une structure à Annecy, il y avait du coup des brochures traduites en plusieurs langues pour parler un petit peu de ça, la tuberculose et puis d'autres maladies. Et du coup, l'info on peut essayer de la donner aux personnes quand on l'a... »

C4 p26 « Bah moi ce serait une vidéo par exemple qui serait traduite dans plusieurs langues, qui puisse être proposée aux gens. Par exemple, « Bonjour, vous êtes arrivés en France, on va vous faire tel examen, des choses assez banales, ce n'est pas forcément grave mais juste quelque chose qui relève de la prévention. »

Médiation en santé :

A2 p28 « si c'est une question de dépistage, donc c'est une politique de santé publique ça nécessiterait peut être qu'il y ait des moyens supplémentaires, je sais pas, ça pourrait être des postes de médiateurs santé qui pourraient éventuellement se déplacer, dans des centres d'hébergement collectifs, ou des choses comme ça. »

Améliorer le partage de l'information médicale / éviter les dépistages récidivants :

A3 p7 « Et le « systématique » j'ai mis aussi : ne pas prendre en considération le parcours de santé de la personne – je fais des phrases... je sais pas s'il fallait que des mots...C'est dans le sens aussi, mais en fait je pensais un peu aussi aux vaccins, on a des personnes à chaque fois qu'elles arrivent dans un

pays elles se font vaccinées, vaccinées, vaccinées, vaccinées....parce que on s'en fout des médecins ce qu'ils ont fait en Bulgarie, ce qu'ils font en Croatie, ce qu'ils font en Grèce... Systématiquement, on repart à zéro, un peu comme si chaque traversée, chaque pays, on repart sur un bilan de santé et sur un dépistage, à zéro et on va même pas lui poser la question, si elle a pu avoir ça dans le camp de réfugiés en Ethiopie ou machin.... Voilà. »

C4 p26 « Et faut-il encore que l'information soit transmise après, parce que nous on peut tout recommencer quand ils arrivent. »

C4 p26 « S'il y avait le DMP, ça ce serait top. »

C4 p26 « Alors que s'il y avait quelque chose... Bon évidemment ça pose question pour tout ce qui est secret professionnel, informatique et liberté etc. Voilà à quel moment c'est obligatoire qu'on sache que t'es séropositif à Paris quand tu vas en Savoie ? Mais bon, si ça reste quelque chose de sécurisé et réservé au professionnel de santé, avec l'accord du patient, moi je trouve que ça pourrait être intéressant. »

« Aller vers » médical :

C3 p25 « On a le droit de rêver ? Bah moi c'est qu'ils (les médecins) viennent sur place !

Communiquer sur la santé dès la Préfecture :

C2 p25 « Ouais, au moment où ils vont présenter leur demande d'asile sur le territoire, il y a un délais limite. Et du coup bah à ce moment-là quand ils vont en préfecture, il y a ce petit laïus, ce petit truc aussi, pourquoi pas, parce qu'ils ont aussi des interprètes, donc ils pourraient le dire quoi ! Ils pourraient dire « Voilà, vous êtes arrivés il n'y a pas très longtemps... ». »

Annexe n°7 : Scripts des entretiens

ENTRETIEN n°1 (21/10/22)

1
2 M1 : on va tous faire un petit tour de table justement pour se présenter, donc moi je suis M1, je suis
3 facilitatrice et formatrice en intelligence collective et gouvernance partagée, et de projet collaboratif,
4 et donc, je connais Roxane, et c'est plus à titre amical que je suis là ce matin pour la soutenir dans ce
5 début de thèse, d'amener des entretiens plutôt participatif que juste euh... d'enquête ou de question
6 réponse, donc on va aller plutôt sur le côté un peu plus « intelligence collective ». J'imagine que
7 certains peuvent connaître ça, peut être que vous utilisez ça aussi, dans des ateliers ou.... Je ne sais
8 pas le lien que vous avez avec la FOL mais du coup je me suis dit « tiens, y'a une culture « éducation
9 populaire », c'est aussi la mienne, on va peut-être se recroiser ». *(Rire)* Alors c'est vrai que je suis
10 déjà un petit peu inconfortable parce qu'on est très linéaire, et du coup j'ai du mal à vous voir, et je
11 ne sais pas ce qu'il en est pour vous... Bon voilà je pense que c'est un peu délicat de déplacer les
12 tables mais c'est vrai qu'habituellement on essaie de tous bien se voir.

13 *(Échange sur la disposition des tables, finalement on les laisse comme ça)*

14 M1 : ... on va faire avec. Du coup on va faire un petit tour de table pour dire en un mot qui je suis, je
15 vous invite aussi à dire avec quelle qualité de présence vous arrivez ce matin, voilà comment vous
16 vous sentez là, pour ce temps ensemble. Et puis y'avait un besoin pour l'entretien, soit que vous
17 gardiez vos prénoms, hein, de ce que j'ai compris, soit que vous vous donniez un pseudo, au vu des
18 enregistrement qu'elles vont faire, soit je me disais tiens ça pourrait être l'occasion aussi de choisir
19 un animal pour l'associer à son état de présence, à sa qualité de présence.... Vous avez le choix...
20 *(Rire)* pour euh... enfin ça c'est la troisième question pour euh... au vu du temps ensemble de ce
21 matin. Est-ce que c'est clair ? Ouais ?

22 Voilà donc moi j'ai dit c'est M1 je suis à Aiguebelette, en lien avec Clémence et Roxane pour ce
23 temps et je suis dans la joie d'amener un peu cette manière de travailler collectivement, dans une
24 thèse ! voilà j'avoue que c'est une première *(Rires)* Du coup on a essayé... c'était intéressant de voir
25 comment Ce besoin de données assez précises et puis d'essayer de le rendre plus collaboratif,
26 donc ça c'était chouette, donc j'arrive avec la joie de cette première expérience ensemble.... Voilà j'ai
27 dit donc je peux te passer la parole.

28 A4 : Donc euh A4 euh...je suis euh dans l'attente de découvrir un p'tit peu ce qui va se passer euh...
29 Mmm un peu dans l'incertitude parce que je ne connais pas très bien le sujet euh... en même temps
30 j'suis intéressée, donc je suis un peu contente, d'être là euh... Après le concept de l'animal
31 m'interpelle... je ne sais pas quoi dire. D'accord, pourquoi pas, voilà.

32 M1 : et du coup si tu devais choisir un animal pour te représenter sur l'entretien de ce matin, ce
33 serait quoi ?

34 A4 : la baleine... j'aime les baleines. Voilà.

35 *(Rires)*

36 Rox : Bah moi c'est Roxane. Euh... j'habite aussi à Aiguebelette, j'ai fini mes études de médecine y'a à
37 peu près un an et demi, et donc là y'a cette thèse euh qui me prend de l'énergie et de
38 l'investissement et dont je suis vraiment contente du sujet. Euh... ce matin moi je vais prendre le rôle
39 de la petite souris parce que je vais surtout observer ce qui se passe, ce qui se dit... voilà... et puis je
40 suis très heureuse d'être là même si un peu stressée pour ce premier entretien. Voilà, il fait quand
41 même plutôt meilleur dans mon cœur que le temps de dehors. *(Rires)* voilà.

42 A5 : Alors moi c'est A5 euh je suis donc assistante sociale pour le dispositif PAIRS. Euh ... donc moi je
43 suis curieuse de voir un peu ce qui va se passer, voilà.... Curiosité. Et puis un animal euh... Je ne suis
44 pas très animal *(Rire)*

45 M1 : ça peut être un pseudo !

46 A5 : Moi j'aime bien les chevaux voilà, je dirais un A5 mais bon voilà je ne vois pas le rapport avec ce
47 qui va se passer aujourd'hui.

48 *(Explication de M1 sur pourquoi on peut se donner un nom d'animal pour anonymiser plus
49 facilement les données par la suite)*

50 A2 : Donc moi c'est A2, euh donc moi ça me va si on garde mon prénom aussi. Voilà bah je suis
51 contente d'être là, je suis curieuse un peu de ... savoir ce qui pas se passer, intéressée par votre

1 démarche. Après c'est vrai que euh... je pensais que c'était un peu sur nos représentations par
2 rapport à la santé des migrants de manière globale, je n'avais pas nécessairement connaissance qu'il
3 s'agissait vraiment de l'hépatite B, donc j'ai l'impression que je n'aurais peut-être pas grand-chose à
4 apporter, je ne sais pas. Euh.... Mais voilà, on va attendre de voir.

5 Clémence : on a été globalement ... volontairement vague sur le sujet

6 M1 : ouais, on va le revoir un peu après dans les questions justement, mais merci pour cette
7 information précieuse que vous nous donnez là, en introduction

8 Clémence : ok donc moi je redis je suis Clémence, euh je suis médecin généraliste j'ai finis y'a à peu
9 près un an et demi aussi comme Roxane. Des études qu'on a mené à la faculté de Grenoble mais moi
10 je suis retournée dans ma Bourgogne natale. Et je reviens dans le coin pour travailler la thèse du
11 coup. Puis aujourd'hui euh... un peu de stress, je pense que ça s'est senti dans ma manière de parler,
12 parce que c'est notre premier entretien, c'est la première fois qu'on fait ça et euh... Mais bon, je suis
13 super contente, je pense que ça va être très enrichissant à tous les niveaux, pour nous, euh, pour
14 vous on verra... Et si je dois être un animal vu que je vais pas mal observer avec mes petits yeux
15 scruteurs et tout noter, je serai une petite chouette.

16 A3 : euh bah moi je m'appelle A3, je suis juriste sur le CADA, euh... voilà, euh comment dire bah oui,
17 je crois que je rejoins un petit peu l'ensemble de l'ambiance, ou on sait pas trop ce qu'on va vivre ce
18 matin, même si euh... je pense que euh... au même titre que tout le monde y'a cette curiosité qui est
19 toujours intéressante d'aller réfléchir, creuser dans des échanges collectifs, sur comment prendre...
20 de quoi , comment reculer pour mieux regarder ce qu'on fait aussi, comment on appréhende le
21 public qu'on a tous les jours, même si euh j'avoue que le sujet de l'hépatite B c'est pas celui que
22 j'aurais choisi (*Rires*) comme ça là.... Mais pourquoi pas allez on se lance ! euh... oui j'avais aussi
23 toutes ces euh... ces appréhensions de se dire que ... on est très, très chargé dans un CADA, et que
24 euh (*Rire*) ... s'arrêter une matinée ça fait toujours euh... c'est très intéressant, je ne dis pas que...
25 mais on se dit toujours que du coup on va avoir du retard, et le retard en droit ça peut être fatal ...
26 (*Rire*) Voilà, on est soumis à des délais permanents.(On met une affiche sur la porte du bureau pour
27 ne pas être dérangé par les bruits de passage dans le CADA)

28 M1 : alors, merci du coup du temps précieux que ... voilà comme je viens d'entendre, que, oui ça
29 demande toujours de faire une pause dans tout ce qu'on à faire (*Rire*), et donc on est ensemble
30 jusqu'à midi, et il est proposé par Clémence et Roxane après de manger avec vous, que vous incluiez
31 votre pause déjeuner pour être un peu plus dans un mode informel, elles ont préparé des bonnes
32 petites choses... voilà.

33 M1 : alors justement pendant qu'on se fait ça, on peut aussi se poser un cadre de sécurité, c'est
34 important, vous êtes un petit groupe et vous vous connaissez, mais malgré tout c'est bien de le
35 rappeler, et ça c'est un peu mon rôle de facilitatrice. Quand on fait un partage de parole, c'est
36 vraiment important que tout le monde puisse se sentir en confiance, et du coup le cadre relationnel
37 est là pour amener ça (tableau). Du coup pour rappeler que tout ce qui va être euh dit parle de votre
38 expérience, hein c'est ... vous vous appuyez sur ce que... pas ce que vous avez vu, entendu, pensé,
39 mais plutôt ce que vous vivez, de ce que vous connaissez, c'est partir de son expérience. Et du coup
40 c'est vraiment de vous inviter à parler en « je » : j'ai vu j'ai fait, je me questionne, je pense... voilà. Et
41 puis quand les autres parlent, on va être plutôt dans la posture de l'écoute, l'écoute empathique.
42 Eventuellement s'il y a quelque chose qui vous questionne, je vous invite à le manifester en levant la
43 main plutôt qu'à couper la personne, et de demander une question plutôt de clarification, d'inviter à
44 mieux comprendre, ce qui fait l'écoute et du coup l'écoute un peu active. Evidemment ce qui va être
45 dit là sert au travail de la thèse et reste dans un espace de confidentialité, donc si après y'a quelque
46 chose que vous re-sortez, ne jamais nommer les personnes la situation ou autre, c'est juste parler de
47 faits. Et donc voilà le petit parcours qu'on va faire, ça va être ce petit temps surtout d'exploration
48 ensemble, ce petit temps d'ouverture et de culture. Est-ce que pour vous sentir bien et en confiance
49 vous avez besoin que je rajoute quelque chose dans ce cadre de sécurité ?

50 A3 : en fait on fait de supervisions ensemble, donc on a vraiment cette habitude de communiquer, de
51 faire état de nos émotions et d'écoute et tout et...

1 M1 : Je m'en doutais un peu mais c'est important de le redire, de se le dire tout haut, on ne sait pas
2 donc ... Merci
3 Alors on va démarrer ce petit parcours de questions, vous comptez dire quelque chose Roxane et
4 Clémence ?
5 Clémence : Nan ça roule.
6 Roxane : Juste vous dire que par rapport à vos appréhensions sur le sujet, euh.... On sait bien, on a
7 travaillé cette question en se disant que, ça s'trouve, ils n'auront pas grand-chose à nous dire là-
8 dessus, ce n'est pas spécialement ce qui les intéressent le plus, probablement... Mais voilà il suffit
9 juste de raconter vos expériences et puis ... Et puis même si y'a pas grand-chose, c'est aussi, ça va
10 aussi nous apporter dans l'analyse.
11 A3 : Il faut que ce soit uniquement sur le CADA ou ça peut aller sur les autres expériences, les autres
12 structures qu'on a eues avant ?
13 Roxane : Ce que vous voulez
14 M1 : votre expérience au sens large. Et donc dans le parcours qu'on va faire, l'idée c'est d'abord
15 plutôt d'aller explorer de manière un peu plus global et général, qu'est-ce que ça peut être cette
16 notion de dépistage, et précisément l'hépatite B mais si ce n'est pas, au moins tout ce qui est
17 parcours de dépistage, pour partager ensemble qu'est-ce qu'on met derrière ce mot, déjà. Et après
18 on va rentrer dans des questions un petit peu plus précises sur vos expériences, ce que vous vivez,
19 voilà ... Donc c'est un petit processus de questions qui vous amène à explorer tout ça, voilà. Ça vous
20 va ? Alors pour ce premier petit temps de représentations je vais vous donner des post-it. Euh....
21 Et c'est du coup de prendre un petit temps, on prend 3 min, pour déjà vous, tiens, fort de cette
22 question, c'est quoi, pour moi, le dépistage systématique de l'hépatite B qui est proposé aux
23 migrants, et de noter une idée par post-it, de tout ce que vous y associez, autour de ce mot.
24 A2 : Le dépistage ? de l'hépatite B ? (Rire)
25 M1 : alors de préférence mais on a vu que y'avait des personnes qui n'étaient pas en lien
26 directement avec ça, donc au moment de la restitution vous le direz, on dira bah « nous on a mis
27 focus dépistage » ou « dépistage de l'hépatite B », ça c'est non spécifié, vous allez le dire après dans
28 votre retranscription. Et du coup c'est dire tout ce que vous y mettez derrière, là ce n'est pas de
29 l'expérience qu'on parle, là c'est vraiment la vision globale de : qu'est-ce que ça veut dire pour vous
30 cette notion de dépistage de l'hépatite B.
31 [Temps de réflexion] 18m30s a 21m32s
32 M1 : donc une idée par post-it, faut faire plusieurs pos-it..
33 A3 : Ah, une idée par post-it... (Rire) C'était dans un contexte écologique ... Moi on m'a dit de faire
34 attention... (Rire)
35 M1 : oui mais là, pour ce temps-là, c'est une idée par post-it... pour pouvoir mutualiser et regrouper
36 A3 : Dépistage systématique on est d'accord ?
37 M1 : Allez qui comment avec une idée ?
38 A5 : Alors moi j'ai mis « contagiosité », par rapport à l'importance, voilà, le risque des personnes
39 d'être contagieux, une personne qui, qui porte le virus qui peut contaminer d'autres personnes,
40 l'importance d'expliquer les risques contagieux, donc l'importance d'expliquer les risques contagieux,
41 et l'importance de faire une prévention. J'avais mis « acceptation » : faire accepter aux personnes
42 d'avoir un dépistage systématique, ce n'est peut-être pas euh.... Alors j'avais mis aussi
43 « connaissances » en même temps, parce que... est-ce que les personnes migrantes qui arrivent ont
44 la connaissance de cette maladie, est-ce qu'ils savent ce que c'est, et est-ce que du coup ils
45 acceptent le dépistage ... Voilà. Et puis j'avais mis les « risques », les risques que ça peut incomber
46 pour soi et pour les autres, pour l'entourage.
47 M1 : merci, je vois une belle progression, dans ce que je vois ce que ça raconte pour moi hein,
48 j'interprète mais y'a : la problématique qui fait que c'est contagieux, du coup est-ce que la personne
49 sait, est-ce qu'elle a connaissance, est-ce que du coup si on propose quelque chose, bon bah elle
50 accepte parce que y'a les risques.
51 Ok est-ce qu'une autre personne veut compléter ? soit regrouper avec ce qui est dit la parce que ce
52 sont les mêmes idées ou ça complète, soit porter une idée différente ?

1 A4 : bah je crois que ça complète... Moi j'ai écrit « prise en charge » parce que du coup il y a une prise
2 en charge qui doit être faite notamment par nous, puis bah aussi par le personnel médical, donc ça
3 va avec la « connaissance » et tout ça et...

4 M1 : Tu mettrais avec connaissance ou acceptation ?

5 A4 : Euh... prise en charge elle est à la fois faite par les professionnels mais aussi par des...

6 M1 : en amont pour aider à la connaissance ? c'est ça ?

7 A4 : euh oui aussi eux de se prendre en charge, savoir faire les bons gestes pour, bah justement ne
8 pas être contagieux pour les autres aussi. Du coup la prise en charge elle est sur plusieurs niveaux,
9 nous, les professionnels et eux, de leur côté. Euh... qu'est-ce que j'avais mis d'autre... Euh... Du coup
10 y'a aussi le « secret médical », moi ça me fait penser au secret médical, moi ça m'interpelle toujours
11 un peu parce que du coup ils ne sont pas obligés de tout nous dire normalement, il me semble, je ne
12 suis pas sûre. Et en même temps c'est important aussi qu'on sache certaines choses, concernant la
13 gestion bah de Comment on va les gérer avec les autres, comment nous on va se comporter avec
14 eux. Et puis il y a ce secret médical qu'on doit respecter en même temps, on doit jongler avec et ce
15 n'est pas forcément facile.

16 M1 : Mmm... la posture là c'est... La posture de l'accompagnant.

17 A4 : mouais....

18 M1 : ouais, on peut faire une nouvelle euh... Pour l'instant on le met là

19 A4 : Sur la contagiosité, nan ?

20 M1 : ouais, ouais... comme ça te parle, mets-le comme ça te parle, là c'est vraiment toi qui sais euh
21 aussi et pis ... On voit après si...

22 A4 : Ok. Et du coup j'ai un post-it qui est sur euh... Au début j'avais marqué « peur », et en fait je l'ai
23 rayé et j'ai mis « appréhension », c'est plus que... personnellement je sais que ça m'inquiète un petit
24 peu et je sais que je dois m'occuper d'eux et de la même manière que les autres, et ça, ça ne va
25 absolument pas varier... Mais euh... je ne sais pas exactement si y'a des choses que je ne dois pas
26 faire, et puis j'ai peur aussi, enfin l'appréhension elle est à la fois d'avoir la même maladie qu'eux et à
27 la fois d'être blessante, elle est sur plusieurs choses. Voilà, peur... de pas savoir gérer la situation.
28 Euh... je ne sais pas c'est dans la connaissance ou dans l'acceptation ?

29 M1 : bah j'ai l'impression que ça va là, avec le secret médical, le fait que ce soit contagieux, donc
30 c'est un peu posture... Pis en même temps bah... j'ai peur aussi parce que... et en même temps je dois
31 être vigilant... j'entends ça hein... Euh... Comme tu veux mais je le voyais bien dans cette partie plutôt
32 autour du côté contagieux. Toi tu le voyais plus ... Là je crois que l'acceptation c'était tourné vers la
33 personne... hein ?

34 A4 : ouais moi j'ai fait plutôt par rapport à la personne qui...

35 M1 : ouais, c'est pour ça que je ne disais pas là, parce que là ce n'est pas acceptation que la personne
36 elle a de ça, là quand tu dis c'est « moi accepter dans mon rôle d'accompagnant ». Voilà, et du coup
37 y'a le coté plus rôle euh... Bah peut-être on peut...

38 A4 : Et ça c'est dans risque pour ... soi et les autres du coup ?

39 M1 : Ouais. Ouais peut être ouais. Ouais c'est ça ouais. Cette appréhension, y'a un risque pour soi et
40 pour les autres, moi je fais partie des autres et comment je fais, et dans mon rôle de professionnel,
41 et même temps bah, d'autre personne qui a un peu peur aussi.

42 A3 : Alors moi euh... Hum ! Moi je ne suis pas trop dans le thème ! (Rire) Enfin si hein, y'a des trucs
43 qui se recourent... (Rire)

44 M1 : alors, elle l'a dit Roxane, y'a pas de mauvaise et de bonnes réponses, tout est OK.

45 A3 : alors du grand *** ! J'avais mis « soins prises en charge » globale quoi, je n'ai pas mis globale
46 mais je le pensais « globale », euh aussi dans le coté aussi ; comment on active le réseau
47 pluriprofessionnel. Donc je ne sais...

48 M1 : Si, là ! Là y'a vraiment le côté accompagnement, on pourrait mettre « prise en charge »
49 maintenant qu'il ressort beaucoup.

50 A3 : Euh... là où ça rejoint aussi pour « prévention » euh... parce que euh... Alors j'essaie de me
51 mettre à la place des soignants, en tout cas de la... le côté politique, message politique peut-être
52 plus, où quand on a des personnes étrangères qui arrivent sur le territoire, comment on protège

1 notre population, donc la « prévention » elle est aussi : maintenir la santé de la population, donc du
2 coup les personnes qui rentrent et qui traversent les frontières, on sait qu'elles ont un parcours, a
3 priori un peu catastrophique au niveau de la santé. Donc on va protéger d'abord la population. [La
4 prévention] elle est faite pour eux, elle est faite plus pour la population déjà sur place. Voilà euh... Du
5 coup j'avais mis « prévention » mais pas du côté de la personne, alors on n'est pas là pour elle, on est
6 là d'abord pour ceux qui sont déjà là et qui vont bien (rires)... Voilà on a du grand A3 !
7 *(Rires, brouhaha)*
8 M1 : Ouais mais c'est intéressant parce que là y'a un aspect finalement euh... Bon là on dit des
9 migrants mais y'a... Et pis y'a plus vraiment, la personne migrante et puis y'a nous, ceux qui
10 accueillent, celui qui est déjà là, celui qui ...
11 A3 : c'est plus vers les autres, là.
12 M1 : Mmm mmm (acquiesce)
13 A3 : Euh, du coup, bah dans cette logique de pensée j'ai trouvé que c'était aussi assez euh... C'est de
14 l'intrusion le dépistage systématique, c'est pour ça que je demandais si c'était vraiment
15 systématique, parce que c'est hyper intrusif, on enlève la culture de la personne, c'est-à-dire euh, là
16 où le médical n'existe... existe mais autrement, on vient l'imposer à la personne sans prendre en
17 considération qui elle est. Donc je trouve que c'est hyper intrusif. Et c'est-à-dire que la personne
18 peut avoir devant un médecin ou un corps médical un discours, et le médecin va... c'est deux mondes
19 qui ne se croisent pas, *(Rires)* c'est là où je trouve que c'est intrusif.
20 M1 : Ouais, j'ai envie de le mettre avec ça, vous me direz après si... Y'a un côté euh... Là vraiment
21 autour de... De la prévention, connaissance, toujours on a dit les deux volets, nous et la personne
22 A3 : Et le « systématique » j'ai mis aussi : ne pas prendre en considération le parcours de santé de la
23 personne – je fais des phrases... je sais pas s'il fallait que des mots....C'est dans le sens aussi, mais en
24 fait je pensais un peu aussi aux vaccins, on a des personnes à chaque fois qu'elles arrivent dans un
25 pays elles se font vaccinées, vaccinées, vaccinées, vaccinées....parce que on s'en fout des médecins
26 ce qu'ils ont fait en Bulgarie, ce qu'ils font en Croatie, ce qu'ils font en Grèce... Systématiquement, on
27 repart à zéro, un peu comme si chaque traversée, chaque pays, on repart sur un bilan de santé et sur
28 un dépistage, à zéro et on va même pas lui poser la question, si elle a pu avoir ça dans le camp de
29 réfugiés en Ethiopie ou machin.... Voilà.
30 *Arrivée de A1, dernier intervenant du CADA*
31 M1 : merci, du coup là je mets... Y'avait « prévention », Et là on avait un côté un peu « posture » ...
32 Ok. Est-ce que tu veux compléter ?
33 A2 : Bah rapidement euh...
34 M1 : On finit ça pis euh... On partage un peu les représentations de ce qu'on met derrière cette
35 question, de manière plus globale.
36 A1 : D'accord
37 A2 : Eh ben du coup oui euh, dépistage systématique donc ça renvoie à une politique de santé
38 publique donc moi ça m'a fait penser à l'identification des partenaires sur le territoire, au niveau
39 d'information aussi qui est donné à toutes les personnes qui sont en première ligne en fait avec les
40 personnes migrantes. Euh... Et du coup c'est la question aussi, effectivement, de l'information qu'on
41 leurs donne par rapport à ça, donc en jonglant aussi avec ces questions de... Bah comment faire aussi
42 pour pas qu'ils se sentent stigmatisés par rapport à, euh... Bah voilà le fait qu'on leur ... impose,
43 quelque part, ce dépistage. Et aussi...
44 M1 : du coup y'a une idée sur la sensibilisation c'est ça que j'entends ?
45 A2 : ouais
46 M1 : donc ça fait une idée aussi, ok, et une idée sur la posture de l'accompagnant, c'est ça ?
47 A2 : ouais, c'est ça et pis après du coup j'avais marqué « orientation » : du coup comment, par quel
48 canal on passe, est-ce que les choses sont bien claires aussi
49 M1 : sur, pardon ?
50 A2 : Sur l'orientation des personnes, vers les services
51 M1 : ah ouais, l'accompagnement après...
52 A2 : donc je ne sais pas trop où euh...

1 M1 : bah du cou, là y'a une idée sur ça, et sur la prise en charge peut être, nan ?
2 A2 : ouais
3 M1 : Sur euh... alors la prise en charge, ouais c'est un peu global, la prise en charge, les soins,
4 l'orientation, ça va peut-être sur ça ? Et puis là on a dit, y'a « eux » qui sont concernés, et « nous »
5 qui accueillons. Et du coup, prise en charge, prévention, ça c'est « eux » les autres, « nous » les
6 peurs, l'acceptation « eux », et euh... Le coté prévention on va le mettre là
7 Voilà. Eh ben, merci pour cette première question, vous avez des questions ? Nan c'est bon, on
8 continue ?
9 [Présentation de A1 en aparté]
10 M1 : Voilà, donc la deuxième question, on va la faire plus en parole « brain storming », là chacun va
11 exprimer du coup. On va recenser tout ce que vous faites, concrètement, ici, au CADA, autour du
12 dépistage (Hum hum ! rire étouffé)
13 M1 : où y'a peut-être pas hein ? mais... C'est euh.... Voilà
14 A3 : A1 a la parole (Rire)
15 A1 : bah on regarde un tuto, et on fait les tests maintenant...
16 (Rires)
17 A3 : sur YouTube !
18 A5 : oui parce que c'est peut-être plus à votre niveau que nous
19 A1 : ouuaais...
20 A5 : plus en amont
21 A2 : ouais, c'est vrai que ça on ne l'a peut-être pas précisé mais on ne travaille pas sur le même
22 service, et du coup nous on a des personnes qui sont pas du tout primo-arrivant quoi, qui sont là
23 depuis... Qui ont déjà un parcours de soins aussi... derrière quoi
24 A3 : Alors oui, nous y'a, effectivement... Alors nous on n'a pas eu de primo-arrivant, parce que en fait
25 les primo-arrivants arrivent sur la SPADA, et sont ensuite stockés, parce qu'on peut parler de
26 « stock », soit au 115 soit sur des CAES, et ensuite, une fois qu'il y a des places qui se libèrent au
27 CADA, l'OFII va orienter, et là va se pérenniser un petit peu pour le logement pendant la procédure
28 d'asile. Donc y'a des personnes qui sont orientées très rapidement donc du coup on pourrait dire
29 qu'on a des primo-arrivants ; ils n'ont pas eu du tout leur parcours à la PASS, qui est exigé au
30 moment où ils arrivent, hein, c'est un parcours de soin de dépistage en tout genre, hépatite B
31 compris. Et à ce moment-là, j'ai presque envie de dire... A4 ?! (Rire) a toi ... parce que A4 œuvre
32 beaucoup vers l'accompagnement de ces personnes, quoi physiquement, tu les accompagnes quand
33 même pas mal...
34 A4 : euh ouais
35 M1 : alors après on va rentrer plus dans les expériences individuelles de chacun, hein, donc l'idée
36 c'est plus, en termes de structure, on est vraiment là sur le CADA, où ça commence, où ça s'arrête,
37 qu'est-ce qui est fait, en termes de prise en charge.
38 A3 : Bah où ça commence donc du coup ça peut commencer avant, donc nous on va avoir la suite un
39 peu...
40 M1 : la suite de quoi ?
41 A3 : bah la suite, ici ça serait... les personnes elles sont autonomes elles sont adultes hein, donc elles
42 voient directement avec le médecin au niveau du soin. Après si elle a besoin d'en parler etc, on est là.
43 Par contre l'hépatite B ça peut faire valoir quand même un droit au séjour dans le cadre d'un titre de
44 séjour pour personne étrangère malade ; étranger malade, c'est le nom du titre. Et dans ce cas-là, en
45 plus de l'asile on leur proposera de faire une demande concomitante au niveau de la préfecture, et
46 donc il va falloir se mettre en lien le corps médical, pour qu'il certifie à ce moment-là, suite au
47 dépistage, la maladie de la personne, et s'il y a une absence de soins dans son pays d'origine, si aussi,
48 au niveau de sa maladie, si c'est assez évolué et qu'il y a un risque réel en l'absence de soins, pour sa
49 vie... Eh ben dans ces cas-là on peut enclencher aussi un droit au séjour.
50 M1 : et du coup quand la personne arrive ici, elle a un acte médical ... ? Moi n'y connais rien hein,
51 donc je pose des questions assez simples
52 A3 : Si elle n'a rien eu, en fait, si elle a rien eu avant...

1 M1 : comment vous lancez le dépistage ? C'est quelque chose qui fait partie des premiers pas quand
2 ils sont en lien avec vous ? Ils ont un parcours déjà santé qu'ils ont avant qu'ils...

3 A3 : Y'a les deux profils. Nous dès qu'on les oriente, on va nous dire « attention on a engagé aucune
4 démarche soins », ok dans ce cas-là, le réflexe s'est d'appeler tout de suite la PASS pour prendre rdv
5 rapidement ; et qu'ils engagent le dépistage. Et puis si euh... Après certains vont dire « ah bah
6 orientation, par contre y'a déjà eu parcours PASS qui a été déjà fait ». Et là si la personne elle n'a pas
7 envie d'en parler, elle en parle pas, quoi. Systématiquement dans l'accueil on leur demande, en
8 sachant qu'on leur dit qu'ils ont le droit de pas nous répondre. Parce que le secret médical c'est
9 quelque chose qui est très français et du coup ils découvrent un peu ce côté confidentialité de mon
10 corps, de mon état de santé, et comme c'est un droit fondamental en France, on accentue un peu.
11 Mais c'est vrai que c'est vraiment très très nouveau ce côté confidentialité, secret médical, tout ça...
12 Ils ne comprennent pas qu'on peut ne pas se parler entre nous quoi... Toute cette appréhension du
13 code euh... (Rire)

14 M1 : culturel

15 A3 : ouais culturel sur le côté santé. Voilà, en sachant qu'on leur explique aussi que suivant ce qui se
16 présente au dépistage, ça peut donner aussi un droit au séjour et qu'on peut les accompagner à
17 monter le dossier.

18 M1 : ok. Tu veux compléter ?

19 A4 : euh ouais. Bah du coup moi je commencerai par parler de chronologiquement ce qu'on fait, à
20 partir du moment où on les accueille. Donc euh...

21 M1 : Il y aurait l'accueil, ce serait la première étape ?

22 A4 : Moui... mais en amont déjà, avant qu'ils arrivent, c'est Dominique qui reçoit euh...

23 A3 : sur le DNA ?

24 A4 : ouais ouais, les informations déjà médicales sur l'arrivant

25 M1 : c'est une personne de chez vous ?

26 A4 : Dominique ? ouais c'est notre chef de service.

27 A3 : c'est l'homme de ménage, le DNA !

28 (Rires)

29 A4 : Du coup ensuite, on accueille la personne dès qu'elle arrive, à ce moment-là on va poser des
30 règles, et tout, de comment ça va se passer au CADA, et durant ce moment on va poser des
31 questions. Parmi ces questions il y a, bah, à partir du moment où ils ont déposé l'asile, est-ce qu'ils
32 ont fait tel ou tel démarche de santé, est-ce qu'ils ont déjà eu la radio des poumons, s'ils ont déjà fait
33 des dépistages, tout ça...

34 M1 : c'est un recueil d'information en fait, c'est un échange, c'est ça ?

35 A4 : ouais exactement. Généralement ils nous disent tout, enfin je n'ai pas été confrontée à des...
36 des... (Regard insistant de A3) ah oui bon a part lui, oui c'est vrai

37 A3 : ouais, ouais ! avec sa colloc' hein !

38 M1 : on verra après l'expérience peut-être plus perso

39 A4 : moi je trouve quand même que généralement ils sont quand même plus ...Ils sont plutôt enclins
40 à nous dire ce qu'ils ont, ou plutôt ce qu'ils n'ont pas ... (Rire) Bah c'est plutôt ça ! Parce que c'est vrai
41 que... bon bah là on parle d'une personne qui du coup a une maladie qui est contagieuse

42 M1 : On va en reparler après des expériences plus personnelles, et du coup vous pourrez à ce
43 moment-là vous appuyez sur cette expérience-là. Là c'est vraiment de manière structure hein, du
44 coup on disait, voilà, la personne elle arrive, y'a un lien avec le responsable qui a des infos, vous vous
45 avez donc des questions qui permet un échange avec la personne pour avoir des infos qui sont
46 données ou pas, hein, c'est ça que j'entends. Et après ?

47 A4 : Donc du coup après, en fonction, on s'organise dans l'équipe avec A1 et un autre collègue pour
48 envoyer un mail à la PASS, voilà

49 M1 : c'est le parcours orientation c'est ça ?

50 A4 : exactement. Mmm...

51 A3 : Et on les accompagne physiquement sur le premier rendez-vous, parce qu'après ils ont une
52 autonomie complète sur ...

1 M1 : d'accord
2 A4 : du coup on les informe qu'ils ont un rendez-vous, c'est généralement une ou deux semaines
3 après il me semble hein ?
4 A3 : bah ça doit être rapide hein
5 A1 : normalement ça doit être rapide.
6 A3 : Quand ils n'ont pas euh... ouais On a une obligation de rapidité quand même.
7 A1 : Après ça dépend des dispo de la PASS
8 A3 : et la PASS ça va, on arrive vraiment à bien décrocher les... (rendez-vous)
9 A1 : ouais
10 M1 : OK
11 A4 : et ouais donc après, on les amène la première fois, on les accompagne...enfin moi je les
12 accompagne, je reste avec eux, et euh... Ouais, des fois je reste pendant que... bah vous (*elle*
13 *s'adresse à Roxane et moi*) parlez avec euh... (*rire*) avec les personnes dont on s'occupe, des fois je
14 reste, des fois je préfère partir. De toute façon où je dois partir pour une question de secret
15 médical... voilà. Mais généralement je sens qu'ils sont... pas effrayés mais qu'ils ont envie de que je
16 reste donc je reste un petit peu.
17 M1 : Faut les rassurer. On verra après ça, c'est dans les questions suivantes
18 A3 : la PASS à savoir à Chambéry elle est à l'hôpital, donc c'est dans le euh...
19 M1 : d'accord... Oui mais je crois que vous connaissez hein ? (*S'adresse à nous*)
20 A3 : oui, mais quand tu dis que c'est impressionnant, y'a ce paramètre aussi euh.... Ce n'est pas euh...
21 M1 : Mais gardez-le, ça, cette idée-là, parce qu'après on va avoir une question justement sur ce qui
22 est inconfortable, du coup c'est là que vous allez pouvoir le ressortir, hein tout ce côté un peu
23 accompagner le patient, et du coup ce qui est difficile, ce côté un peu impressionnant de structure
24 quand on vient d'une culture différente. Ouais, super. OK, est-ce qu'il y a besoin de compléter ça, sur
25 ce fait ici au CADA, par rapport à ce qu'elle a présenté ?
26 A1 : bah juste y'a un autre cas de figure, quand les personnes elles arrivent, qu'elles ont déjà des
27 droits ouverts à la CPAM, bah là on les envoie vers un médecin traitant, qui lui lance les démarches.
28 Et pareil là on les accompagne au moins au premier rendez-vous, voir plus si nécessaire.
29 A4 : Pis y'a aussi l'annonce des résultats...
30 A3 : Ouais c'est ça, j'allais... Et pis le médecin traitant va systématiquement revoir si les dépistages
31 ont bien été fait et puis après il y a l'annonce aussi, une fois qu'il y a une maladie qui est détectée,
32 euh.... Voilà ça c'est... On en a eu plusieurs.
33 M1 : Donc un deuxième parcours, OK. C'est bon ? Ouais ? Du coup on va enchaîner sur vraiment, là,
34 en tant que professionnel au sein de la structure, quelles sont vos expériences personnelles. Donc je
35 vous laisse réfléchir une minute ou deux, pour identifier les situations, les expériences vraiment que
36 vous avez vécu en lien avec, toujours, le dépistage systématique de l'hépatite B... De préférence,
37 idéalement... Juste que c'est important je crois hein, de faire cette différence, si ça ne l'est pas, juste
38 de le préciser pour vous hein les filles (*s'adresse à nous*)
39 Clé : oui si ce n'est pas l'hépatite B mais que c'est un autre dépistage, on prendra aussi...
40 (*Rires*)
41 Roxane : quelle que soit l'expérience, ça peut être n'importe quand dans le parcours, une expérience
42 que vous vous avez vécu
43 M1 : oui on sort du coup de sa situation au CADA, c'est ça ?
44 Roxane : oui
45 M1 : ça peut être en tant que professionnel dans votre parcours
46 Roxane : nan je parlais du parcours du migrant mais ça peut être, aussi dans votre parcours de vie, et
47 auquel cas, à quel moment mais ... mais je disais dans le parcours du migrant ça peut être euh
48 n'importe quand en fait, en CADA ou autre
49 A3 : moi c'était plus avec les MNA...
50 M1 : alors juste, avant de démarrer, vous allez essayer de vous prendre 3 minutes ... Tout le monde a
51 des expériences à partager ? (*Acquiescement général*) Du coup on va faire un petit tour, on va se
52 prendre 3 minutes chacun, et du coup que chacun puisse s'exprimer sur son expérience vécue, hein,

1 puisqu'après on ira faire une deuxième exploration. Du coup n'hésitez pas déjà à noter si ça vous
2 vient, dans ce que vous racontez. Y'a trois questions sur l'expérience, y'a une question plus, des faits,
3 qu'est-ce que j'ai vécu, à quel moment, dans quel contexte. Y'a une deuxième question qui va être
4 plus du coup ce qui était confortable de vivre, plutôt intéressant, positif, dans ce que vous avez eu à
5 faire pour la personne. Et puis une troisième question qui va être plutôt ce qui a été difficile ou
6 inconfortable, ou qui vous questionne. Donc n'hésitez pas là aussi à noter, les éléments là-dessus
7 pour qu'après on puisse noter au fur et à mesure, on va le faire ensemble, au fur et à mesure de
8 votre expérience. C'est bon ? Qui commence ?

9 A3 : bah moi c'est hors CADA hein... c'est plus sur les MNA

10 M1 : EMENA ? Ça s'écrit comment ?

11 A3 : nan c'est les Mineurs Non Accompagnés. Donc c'était sur les MNA pendant leur prise en charge
12 au sein de la Protection de l'Enfance. On en a eu plusieurs, après on peut parler d'un cas ; sur une
13 personne, mais qui se transpose, je trouve, aux autres, où le dépistage a donné suite à un test positif
14 sur l'hépatite B. Donc j'ai trouvé que c'était hyper violent pour le jeune, qui s'est tout de suite isolé...

15 M1 : est-ce que tu peux juste décrire un petit peu les faits ? Du coup c'était une personne mineure
16 c'est ça ?

17 A3 : oui, reconnue mineur à l'évaluation au Conseil Départemental, placé ensuite en structure
18 d'accueil pour mineure

19 M1 : donc y'avait un placement...

20 A3 : un placement sous OPP, ordonnance de placement provisoire par le juge des enfants. Donc du
21 coup bah ... Structure collective, voilà, ça c'est peut-être important de le dire. Collective mixte c'est-
22 à-dire que y'a pas qu'un accueil de MNA, et y'a pas que... quoi, c'est aussi mixte fille-garçon, c'est
23 ado, et ça peut être aussi des placements de Français.

24 M1 : il parlait français ?

25 A3 : francophone, après avec un parcours scolaire très léger. Ouais après euh, donc scolarisé, quand
26 il est arrivé chez nous on l'a scolarisé, donc il était sur un CAP.

27 M1 : Scolarisé, donc en lien aussi euh

28 A3 : Scolarisé en France oui

29 M1 : ... avec d'autres publics quoi

30 A3 : Ouais, donc il était tout le temps dans des lieux de collectivités quoi, et euh... voilà ça va sur les
31 faits ?

32 M1 : ouais !

33 [A3 en rajoute, rires]

34 A3 : alors là ce n'est pas moi qui l'avais accompagné au dépistage, donc c'était les ... Parce que bah
35 voilà, on travaillait en équipe, on était une équipe de 6, et c'était des collègues qui l'avaient amené.
36 Et on a eu par contre les résultats c'est nous qui l'avons récupéré, enfin moi je me souviens que c'est
37 moi qui l'avais récupéré le soir, après les résultats. Et il m'a dit « tout va bien, j'ai rien à te dire », bon,
38 d'accord (*Rires*). Donc moi ce qui m'avait un peu sidéré c'était le côté déni, et on était en structure
39 collective, donc on savait qu'il y avait quand même pas mal de vigilance à avoir et tout... Notamment
40 quand, on sait très bien les jeunes comment ils font, ils prennent leur verre, ils boivent, ils mettent
41 dans l'évier, l'autre il prend dans l'évier, il ne rince même pas, il boit aussi... Donc on lui avait dit
42 quand même qu'il y allait avoir un peu un changement dans sa vie quotidienne, sur les gestes de la
43 vie quotidienne... et ça par contre ce n'était pas inclus, ce n'était pas possible... Je crois que, en plus
44 ce qui m'avait un peu, ce qui m'avait beaucoup inquiétée, c'était une annonce qui a été faite où déjà
45 chez nous dans notre collectivité on avait des gros problèmes de gale, donc y'avait de la gale de
46 partout, euh je me disais « pffff se rajoute l'hépatite B », bon je me disais ...

47 M1 : une surcharge du coup ?

48 A3 : ouais, autant te dire que le COVID on s'en foutait complètement...

49 (*Rires*)

50 (*A3 blague covid*)

51 A3 : ouais je me souviens que ça faisait un peu le scénario catastrophe et ce jeune, il ne fallait surtout
52 pas qu'on le dise aux autres, il ne voulait pas qu'on le dise aux autres, de toute façon ça c'était clair

1 qu'on allait pas le dire, mais par contre on lui a dit qu'en fait il était un peu dans l'obligation de
2 prendre soin des autres et de prendre soin de lui quoi. Et c'est pas parce qu'il a l'hépatite B, qu'il est
3 pas content...ça on l'entend... et que, voilà. Donc là tout de suite on avait un peu alerté la
4 psychologue, mais il a jamais voulu la voir parce que de toute façon c'est une population où le coté
5 psy c'est hors cadre, de leur vie... Donc c'était pas possible. Elle l'avait quand même un peu vu parce
6 qu'il fallait euh... Elle voulait un peu s'assurer que ça allait, ou en tout cas nous suivre, nous, pour
7 nous guider un peu dans comment on pouvait l'accompagner. Mais c'est sûr qu'il continuait à l'école,
8 il faisait n'importe quoi, et moi j'ai trouvé qu'on arrivait dans un schéma dangereux, où je me suis dit
9 « en fait, tout le monde va l'avoir ». Oui parce qu'en plus il avait une petite copine, voilà. (Rires) Là je
10 crois qu'il falloir qu'on fasse un point. Et puis en même temps y'a eu un moment donné je me suis dit
11 « merde, on est pas docteur quoi, c'est pas à nous de le dire », de l'appréhension, j'avais envie que
12 y'ait vraiment, à un moment donné, une concertation collective, et que ce soit pas à nous à lui dire
13 en fait euh... Bah comment tu peux vivre, continuer ta relation amoureuse, et comment ça va se
14 passer, parce qu'en fait t'as le droit d'être amoureux quand t'as l'hépatite B mais c'est plutôt
15 COMMENT t'es amoureux. C'est pas si c'est possible que tu vives en collectivité, c'est COMMENT tu
16 vas vivre en collectivité. Comment tu vas aborder l'école, comment tu vas...

17 M1 : donc c'était accompagner en fait à adapter son comportement face à la connaissance de ...

18 A3 : Et ça pour moi ça pouvait pas être qu'une parole dans un lieu, il fallait que ce soit un peu toutes
19 les différentes compétences qui soient autour de lui qui lui disent... Et j'avais trouvé ça pas très juste
20 que ce soit nous qui nous tapions ce rôle-là, parce qu'en plus, en termes d'arguments, on peut en
21 avoir, mais on les a pas tous, c'est-à-dire que niveau de la santé c'est pas nos compétences et...

22 M1 : Donc l'inconfort c'est d'avoir le bon discours ... ? La bonne parole ?

23 A3 : Bah, en fait le médecin il peut, mais je pense qu'il fallait qu'on soit tous autour de lui parce qu'il
24 va dire « oui mais le médecin il m'a jamais dit ça hein ! ». Et le problème c'est qu'avec les restrictions
25 budgétaires dans le secteur social, l'infirmière, le poste d'infirmière n'a pas été remplacé, et
26 d'habitude ça servait un peu à ça aussi, le coté pluridisciplinaire. Ouais voilà c'est le côté où à chaque
27 fois on le voyait, mais seul, donc à chaque fois il disait « nan mais moi on m'a jamais dit ça... », « nan
28 mais là on m'a pas dit ça ... » Du coup on disait « bah... si forcément on a dû t'expliquer », « bah non,
29 on m'a dit que c'était bon hein... »

30 M1 : donc c'est comment faire, j'entends aussi une difficulté sur euh...

31 A5 : ... pour harmoniser les informations quoi

32 A3 : ouais et puis créer de la cohérence en fait, après, ouais c'était ça

33 M1 : avoir une cohérence autour de l'équipe de l'accompagnement

34 A5 : du discours de...

35 M1 : ok, est-ce qu'il y a d'autre personne qui avait cette situation et qui ont envie un peu de
36 compléter

37 A2 : ouais moi je veux bien compléter justement sur la question du suivi après le dépistage.
38 Justement, qui prend en charge ce suivi, enfin moi j'avais le cas d'une personne sur un ancien poste
39 que j'occupais sur une structure collective, en plus dans une grande promiscuité, ce n'était pas des
40 locaux très adaptés au nombre de personnes, etc... Avec un monsieur qui avait également une
41 pathologie psychiatrique assez importante, et qui du coup ne prenait pas vraiment ses traitements,
42 même pour la pathologie dont il était question. Et qui du coup avait un rapport au soin très
43 vapoureux, très fuyant, on avait aucune manière de s'assurer que... que voilà il prenait bien ses
44 traitements, que tout ça ... Et du coup nous on était un peu seul face à cette situation quoi. Comment
45 on intègre aussi le fait que, voilà on est dans du collectif, il est en contact avec énormément de
46 personnes, et y'a pas de geste, en tout cas de précaution qui sont respectées... Et voilà c'était une
47 personne avec qui c'était difficile de le raccrocher à un suivi médical quoi. Donc euh ... voilà, c'est
48 aussi la question de... Voilà bah nous on a cette info et après qu'est-ce qu'on fait avec ça quoi.

49 A3 : Oui c'est ça c'est que, parfois ils font un peu une liste ou une explication de ce qui se passe dans
50 la prise en charge, le médecin va le faire, et quand on regarde on se dit « mais en fait c'est pas du
51 tout compatible avec l'environnement de la personne, ça ne peut pas se mettre en place ». Tous les
52 gestes de précautions etc, je pense qu'ils se rendent pas compte quoi

1 A2 : ça c'est dans un monde idéal, et nous on est avec des...

2 A2 : Nous c'est de la précarité quoi, c'est de la précarité à tous les niveaux. C'est de la précarité aussi

3 face à... aux soins

4 A3 : De la grande précarité ! Quand ils sont au 115, nous on a des jeunes qui sont placés au 115,

5 mineurs donc en plus ils comprennent rien. On va pas demander au veilleur de nuit, qui doit déjà

6 gérer tous les SDF qui sont arrivés complètement alcoolisés et drogués, d'aller gérer l'autre jeune qui

7 a une hépatite B, qui doit prendre des... qui a un traitement à suivre heure pour heure, c'est

8 impossible !

9 M1 : Je veux bien après, je fini avec ton idée et après que A2 reprenne la parole pour un peu plus

10 explicité justement ce que tu as vécu, c'est surtout ça aussi, hein ?

11 A2 : ouais, j'ai dit l'essentiel mais eu ... OK

12 M1 : OK toujours sur ce suivi, comment on fait ? On a les infos, tout le monde ... Nous adulte on sait.

13 On sait ce qui faut faire. Et en fait, la personne elle va naviguer de services en services et comme il n'y

14 a pas de dialogue ou de travail entre professionnels, enfin de communication entre professionnels, de

15 suivi c'est ça ? (*Reformulation, compréhension de la modératrice*)

16 A2 : ben comment on choisit entre dépistage et parcours de soins quoi ? comment on enclenche ça

17 en fait ? Parfois ça pose quand même des... Des... (problème). C'est pas si simple quoi.

18 M1 : Mmm (*acquiescement*)

19 A3 : Et comment on fait quand ils refusent de se faire dépister, parce que ça aussi ce n'est pas dans

20 leur rapport à la vie

21 (*« Humm » acquiescement audible d'autres participants*)

22 M1 : Ouais ça c'est encore... là c'est plutôt le dépister et après il y a le cas où ils ne veulent même pas

23 se faire dépister. Et du coup c'est intéressant là je pense, sur les expériences je pense que c'est, est ce

24 qu'il y en a d'autre comme ça qui ont envie de témoigner ? sur du coup ce que vous avez fait, qu'est-

25 ce que vous avez eu comme expérience et du coup sur voilà ces difficultés rencontrées à ce moment-

26 là ; ou peut-être ce qui était aussi... On n'a pas noté du coup, peut être en positif, en confortable aussi

27 ou intéressant autour de la situation ?

28 A4 : Moi j'ai une situation. J'ai accompagné une famille, tout s'est bien déroulé. Ensuite, moi, mon

29 souci, où je rencontre des difficultés, à chaque fois, c'est lorsqu'ils sont face à leurs résultats, ils ne

30 comprennent pas, parce qu'ils ne parlent pas français. Ils sont juste devant moi et je suis là, ils me

31 tendent leur papier, déjà je ne sais même pas si je suis sensé m'en saisir, et le regarder, ça me gêne un

32 peu mais je le fais quand même, par ce qu'ils sont aussi dans l'attente et du coup j'essaie de voir.

33 Mais déjà je ne comprends pas tout et ensuite ben quand il me semble que, là c'était des résultats

34 négatifs bah les détections ça aller, mais ensuite je me suis rappelé ce que m'a dit mon supérieur, il

35 m'a dit que normalement on a pas à dire les diagnostics. Les diagnostics, moi je ne suis pas censée

36 m'en charger, je suis pas censée les annoncer et donc du coup je suis là, ils sont là, à me regarder

37 (*rires de du groupe*) à se demander qu'est-ce que c'est ce papier, puis finalement ils ont compris que

38 c'était l'hôpital, et heu et du coup je me dis est ce que je dois leur dire... je dis « je pense que c'est

39 négatif » ou alors

40 M1 : C'est pas ton rôle en fait c'est ça ? Si je comprends

41 A4 : C'est pas tout à fait mon rôle

42 M1 : Ouais mm

43 A4 : Et imaginons que je fasse une erreur en plus ça serait dramatique. Oui j'avoue je ne suis pas très

44 confortable, l'annonce des résultats. J'avoue que j'aimerais mieux que ça se fasse, ben chez vous (en

45 nous regardant)

46 (*Rire collectifs*)

47 A5 : Un médecin qui annonce les résultats, ça serait quand même mieux,

48 M1 : ouais

49 A1 : Alors normalement la PASS ils ont un... quand il y a des résultats comme ça, il y a toujours un

50 retour, un rendez-vous qui fait suite aux examens pour expliquer, pour donner des explications sur les

51 analyses, les résultats. C'est systématique normalement mais effectivement, c'est nous qui recevons

52 les résultats

1 M1 : ça veut dire qu'après ça serait à vous de les renvoyer en disant

2 A1 : hum

3 M1 : « j'ai l'impression qu'il n'y a rien de grave, mais va à la PASS faire ce rendez-vous pour aller en

4 discuter ou pour justement toi tu disais tout à l'heure aussi comment on fait après pour les aider à

5 changer leurs comportements, prendre conscience de tout ce que ça peut impacter dans leur vie

6 amoureuse et autre, et du coup c'est la PASS qui pourrait faire ça ?? c'est ça ? C'est là que ça peut se

7 faire ?

8 A1 : là je parlais en fait de façon un peu générale, sur tous les résultats que l'on peut recevoir, la PASS

9 font un rendez-vous systématique.

10 Après quand ses des résultats, qui ont un médecin traitant par exemple, après c'est nous qui les

11 accompagnons pour prendre un rendez-vous pour que le médecin traitant les voie.

12 Après on n'est pas censé leurs dire ce qu'il y a...on essaye, on fait au mieux...mais après...

13 A3 : on a le droit de lire un document

14 A1 : ouais

15 A3 : moi je fais une lecture. Quand ils me disent, « mais ça veut dire quoi hépatite B », moi je dis

16 « ben je ne sais pas » « tu verras avec ton médecin » c'est écrit hépatite B machin, hépatite A

17 machin... on fait une lecture et quand il me dise « mais ça veut dire quoi ? », je dis « je ne sais pas ».

18 M1 : hum t'arrive à voir où est ta limite de rôle

19 A3 : oui on a le droit de lire un courrier. Quand ils ont un rendez-vous à Pôle emploi, on leur dit « Pôle

20 emploi... » on leurs lit la convocation donc ça c'est bon.

21 A1 : De façon générale, on est toujours un peu dans cette « entre deux ». On est un peu entre les

22 médecins et les usagés. Et des fois on ne sait pas trop, on essaie de mettre le curseur, en se

23 déchargeant un peu de ça, mais c'est eux qui viennent nous solliciter nous clairement, pour ça, donc

24 on est...

25 M1 : et ouais ! (Acquiescement)

26 A1 poursuit : Pareils parfois on a des ordonnances, on est là comme tu dis quand ils vont à la PASS

27 pour des examens, ben des fois on reste, des fois on ne reste pas, mais après les soignants viennent

28 nous dire à nous « Ah ben il va y avoir tel traitement à faire » et nous on est obligé de faire le lien. J'ai

29 eu il n'y a pas longtemps, cet exercice-là, et ben on doit apprendre à les voir garder les médicaments,

30 leurs expliquer qu'il va falloir prendre ça à tel moment et attention ça risque de faire ça si vous en

31 prenez trop. C'est à nous de faire ça et c'est vrai qu'il ne faut pas qu'on leurs dise des bêtises, et ils

32 peuvent très bien se retourner contre nous à un moment, pour nous dire « hein vous m'avez dit ça »).

33 Les incompréhensions sont hypers fréquentes sur le problème de la langue, donc il faut vraiment

34 prendre le temps, des fois on n'a pas tout le temps le temps, prendre le temps sur ces exercices-là qui

35 sont hypers importants.

36 A4 : Et puis même je trouve que dans l'annonce des résultats, moi perso je n'ai jamais eu le cas de

37 figure où c'était positif, mais admettons que ça arrive, si la personne est affolée et veut absolument

38 garder ça secret euh... c'est quoi mon positionnement vis-à-vis de l'équipe ? Est-ce que heuuuu

39 Ouais moi j'avoue que je serais très, très mal à l'aise.

40 A3 : mais on a le droit du partage d'information

41 A1 : en équipe

42 A4 : ouais ??? donc il y a pas de secret à l'intérieur de ... ?

43 A3 : Après je trouve que, par bon sens, ça peut être intéressant de laisser à la personne un petit laps

44 de temps euh... pour digérer. Et du coup, peut-être elle qui fait l'annonce une fois qu'elle digère. Et si

45 ça se fait pas, après dire clairement « en fait moi je suis dans l'obligation de faire une... », « Ça c'est

46 mon obligation, donc à l'intérieur de l'équipe, je suis dans l'obligation de le faire et je vais le faire tel

47 jour ». Voilà. Mais au moins tu lui as laissé le temps de pouvoir elle-même s'exprimer.

48 A4 : OK

49 A3 : j'aime bien cette idée là aussi.

50 M1 : d'autres expériences que vous voulez partager autour du dépistage vécu ?

51 A5 : Moi j'ai pas d'expériences par rapport à l'hépatite b, j'ai plutôt des expériences médicales

52 autour de... Mais là, c'était plutôt une demande de la personne par rapport à une crainte, par

1 rapport à une boule au sein par exemple. Voilà un accompagnement mais là c'est en gynécologie
2 donc rien à voir. Voilà. Mais par rapport à l'hépatite B non j'ai pas. Je n'ai pas eu de retours, je n'ai
3 pas eu de personnes qui m'en à parler en tout cas, voilà. C'est vrai que je ne vais pas spontanément
4 poser la question. Et si on ne m'en parle pas, je vais pas creuser dans l'aspect santé et donc cet
5 aspect-là quoi.

6 **M1 : mmm (acquiescement)**

7 A1 : quand ils viennent chez vous, normalement ils sont déjà suivis sur le plan médical ?

8 A5 : Généralement oui ils ont déjà fait le dépistage, ils sont déjà plus avancés. Il y d'autres
9 pathologies, il y a d'autres choses, d'autres questions qui peuvent se poser médicale, les besoins de
10 médecins généralistes, de dentistes, voilà d'autres choses, mais pas, en tout cas à mon niveau non.

11 **M1 : OK**

12 A3 : Et il n'y a pas justement, je pense à des résidents qui seraient jusqu'au refus de soins, que tu
13 peux avoir du coup en suivi PAIRS, dans le cadre du PAIRS, avec des personnes qui sont en refus de
14 soins ?

15 A5 : moi je n'ai pas eu franchement je n'ai pas eu de... J'ai des personnes qui prennent des
16 traitements mais pour autres choses, un monsieur qui est suivi pour autre chose quoi mais non.

17 **M1 : Pouvez-vous me rappeler votre rôle**

18 A5 : Mois je suis chargé d'insertion socio-professionnelle, auprès des personnes qui arrivent qui ont
19 déjà leurs statu BPI. On les aide dans la formation, dans la recherche de l'emploi et puis tout l'aspect
20 administratif, le suivi administratif de ces personnes.

21 **M1 : mais orienté plus autours de l'emploi c'est ça ?**

22 A2 : c'est un accompagnement global...

23 A5 : c'est un accompagnement global mais visé plutôt de l'emploi, mais on a une autre association,
24 une autre structure qui travaille avec nous pour plutôt le logement. On travaille ensemble.

25 A3 : BPI qui veut dire bénéficiaire d'une protection internationale.

26 **M1 : et toi tu disais, quel lien, quel rôle tu as ?**

27 A1 : moi je fais partie du CADA, comme mes collègues, je n'ai pas d'expérience.

28 **M1 : et sur le dépistage ?**

29 A1 : Dépistage ? Moi juste ce que je peux relever, c'est que des fois, on, c'est difficile suivant certains
30 pays, les examens médicaux en générale ne sont pas faciles à ... Pourquoi faire une prise de sang ?
31 Parfois ils ont peur d'aller faire une prise de sang. Derrière, qu'est-ce qu'il y a ? Ils ne comprennent
32 pas tout ça, donc des fois ça met du temps. Des fois nous on a envie d'aller vite par ce que ça fait
33 partie du cahier des charges que les gens soit suivis, soit tester etc... Et derrière on leurs dit, on essaie
34 de les accompagner et des fois ça peut prendre 3 mois pour que le mec il aille faire le dépistage.

35 A2 : Ça c'est vrai qu'il y a un rapport au corps différent. Moi je pense à un monsieur qui avait suivi
36 des... Pour lequel il était impossible de proposer du soin, enfin en tout cas le fait de toucher à son
37 corps était impossible et ça, ça peut arriver aussi.

38 A3 : Et puis c'est vrai aussi des cultures. Il y en a qui disent « qu'est ce qui vont faire avec mon
39 sang ? » et « ils vont faire des choses » et c'est impossible. Et suivant aussi effectivement le trauma.
40 Là, on a un monsieur qui a refusé la prise de sang, de donner son sang, c'est à dire « j'ai besoin que
41 l'on me soigne, mais vous ne me prendrez rien de moi »

42 **M1 : Parce que c'est sacré, il y a des aspects culturels après...**

43 A3 : C'est pour ça que le dépistage systématique c'est une vraie intrusion pour certaine personne. Et
44 je ne sais pas comment on peut prendre ça en compte. Parce qu'en plus le soin il n'est pas obligatoire.
45 Ce n'est pas une prison, ils ont rien fait de mal. Ça doit rester quand même volontaire.
46 Si la personne elle a envie d'être malade et de ne pas se soigner c'est un droit, de mourir de sa
47 maladie, sans soins, ou peut d'autres soins alternatif, religieux, je n'en sais rien. Il y en a qui vont se
48 mettre à prier. Le côté très spirituel est présent, ça peut-être un choix, en tout cas en France, on n'est
49 pas condamné par manque de soins... On est condamné si le médecin ne nous soigne pas, OK, mais
50 l'inverse... Je ne sais pas... On a souvent l'impression, quand tu dis on est soumis au parcours de soins
51 etc, c'est vrai en plus hein ?! Et quand tu prends un peu de recul, tu te dis mais c'est vrai de quoi ? Si
52 la personne elle refuse, elle refuse. On n'a pas le droit de la menotter pour l'amener à la PASS.

1 A1 : Ouais c'est ça. C'est vrai, on a un peu l'impression de ça en ce moment, il fallait absolument
2 qu'ils aient un médecin traitant, alors on prend des rendez-vous, ils n'avaient pas grand-chose mais il
3 faut avoir le papier du médecin traitant. Pffff C'est vrai que c'est un peu lourd. (*Soupire*)
4 A3 : Et ils ne sont pas tant demandeur que ça en plus...
5 A1 : mais pas du tout y en avait, enfin ceux qu'on avait, pas forcément.
6 A3 : C'était nous.
7 A1 : ouais c'était nous
8 A3 : dans notre...
9 A5 : oui qu'il sorte avec...
10 A1 : Après ce n'est pas plus mal qui... Car le médecin traitant c'est un médecin de proximité. S'ils ont
11 une douleur on peut les envoyer vers eux. Il y a déjà un lien qui est fait. C'est hyper important mais
12 euh... oui.
13 A4 : moi à l'inverse je trouve qu'ils sont très demandeurs.
14 A3 : il y a deux profils clairement je trouve moi
15 A1 : oui
16 A3 : Il y a effectivement ceux qui y vont tous les jours. Ils vont à la PASS tous le jours « hééé je vais à
17 la PASS » (*Éclats de rire collectifs*) « OK tu as pris un forfait, génial ! » Et puis les infirmières qui
18 appellent, qui en peuvent plus, (*hahah*) « mais il est encore là, » « ben renvoyer le ». Mais oui mais
19 c'est vrai qu'il y a, ils découvrent le soin, en plus le soin gratuit, par ce qu'il y a une telle Euh c'est
20 un droit d'accéder aux soins et du coup que ça soit la gratuité du soin alors que là-bas ça coûte très
21 cher.... Les médicaments c'est très cher. Euh du coup c'est génial, ils disent hein « c'est le paradis
22 quoi, c'est trop bien », ils ont une petite goutte au nez « ah je vais à l'hôpital ».
23 A1 : C'est ce que je voulais dire, la notion d'urgence elle est souvent au-dessus et euh ... la douleur,
24 le ... Sinon oui comme tu dis, ils ont le nez qui coule et il faudrait presque aller aux urgences alors
25 que
26 A5 : Ben c'est le réflexe qu'ils ont, effectivement les urgences, parce que beaucoup n'ont pas encore
27 de médecin traitant. Avec les difficultés qu'on a nous à en trouver, même quand il y a urgence, il y a
28 une urgence entre guillemets pour nous, eux ils considèrent que c'est vraiment très urgent et la
29 facilité c'est d'aller à l'hôpital, pour soit pour ses enfants pour voilà ...
30 A3 : avec les pompiers si possible (ton de l'humour)
31 (*rires collectifs*)
32 A5 : non mais... pas forcément mais c'est vrai que...
33 A3 : c'est marrant, il y a une dame là, qui est enceinte et je sais pas j'ai l'impression que depuis le
34 début de sa grossesse, elle a des contractions et il faut qu'elle aille tout le temps tout le temps se
35 rassurer sur les contractions et je l'avais au téléphone il y a pas très longtemps et je lui disais « dans
36 ton pays les femmes elles accouchent entre elles, au milieu de la nature et tout, et là tu stresses pour
37 une micro contraction », et c'est pas sa première grossesse et en rigolant elle le dit « mais ouais je
38 suis en France, maintenant je fais ma française » (*Rires*) C'était marrant mais je pense en plus que ça
39 l'inquiète mais ouais. Il y a cette... après le dépistage est aussi, il ne faut pas trop cracher sur le
40 dépistage systématique. C'est systématique qui m'embête beaucoup moi. Mais le dépistage est
41 important, moi je suis assez pour, il y a le libre dépistage et je trouve qu'en plus les gens, vu le rapport
42 qu'ils ont avec la santé ça peut être long, il faut prendre cette temporalité comme une vraie richesse
43 aussi. Et on n'a jamais le temps, les médecins n'ont pas beaucoup de temps non plus, par ce qu'à la
44 PASS ça enchaîne, ça enchaîne, ça enchaîne et c'est dommage, la temporalité manque beaucoup dans
45 tous les secteurs.
46 M1 : ouais j'ai entendu ça, cette question de comment on fait, comment on a un lien cohérent avec
47 les autres professionnels pour accompagner sur le changement de comportement ? Il y a la prise en
48 charge : qui est de droit ; Où commence et où s'arrête l'information ... ouais cette notion de prendre,
49 d'accepter la temporalité de la personne et ceux qui en sont fans, pour qui le dépistage systématique
50 n'est pas un problème (*rires collectifs*...)
51 A3 : ils sont supers contents.... hahaha
52 M1 : Ce sont les éléments que j'ai notés dans ce que vous avez témoigné comme parcours

1 d'expérience c'est ça ? Vous voulez compléter.

2 A1 : une dernière chose, le problème de communication, qui est...

3 M1 : entre qui du coup ?

4 A1 : entre les patients et les médecins, qui est hyper présent, parce que sans interprète comment... Il

5 y en a qui viennent d'un pays où ils ne comprennent rien ni en anglais ni... C'est très difficile de

6 communiquer, sans interprète ce n'est pas possible de leurs expliquer les choses quoi...

7 M1 : ah barrière de la langue ?

8 A3 : et ben du coup ça peut se mixer avec la communication, il y a des termes qu'ils ne connaissent

9 même pas dans leur propre langue...

10 M1 : ouais

11 A3 : et ça c'est impossible, c'est horrible

12 A1 : hépatite B expliqué à un afghan qui ne parle que son dialecte

13 A3 : ouais il ne va pas savoir de quoi on lui parle...

14 A1 : (suite) Comment lui expliquer ce n'est pas la peine, il y a le médecin traitant qui ne prend pas

15 d'interprète, qui a un simple Google traduction.

16 A3 : et qui n'a pas le temps ...

17 A1 : Qui n'a pas le temps, je vois pas comment ils leurs expliquent mieux que nous Même.

18 A3 : non mais c'est clair.

19 A1 : donc il y a aussi cette contrainte-là, qui revient...

20 A3 : Et ça c'est très, très angoissant, je trouve pour eux

21 A5 : et c'est d'autant plus angoissant qu'ils ne comprennent pas de quoi on leurs parle, et c'est ça

22 l'ennui

23 A3 : donc dépistage systématique quand il n'y a pas d'interprète ...

24 A4 : oui c'est vrai des fois j'ai l'impression que ce n'est pas libre et éclairé leur ...ce qui se passe

25 A3 : ouais, ouais. On est a la PASS.

26 A1 : bon après c'est un check up générale de l'état de santé, après il peuvent très bien refuser mais

27 euh...

28 A4 : non mais par exemple je pense à « X » à un moment donné il devait se faire vacciner et il disait

29 oui oui à tout, et... Enfin bon en vrai il était d'accord pour avoir un vaccin je pense. Ça ne le

30 dérangeait pas au fond, mais je suis pas sûre qu'il avait tout capté, tout l'enjeu de ce qu'il venait de se

31 passer, le libre et éclairé....

32 A3 : Ouais tu vois, toi tu dis check up. Mais mine de rien, la radio des poumons c'est une machine

33 impressionnante. Ils arrivent dans une salle noire. Ils vont faire une radio etc ... euh c'est pas anodin

34 en fait, vu de leur place.

35 A1 : ouais

36 A3 : Ils ont pas compris. Il y en a pleins qui viennent me voir après, quand on fait les préparations

37 OFPRA.... Et qui me disent « mais comment on peut faire une photo à l'intérieur de mon corps ». Je

38 leurs dit « non mais en fait on va pas parler de ça car c'est pas mon domaine de compétence »

39 (RIRES collectifs)

40 A1 : va voir P il va t'expliquer.

41 (RIRES collectifs)

42 A3 : n'empêche qu'ils regardent vachement sur YouTube. Tu sais, ils vont sur internet, ils essaient de

43 comprendre ce qui leurs est arrivés. « Ah bon tu as passé toute la nuit à essayer de comprendre ton

44 rendez-vous là ? », « Ben ouais » Le coup de la radio à l'intérieur de moi. « Comment ils ont fait une

45 photo à l'intérieur de moi ? Mais ce n'était pas moi hein ? », « Mais si c'était toi en fait », « Mais je

46 suis comme ça moi ? », haha C'est génial !

47 A1 : notion de son corps là pas très agréable...

48 A3 : « mais on fait comment ? »

49 M1 : c'est un peu, j'en ai oublié peut-être certainement, de tout ce que vous avez lister de difficile,

50 d'inconfortable, d'améliorable ... ?

51 A3 : En tout cas nous on vit des sacrées expériences en tant que professionnels, par ce que

52 franchement on fait un tour du monde quand on va à la PASS, en une fois.

1 (Rires)
2 M1 : Qu'est-ce que tu veux dire ?
3 A3 : Ben on se plonge au cœur de leurs cultures (*ton de l'humour*) à ce moment-là, on les saisie un
4 peu mieux, là où ils pourraient faire du paraître face à la santé, ils sont beaucoup moins dans le
5 paraître et on arrive beaucoup plus à intégrer leurs cultures et du coup, dans leurs incompréhensions
6 de ce qui se passe, dans la peur, on le prend ensemble et qu'est-ce qu'on va faire avec ? Et du coup je
7 trouve que vraiment dans la santé, dans le secteur de la santé, on se plonge vraiment dans leurs
8 croyances, dans leurs cultures...
9 M1 : en lien avec la personne, j'entends en fait, finalement.
10 A3 : ouais
11 M1 : là c'est un sujet on ne peut plus se mentir, on ne peut plus se raconter des choses
12 A3 : C'est ça, ce n'est pas des vacances dans un hôtel 4 étoiles. Là on est vraiment dans le petit village,
13 la pampa, j'adore hein ?
14 A1 : c'est très intime
15 A3 : ouais c'est hyper intime
16 A1 : au plus près
17 A3 : et puis c'est une vraie confiance.
18 A5 : c'est ce que j'allais dire, il y a la notion de confiance qu'ils mettent en nous
19 A1 : ils n'ont pas le choix (*rire*)
20 A5 : oui ils n'ont pas bien le choix mais...
21 A3 : mais ils le font vraiment
22 A1 : ouais ouais !
23 A5 : ils s'en remettent à nous en fait, donc euh... C'est important pour eux, c'est important, je veux
24 dire c'est une responsabilité pour nous aussi donc ...
25 M1 : Comment vous l'expliquer cette notion de confiance avec vous ?
26 A5 : Parce qu'il y a un lien privilégié, ils savent que voilà, quand il y a besoin c'est nous qu'ils
27 appellent, c'est nous, enfin quand il y a une difficulté quand il y a une question, quand il y a quelque
28 chose ils ont repéré que on était la personne un peu référente pour leur apporter de l'aide... voilà.
29 A3 : Et on s'inquiète pour eux.
30 A5 : et puis on a encore cette chance d'avoir cette proximité avec eux, que ça soit par le téléphone,
31 les visites, on va chez eux, on les reçoit, on voilà, on les accompagne pour les démarches
32 administratives par exemple, donc ils savent qu'on est là et donc ils s'appuient sur nous. Donc c'est
33 important pour nous et c'est très important pour eux.
34 M1 : ben merci c'est riche
35 M1 : j'ai l'impression de voyager un peu avec vous, j'ai pleins d'images dans la tête, je vois l'hôpital
36 carrément (*rires*) Une dernière petite chose que vous voulez partager sur ça ou on passe à la dernière
37 étape, première question. Ce qui peut être expérience, confort, inconfort ? Et ben du coup je vous
38 invite à reprendre les petits post-it (*blague hors sujet*) et du coup de noter toutes les pistes
39 d'améliorations que vous avez évoqué ou que vous voyez par rapport à cet accompagnement au
40 dépistage hépatite B ou plus large
41 A3 : On la déjà dit du coup non ?
42 M1 : Ouais mais comme ça a été dit, on va synthétiser ces pistes, donc notez toutes les idées et il y a
43 peut-être d'autre choses qui vous viennent.... Parce que là on a mis le focus par les expériences mais
44 il y a peut-être autre chose. Qu'est-ce qui pourrait être du coup amélioré et qui pourrait (*silence*)...
45 amélioré (*silence*)... de tout ce que vous avez entendu vécu...
46 (*Silence pendant l'écriture sur les Post-it*)
47 M1 : C'est bon ? Alors qui commence ?
48 A5 : Moi j'ai mis : « Harmoniser les informations », ça me paraît important. Entre les différents
49 acteurs, les médecins, tous les travailleurs sociaux, après qui qui travaillent avec la personne, voilà. Et
50 puis « la traduction », je trouve qu'effectivement que le manque de compréhension, la barrière de la
51 langue c'est quelque chose sur lesquelles il faudrait vraiment trouver des solutions par rapport, voilà
52 que les médecins puissent communiquer clairement, que la personne sorte de l'entretien avec le

1 médecin avec vraiment la compréhension de ce qui se passe, de ce qui se joue. Nous on a des
2 moyens d'avoir des traducteurs, par téléphone etc, voilà il faudrait qu'au niveau médical il y ait cette
3 possibilité-là, pour que vraiment l'information soit donné par le médecin et non pas par nous à notre
4 niveau pour tout ce qui concerne le médical...

5 **M1 : des traducteurs en lien avec les corps de métiers, qui se voilà plutôt que...**

6 A5 : quand il y a des informations importantes comme ça, que ce soit compris par la personne, c'est
7 le minimum

8 A3 : c'est même obligatoire

9 A4 : Moi c'est pareil, c'est la même chose, si les médecins pouvaient vraiment expliquer en détails au
10 moment où ils le font, ce qu'ils font, peut-être qu'ils seraient un peu plus sûres et ils nous
11 demanderaient un peu moins après qu'est-ce qu'il vient de se passer, qu'est-ce qu'on fait à l'hôpital...
12 Et aussi quand (*elle nous regarde*) votre patient doit prendre des médicaments, est ce que euh...
13 ouais ça serait bien quand même, qu'il comprenne vraiment la prise, comment prendre les
14 médicaments et à quelle fréquence, car moi je veux bien expliquer mais déjà des fois je ne
15 comprends pas. Si moi je ne comprends pas tout, je me dis qu'eux, ils doivent probablement avoir
16 encore moins compris ce que vous leurs expliquez et je me dis sur des ... là je n'ai pas eu de
17 pathologies lourdes mais je suppose que sur des pathologies lourdes, là vous faites vraiment hyper
18 attention, voilà là je vous fais confiance. Mais sur des petits trucs (*rire gêné*) je sais que des fois à la
19 fin de la consultation les médecins viennent m'expliquer à moi et ils me regardent moi, pour
20 m'expliquer comment doit prendre, comment ils doivent prendre leurs médicaments alors que
21 j'aimerais que vous vous adressiez vraiment aux patients et que vous leurs disiez et vous le
22 responsabilisiez lui, car moi je veux bien l'aider mais je serai pas là pour lui donner et puis des fois ils
23 comprennent pas l'importance de prendre avec une certaine régularité et je sais que ça aura plus de
24 poids si c'est un médecin qui le leurs dit plutôt que moi et du coup je pense que c'est intéressant si
25 vous leurs expliquez clairement comment prendre le médicament

26 **M1 : Donc il y a un vrai rôle au niveau...du docteur, en fait il y a quelque chose**

27 A5 : ouais la considération de la personne malade

28 **M1 : Il y a le traitement, la traduction, vraiment bien présenter expliquer, l'importance du traitement,**
29 **changement, de comportement, prévention ; Il y a peut-être quelque chose qui est important, au**
30 **niveau du rôle finalement du docteur.**

31 A1 : moi j'allais à contrepied de ce que vous avez dit, je suis d'accord mais ce n'est pas « mais » mais
32 « et » nous on prend du temps, des rendez-vous pour leur expliquer leur parcours, comment ça se
33 passe l'asile etc Mais on ne prend pas du temps pour leur expliquer leur parcours de soins, on leur
34 dit « vous allez à la PASS », je résume peut-être, on va leur expliquer vite fait, mais avoir un vrai temps
35 avec eux, peut-être même avant de leur présenter ce qui va se passer, leur demander « comment ça
36 se passe chez eux, qu'est-ce qu'ils ont eu comme soins, qu'est-ce que ?

37 A4 : Ben à l'accueil on e fait ça !

38 A1 : On le fait enfin on leur demande juste « vous avez des problèmes de santé ? »

39 A4 : ben non

40 A1 : « non OK »

41 A4 : Ben non non, on leur demande, je trouve qu'on fait plus que ça, on leur demande ben déjà tu
42 sais les examens obligatoires...

43 A1 : ouais

44 **M1 : On ne va pas débattre justement, dans l'idée du partage collectif**

45 A1 : Quand on les accueille, on passe déjà deux heures avec eux, on leurs donne des informations
46 comme ça

47 A4 : ouais c'est vrai

48 A1 : Et on leurs demande sur les soins, eux ils sont déjà perdus ils arrivent et tout, il faut que ça soit à
49 un autre moment obligatoirement et moi je pense déjà....

50 **M1 : Pour juste clarifier et bien comprendre ce que tu es en train d'évoquer sur la place, par ce qu'il y**
51 **avait cette notion de qui de de droit, j'avais noté qui quoi ? Ou comment notre rôle ... ?**

52 A1 : C'est plus les questionner de comment ça se passe chez eux, quelle culture ils ont du soin. Et

1 après leurs expliquer dans les grandes lignes, qu'es- ce qui va être fait ici. La PASS qu'est-ce que c'est,
2 où c'est. Qu'est-ce qu'ils vont faire comme examens, sans rentrer dans les détails, mais je pense que
3 ça déjà ils arriveraient un petit peu moins flippés à la PASS, si on prenait le temps de leurs expliquer.
4 Mais c'est pareil on court après le temps comme pour tout, et une urgence, pend une autre urgence,
5 prend une autre urgence et voilà. Mais euh...

6 M1 : Dans les pistes tu le dis, peut-être il y a quelque chose là.

7 A1 : Ça s'organise, ça se réfléchi, ça se travaille en amont, pour préparer avant, comme ça quand ils
8 vont arriver chez le médecin, ils savent déjà pourquoi ils sont là, qu'est-ce qu'ils vont faire comme
9 examens etc...

10 A5 : ils sont plus détendus, ils sont moins flippés.

11 A1 : peut-être, ça leur donne une vision un peu... « Voilà vous allez faire des examens, il va y avoir des
12 résultats », sans rentrer dans les détails, on n'est pas là pour ça...

13 A2 : oui c'est ça, ben en fait c'est ça on n'est pas là pour, j'ai l'impression que ça repose encore une
14 fois sur nous, si c'est une question de dépistage, donc c'est une politique de santé publique ça
15 nécessiterait peut-être qu'il y ait des moyens supplémentaires, je ne sais pas, ça pourrait être des
16 postes de médiateurs santé qui pourraient éventuellement se déplacer, dans des centres
17 d'hébergements collectifs, ou des choses comme ça. Mais pas encore une fois nous faire peser les
18 carences du système parce qu'effectivement comme tu le dis ce n'est pas vraiment notre rôle quoi !
19 On est à l'interface de pleins de choses

20 A1 : Après on peut leurs expliquer les examens, mais pas l'hépatite B, qu'est-ce que ... si ils l'ont,
21 qu'est-ce que... ça c'est trop.

22 M1 : c'est ça il y a peut-être du ET ET ET dans ce que j'entends, c'est le rôle du docteur sur le côté
23 traitement, posologie nin nin nin , il y a le rôle du CADA sur informer sur le parcours, qu'est ce qui va
24 se passer et là tu évoques encore quelque chose de complémentaire qui est un poste de médiateur ,
25 qui là peut vraiment faire le lien accompagner venir parler de tout ça...

26 A2 : Parce qu'en plus les personnes primo-arrivantes, elles subissent le fait que pendant 3 mois, il y a
27 aucun droit possible et imaginable, nécessairement c'est vers la PASS qu'elles sont dirigées mais du
28 coup je trouve que c'est euh... enfin ouais c'est je ne sais pas, c'est, là encore il y a une contradiction
29 avec ben voilà une politique ambitieuse du dépistage et le fait qu'on coupe des droits à ces
30 personnes-là quoi, ça ne va pas dans le même sens.

31 A1 : On est d'accord.

32 M1 : Du coup ton idée ça serait ça, « ça serait géniale s'il y avait des postes médiateurs santé »

33 A2 : ouais ça serait géniale par exemple mais il y a sûrement d'autres choses à imaginer, mais ce n'est
34 peut-être pas à nous que ça revient d'imaginer ça.

35 M1 : ben justement c'est la question que je te pose. On n'est pas dans ce qui va se passer, mais c'est
36 fort de votre expérience de terrain, c'est quoi les pistes que vous voyez Qui seraient vraiment

37 A5 : On connaît les carences, on peut avoir effectivement des idées pour eu....

38 M1 : Ouais ! Après là on est sur de la récolte d'informations, après on sait pas et on est sur une
39 recherche, un questionnement plus globale, mais vraiment vous êtes au cœur de savoir, justement
40 ouais.

41 A1 : par exemple en mettant un moyen, des moyens sur un médiateur santé, tout le monde est
42 gagnant parce que nous ça nous fait gagner du temps, par exemple sur autre chose, on fera d'autre
43 chose mieux. Et vous les médecins et ben vous allez gagner du temps aussi, même si c'est, j'ai
44 l'impression on veut faire des économies de partout au final, on se marche tous dessus pour faire du
45 boulot à moitié quoi ...

46 A3 : sans forcément le médiateur en santé car c'est quand même un sacré budget. Mais ça me fait
47 penser à mes enfants qui ont un parcours orthodontie, avant d'y arriver, ils avaient un questionnaire à
48 remplir, et ça, ça peut très bien se faire dans toutes les langues, et ils devaient dire s'ils aimaient la
49 musique, comment ils dormaient etc... Il y avait vraiment un truc ultra global et euh... Ensuite une fois
50 qu'ils ont le soins, ils ont un calendrier, alors suivant si ils sont tout petit ou quoi, il y a des picto, si ils
51 sont porteurs de handicap il y a des, c'est un calendrier par picto sur comment ils doivent gérer leurs
52 appareils dentaires , par ce qu'il y a des tours à faire des machins, et donc avec des zones de couleurs,

1 de picto, calendrier avec les rendez-vous de contrôle etc machin le matin le soir etc , et ben j'ai trouvé
2 ça super cool en fait de me dire ça pourrait très bien s'appliquer à la PASS et le coup du
3 questionnaire, car il y en a beaucoup qui savent lire et si c'est dans leurs langues on peut tout à fait le
4 faire sous cette forme-là , avec euh quand on a pas le temps, quand il y a pas de médiateurs , il y a ça
5 aussi , ça peut être un espèce de près avant d'aller à la PASS...

6 A1 : ouais carrément.

7 A3 (reprise) : Ça peut être quelque chose qui peut être distribué d'office à OFII par exemple dans le
8 cadre des CMA (conditions matérielles d'accueils) ou quelque chose qui s'inclut...

9 M1 : et j'entends que c'est pas que le questionnaire-questionnaire, il y a un côté questionnaire et
10 parcours, tu disais il y a le calendrier avec ?

11 A3 : Non le calendrier, il est après, une fois que les soins sont engagés, mais le questionnaire il est
12 avant et d'ailleurs il y a : « es-tu d'accord de te faire soigner ? Es-tu d'accord d'avoir un appareil
13 dentaire ? » et s'il répond non l'enfant et ben on s'arrête là. Et moi j'ai trouvé ça vachement bien, heu
14 comment heu... Je me disais ben non on ne va pas lui demander son avis, forcément il va me dire
15 non, et ben non il a dit oui. Et dans ces cas-là si tu es d'accord, « es-tu d'accord de t'engager sur un
16 soins rigoureux de machin, qui va engager des choses ? »... Et ça a dégagé une adhésion vis à vis
17 l'enfant avec l'ortho, et je me suis dit en fait c'est génial !

18 A1 : Et c'est visuel

19 M1 : parcours de l'engagement

20 A3 : ouais et je n'y attendais pas de la part d'enfants comme ça, et en fait ça marche trop bien, tous
21 les matins ils viennent me voir en disant il faut faire ça mais je n'arrive pas à faire ça... donc en fait ils
22 se sont hyper engagés. Et moi je pense, qu'effectivement tous les outils médiateurs santé,
23 questionnaires etc ça amènent l'adhésion, et en fait c'est ça que je mettais moi c'est que : le médecin
24 il prend soins avant tout que la personne adhère à ça. Et comment on va chercher l'adhésion de la
25 personne, et ben il faut que...

26 A1 : l'information

27 A3 : l'information la compréhension, la temporalité, la culture, « qui tu es ? » Je prends le temps de
28 savoir qui tu es, et à la fin de savoir qui tu es, je te demande « si tu es d'accord avec ça », et j'accepte
29 le non aussi.

30 M1 : c'est un parcours ensemble ?

31 A3 : je trouvais que c'était bien ouais.

32 M1 : merci. Parcours de l'engagement.

33 A3 : Oui parce qu'il faut savoir aussi que dans le parcours d'asile, c'est très strict, ils n'ont pas le droit
34 à une erreur. Là on va les évaluer sur des persécutions, sur la véracité de leurs propos, s'ils sont des
35 menteurs, s'ils ont acheté des récits, si c'est leur vraie nationalité, s'ils ne sont pas en train de nous
36 bluffer etc ... Après ils vont passer devant la Cour nationale du droit d'asile. C'est des instances, des
37 autorités qui sont hyper hautes. Euh... On leur demande de coopérer avec les autorités
38 administratives, et en fait des fois on leurs met tout d'un coup le soin, et je ne sais pas s'ils savent
39 qu'ils ont le droit de dire non pour le coup.

40 A1 : ouais c'est vrai.

41 A3 : Parce que là moi je leur dis vous n'avez pas le droit de fauter, vous ne pouvez pas mentir, vous
42 devez être vrai, vous devez nous dire toute la vérité, j'essaie de le transformer en un peu plus sympa,
43 mais c'est ça, quand on lit les textes c'est ça.

44 A1 : Et l'heure d'après tu leurs fais un truc sur les soins, et ils ont encore le truc.

45 A3 : ouais, « maintenant tu dois aller te faire vacciner, et dépister », « ha ha d'accord », et en fait il
46 faudrait faire la part entre l'obligation et là l'accord d'adhésion.

47 A1 : ouais

48 M1 : Mmm, union dans la posture et puis du coup dans ce qui s'enchaîne dernière en fait

49 A1 : Encore juste un exemple de des fois la difficulté qu'on peut avoir, c'est il y a une personne qui par
50 exemple va avoir une opération , il va y avoir un questionnaire long comme le bras à remplir avec des
51 questions hypers intimes suivant ce qu'il a vécu comme traumatismes dans son pays , c'est à nous de
52 faire la traduction des trucs, donc est-ce que ça va être bien traduit, est ce qu'il va comprendre,

1 même nous c'est des questions qui sait du coup qu'on va lui poser, il va nous transmettre la réponse,
2 qu'on va écrire, des trucs hypers intimes, des fois c'est pas facile pfffouuu, c'est pas facile
3 notamment pour les opérations, les trucs comme ça... Après là pour le coup c'est notre rôle, mais ce
4 n'est pas hyper simple.
5 M1 : OK merci pour ses riches échanges, est ce que, je me retourne vers les deux concernés Roxane
6 et clémence, est ce que vous avez des questions, précisions, que vous avez envie de ...
7 Clémence : est-ce que vous vous avez des choses à rajouter ?

8 ENTRETIEN COLLECTIF n°2 (22/11/22)

9 B3 : Bah ça nous intéressait assez aussi euh... je rajoute hein, de... d'échanger avec des médecins, de
10 faire remonter peut-être aussi des trucs de terrain, parce que c'est vrai que ce n'est pas toujours
11 évident l'accès au soin. Et voilà de trouver des médecins ce n'est pas évident, et faire ce lien là ce
12 n'est pas évident, sur des problématiques donc c'est chouette... C'est plus évident à Chambéry qu'à
13 Grenoble ! J'ai bossé à Grenoble c'était l'horreur ...
14 M2 : Ah ouais ?
15 B3 : ah nan c'était catastrophe... Mais l'horreur, l'horreur ! C'est qu'il n'y a pas de médecin, y'en a
16 pas.
17 B2 : Ouai, ouais, je suis d'accord
18 B3 : Y'en a une qui me disait « ça fait quatre ans que je devais passer à la retraite et comme personne
19 ne reprend ma clientèle bah je suis toujours là ». Ah ouais ça a l'air sympa... Donc Chambéry c'est
20 quand même chouette pour ça, mais c'est toujours bien de croiser avec un corps médical qui
21 s'intéresse à ce public quoi ... (Rires) Du coup on était contentes nous aussi.
22 M2 : Alors ouais, donc première phase on va prendre un petit temps pour essayer d'expliquer pour
23 vous ce que ça évoque le dépistage de l'hépatite B systématique chez les migrants. C'est quoi pour
24 vous, ça fait raisonner quoi comme idée... Donc si vous avez des idées vous pouvez écrire et les
25 ressortir après, on fera un petit temps de... Personne par personne pour voir les idées
26 B1 : Moi je n'ai pas l'impression qu'il soit systématique déjà le dépistage de l'hépatite B, c'est une
27 obligation ?
28 B2 : humm humm (*approbation*)
29 B3 : (*claquement de langue = négation*)
30 B1 : Ah ouais ? boh !
31 B2 : Je suis presque sûre parce que, par exemple quand les gamins ils vont à l'école
32 B1 : Oui pour les enfants peut-être, mais alors pour les personnes adultes
33 B3 : Sans parler des migrants tu veux dire ? De façon générale, dans la population ?
34 B2 : Bah même les migrants ... Tu vois quand j'accompagne des migrants ou même... peu importe, ils
35 regardent le carnet de vaccination, et l'hépatite B ça fait partie des choses auquel il faut se faire
36 vacciner
37 B3 : Alors adulte il me semble qu'il n'y a aucun vaccin obligatoire, c'est plus les cas, tu sais, quand tu
38 vas à l'école, des formations, des choses comme ça. Hépatite B moi j'ai dû la faire parce que je
39 voulais travailler à l'hôpital, en dehors de ça j'ai pas d'obligation. Y'a pas d'obligation je crois, même
40 vaccinale en fait... Il me semble que de toute façon, le consentement des gens ... Enfin tu vois, même
41 pour les enfants, c'est obligatoire les vaccins si tu veux les scolariser. Donc si tu ne les scolarises pas,
42 je ne suis pas sûre que... Enfin tu vois en termes d'obligation c'est compliqué. Pour l'instant nous
43 c'est les obligations de radio des poumons pour la tuberculose, qu'ils ont pour rentrer au CADA
44 B1 : Ouais, ça c'est systématique du coup
45 B3 : Mais du coup là je pense qu'on parle de mettre en place la systématization de l'hépatite B c'est
46 ça ? Du coup c'est vrai qu'on est côté c'est pour ça que je vous demande
47 M2 : Le dépistage il est censé être systématique pour les migrants primo-arrivants... Alors
48 « systématique » c'est « systématiquement proposé », il n'y a pas de notion d'obligatoire. Il fait
49 partie du package en fait, avec le VIH, le VHC, la radio des poumons. Vous êtes confrontées à ça un
50 peu, aux dépistages ?

1 B3 : Non
2 B1 : Non
3 B3 : En fait nous on demande quand ils arrivent ; la radio des poumons qui, pour l'entrée au CADA,
4 est obligatoire, dû à la proximité en colocation pour la tuberculose. Mais après, sinon on peut
5 demander à la PASS de faire un point vaccination, mais c'est pas une obligation. Si les gens n'ont pas
6 besoin de médecin, on ne les oriente pas. S'ils n'ont pas la demande, on ne les oriente pas, donc on
7 n'a pas cette sensation d'avoir une obligation, une systématisation en tout cas, de dépistage.
8 M2 : Et du coup, dans l'idée, ce dépistage qu'on proposerait quand même assez volontiers aux
9 migrants, ça vous... ça évoquerait quoi pour vous, le dépistage de l'hépatite B chez une personne
10 migrante primo-arrivante qui arrive en France
11 B3 : Je ne vois pas pourquoi plus qu'un autre, enfin, y'a des maladies qui peuvent se rencontrer
12 quand même à plus d'endroit. Moi des fois ça me dérange que ce soit systématique et que ce soit un
13 petit peu... même plus que systématique. On avait eu le problème aussi de la vaccination, peut-être
14 même proposée comme une obligation presque, on leurs ne demande pas trop leur avis, et on leurs
15 ne donnent pas forcément les moyens de comprendre, et de leurs dire qu'ils ont le choix de refuser
16 une vaccination. Du coup y'a ce petit côté-là où des fois, enfin moi ça peut me gêner, parce qu'une
17 population migrante arrive euh... Je connais mal l'hépatite B, donc je ne suis pas très... La santé ce
18 n'est pas trop mon truc... Mais c'est vrai que du coup moi ça me pose toujours question quand on
19 veut systématiser des choses, et pour quelles raisons, et quels risques ça ferait porter aux personnes
20 les entourant... *(Pfff soupire perplexe)*
21 B2 : Bah justement je pense que ce serait important de les informer sur euh... enfin, qu'est-ce que ça
22 engendrerait si tu ne te faisais pas vacciner de tel vaccin. Peut-être être dans l'information, et est-ce
23 qu'après tu aimerais te faire vacciner ? Parce que peut-être qu'ils n'ont pas conscience non plus des
24 vaccins qui existent, et de leurs droits quoi
25 B1 : Faudrait les informer d'abord
26 B3 : Mais là c'est qu'ils systématisent le dépistage, c'est-à-dire qu'ils vont chercher s'ils l'ont ou pas
27 B2 : mm
28 B3 : Moi c'est le côté information que je trouve qu'est toujours un peu... Un peu mis de côté. Qui
29 n'est pas assez clair, qui n'est pas assez euh... Et la notion de chose sur des publics qui arrivent et qui
30 te font confiance quoi tu vois, et qui font confiance aux médecins quand il leurs dit : « ça, ce serait
31 bien ». Quelle liberté ils se laissent de dirent : « bah non en fait, moi ça me convient » ou « qu'est-ce
32 que c'est cette maladie ? ». Enfin y'en a pleins j'trouve c'est un peu... On en avait accompagné
33 plusieurs à l'ESP, ce n'était pas fou hein, c'était compliqué.
34 B1 : Puis en plus ça mènerait à quoi de savoir si on a l'hépatite B ou pas ?
35 M2 : C'est une bonne question
36 B3 : Il y a des traitements ?
37 B1 : Bon du coup OK, mais y'a pas de traitements... Enfin si y'a un traitement ?!
38 B3 : Moi je ne suis pas branchée hépatite B...
39 B1 : Si y'a pas de traitement, j'sais pas ... Ok on a l'hépatite B mais ... Et alors quoi ? Enfin, si y'a pas
40 de traitement euh...
41 B3 : Si y'a pas d'incidence sur les autres, si y'a pas...
42 B1 : Ouais c'est ça ! QU'est-ce que...
43 M2 : Ouais, ça fait tout pleins de questions... Et concrètement, là c'est juste pour être sûre d'avoir
44 bien compris, y'a des choses qui sont faites au sein CADA par rapport à ce dépistage ? Vous, dans
45 votre accompagnement ? Quand vous accompagnez...
46 B3 : Non
47 B1 : Euh, à part la demande de checker s'ils ont fait des vaccins etc, et du coup bah de faire des prises
48 de sang. Sinon à part ça, non.
49 M2 : ça c'est dans une chartre ? c'est...
50 B1 : Non pas du tout
51 B3 : C'est la PASS qui propose
52 B1 : Et la PASS oui qui propose

1 B2 : Vous vérifiez les vaccins ?
2 B3 : Non
3 B2 : Ah ouais
4 B3 : Non, non. La PASS euh, nous quand on les envoie sur la radio des poumons, on leurs propose de
5 faire un check vaccins, pour voir où ils en sont. Mais ce n'est pas obligatoire.
6 B1 : Ce n'est pas systématique et ce n'est pas...
7 B3 : Non
8 B1 : C'est quand ils ont de la place
9 B3 : Ouais, pis c'est si les gens ils le veulent
10 B1 : Et s'ils le veulent ouais
11 M2 : D'accord
12 B3 : Après je pense que la PASS systématise peut-être un petit peu aussi...
13 B1 : Ouais ils essaient peut-être de...
14 B3 : Des fois quand on leurs dit « bah y'a un rendez-vous à faire parce qu'il y a des problèmes de
15 santé ou quelque chose », je pense qu'ils font un check vaccins... On ne sait pas trop en fait.
16 B2 : Même quand on les oriente vers les médecins traitants, bah ils regardent le dossier et même au
17 niveau de la vaccination, et ils refont le point avec la personne directement. Mais c'est vrai que nous
18 euh... Bah je trouve qu'on a moins cette place-là. Ce n'est pas notre rôle en fait.
19 M2 : Et est-ce que vous avez déjà eu une expérience vécue par rapport à ce dépistage ? Que ce soit
20 au sein du CADA ou une autre structure ? Ou le dépistage ou du résultat du dépistage ou la maladie
21 ou... ?
22 B3 : Sur l'hépatite B ?
23 M2 : Ouais l'hépatite B ou les autres qui vont avec. Les autres c'est le VIH...
24 B3 : Alors moi j'avais fait un accompagnement, ils étaient cinq (c'était la coloc' de ...), sur l'ESP, et bah
25 du coup j'étais là, parce qu'ils venaient d'arriver et qu'ils ne parlaient pas trop anglais non plus à ce
26 moment-là. Et j'avais dû insister pour qu'il y ait un... Enfin, insister... C'était un peu... ça semblait
27 tellement spontané qu'ils allaient tous les vacciner pour être sûr en fait, et du coup ça m'avait
28 vachement dérangé, j'avais dit « bah en fait euh, ils peuvent aussi dire non, ils peuvent aussi euh... »
29 Il me dit « oui oui, bah... Alors si ce n'est pas clair ! » et il a appelé pour prendre un interprète. Mais
30 du coup, il était hyper bienveillant mais... il a dû rappeler le service parce qu'il n'avait pas « Je crois
31 qu'on a des codes quelque part pour appeler... » Bah ouais le consentement des personnes pour une
32 vaccination ça me semble quand même essentiel quoi. Et je m'étais dit « Mais quand on n'est pas là
33 qu'on les oriente ça se passe comment en fait ? » Pi y'a des gens qui ont dit « non mais en fait moi je
34 ne veux pas me faire vacciner, enfin, je sais pas ce que c'est que ce truc, non non, je vais bien en fait,
35 j'ai 35 ans, j'ai traversé 40 pays, tout va bien quoi ! » Donc du coup bah je trouve que le choix et le
36 consentement éclairé enfin c'est... Voilà, c'est ça qui m'a un peu refroidi c'est ... Ouais bah ce serait
37 bien de demander aux gens quand même s'ils ont envie, c'est un peu une base quand même... J'avais
38 eu ça, et du coup sur la compréhension qu'ils ont, je crois que c'était une hépatite A qui avait été
39 détectée chez un de nos gars, ou c'est peut-être le tiens...
40 B1 : Ouais, et du coup bah après il avait été suivi, pour être traité. Donc là, bah ok ça tombe sous le
41 sens
42 B3 : Mais bon c'est pareil, il ne comprend pas ce que c'est, ça avait été compliqué
43 B1 : Si ! Mouais, mais du coup, pour le coup pour ce... [monsieur] Il me semble que ...
44 B3 : Il y avait de la trad' je crois
45 B1 : Ouais le docteur avait pris une trad' pour lui expliquer que, bah voilà il va venir souvent à
46 l'hôpital pour faire les traitements.... Les traitements je sais pas du tout ce que c'était.... (*Sourire*
47 *coupable*). Mais en tout cas il venait souvent à l'hôpital et du coup bah il savait pourquoi, voilà. La
48 seule chose qu'il ne savait pas, j'me souviens, c'est qu'il ne savait pas si ça allait être guérissable ou
49 pas.
50 B3 : mm mm
51 B1 : C'était un peu... bon
52 M2 : Donc pour toi, ça avait un peu un sens parce qu'il y avait un traitement qui suivait après ?

1 B1 : Ouais ! Bah y'avait une suite quoi, il avait une hépatite, ok, mais du coup bah y'avait le
2 traitement avec et du coup bah.... Ça menait à quelque chose.

3 B3 : Je veux bien que vous nous reparliez rapidement de l'hépatite B, de comment ça s'attrape et les
4 conséquences, parce que qu'on parle de quelque chose qui est un peu flou pour moi (*Acquiescement*
5 *générale*), du coup c'est plus dur de se positionner je trouve...

6 M2 : Ouais, on le fera à la fin plutôt, y'a pas de souci pour échanger avec là-dessus si vous avez des
7 questions, on va peut-être quand même essayer de pécher...

8 B3 : Ah oui du coup ça fait « représentations » qu'on en a, nous, ok

9 M2 : Ouais bah en fait le but c'est de savoir un peu les représentations que vous avez, ce que vous en
10 pensez et si vous n'en avez pas trop de notions, bah au moins, ce qu'on saura c'est que vous n'avez
11 pas trop de notion et puis que vous êtes pas très confrontées. Mais si on vous en parle, ça va biaiser

12 B3 : Oui, ok !

13 M2 : Mais par contre on est carrément disponible pour en parler après ! (*Rire*)

14 B3 : Ouais ça marche

15 M2 : Mais juste euh, je me permets, le parcours ? Parce que vous du coup vous allez à l'ESP ?
16 Souvent vous les amenez pour...

17 B3 : Alors plus maintenant. Avant... Avant y'avait le point vaccination qui se faisait à l'ESP du coup
18 c'était...

19 B1 : Et prendre les ordonnances...

20 B3 : ... Et prendre les ordonnances pour la radio des poumons qui était en bas... C'était galère ! (*Rires*)
21 Du coup fallait monter là-haut pour attendre avec eux, faire le point, les redescendre pour faire la
22 radio des poumons. Maintenant on passe tout par la PASS, c'est centralisé à la PASS.

23 B1 : Et là ça a l'air de redevenir ESP parce qu'ils ont plus de place à la PASS, de ce que j'ai compris,
24 l'ESP... Enfin en tout cas moi, les prochains accompagnements c'est comme ça, ils voient le docteur,
25 le check vaccin, les ordonnances, et ensuite radio des poumons. Ça a l'air de redevenir un peu
26 comme ça.

27 B3 : Sur l'ESP tu dis, ça ?

28 B1 : Ouais

29 (*Rires*)

30 B3 : T'es contente hein

31 B2 : C'est ce que t'as fait y'a pas longtemps ?

32 B1 : C'est ce que je vais faire. Et la radio des poumons c'est dans l'hôpital, bah la radiologie.

33 B1 : Non, je crois qu'on m'avait dit qu'il n'y avait vraiment plus de place à la PASS, que c'était un peu
34 chaud, qu'ils étaient un peu sous l'eau quoi

35 B3 : Ok

36 M2 : Et dans cette proposition de dépistage, vous avez des idées sur ce qui pourrait être un peu
37 inconfortable, un peu insatisfaisant, quand vous les accompagnez ? Si vous les accompagnez à un
38 moment, dans l'idée du dépistage qui leurs est systématiquement proposé ?

39 B2 : Bah c'est si y'a pas de prévention avant le dépistage, enfin, comme on avait dit, ouais de les
40 informer. Si on ne les informe pas et on va les faire dépister, je trouve que ça... Enfin moi je serai un
41 peu refroidie à cette idée-là parce que bah du coup les personnes elles ne comprennent pas la raison
42 pour laquelle elles se font piquer (*Rires*) Et du coup je trouve que ce n'est pas très chouette. Enfin
43 moi je sais que si je vais dans un pays et on me dit « t'es obligée ! », enfin ça me refroidit direct, je
44 pense que je repars en arrière, si je peux. Mais ouais...

45 M2 : Mais t'as pas de souvenirs, là, d'un accompagnement à la PASS ou quelque chose comme ça, ou
46 ça s'est passé comme ça ? T'as pas eu cette expérience-là ?

47 B2 : Non pas du tout

48 M2 : Aucun de vous n'a eu cette expérience-là ?

49 B2 : de dépistage ?

50 M2 : Ouais dépistage...

51 B3 : Nous on ne reste pas sur les entretiens, jamais.

52 M2 : Ou de retour du patient qui après vous en parle, de son vécu

1 B1 : Si ! Ils nous parlent des litres de sang qu'on leur a pris ! (Rires)
2 B3 : Ah oui, hahaha !
3 B1 : C'est des litres et des litres !
4 B3 : Alors étonnamment c'est un peu des chochottes quand même (Rires)
5 B1 : Oui ! ça par contre on en entend parler. Je pense que du coup c'est pour les dépistages, enfin
6 j'imagine... « des litres de sang »
7 (Rires)
8 B3 : Mais sinon, non parce que je pense qu'ils ne comprennent pas trop ce qu'on leur fait, déjà pour
9 commencer. Et ils font hyper confiance aux médecins
10 B2 ? : Ouais, c'est ça !
11 B3 : Du coup en fait bah, c'est en ça qu'il n'y a pas de... de... des fois de choix. Des fois on dit « mais
12 t'es pas obligé en fait ! Enfin ce n'est pas un problème, tu peux dire non, y'a rien d'obligatoire » Parce
13 que des fois quand les gens y parlent, ça semble tellement une évidence qu'ils le passent comme ça,
14 ils n'ont même pas d'avis à donner en fait j'ai l'impression, parfois. C'est juste que, c'est comme ça !
15 Donc euh... Ok. Et du coup je ne pense pas que ce soit un vrai choix du tout pour les gens.... Je n'aime
16 pas cette notion-là.
17 B2 : Bah moi ça me fait penser aux arrivées que j'ai... Enfin j'étais dans un autre poste avant, avec
18 des personnes réfugiées qui ont eu le statut dès qu'elles sont arrivées en France. Et justement il
19 fallait qu'elles se fassent vacciner... Bon là c'était du covid. Mais avant de partir fallait absolument
20 qu'elles se fassent vacciner, et elles n'avaient pas vraiment le choix non plus, enfin elles étaient pas
21 informées, elles ne savent même pas lequel elles ont pris de vaccin. Et ouais elles sont totalement en
22 confiance, quand je discutais avec elles, elles y vont les yeux fermés, enfin sans problème quoi.
23 Ouais, enfin je ne sais pas...
24 B3 : Et puis moi enfin ça m'inspire que dépister une maladie si y'a pas d'incidence sur autre chose, et
25 que a priori y'a pas trop de traitement... (Rires) Nan bah je veux dire : à quoi ça sert ? Et pour un truc
26 qui n'est pas obligatoire en France, c'est-à-dire qu'en France ce n'est pas obligatoire, mais pour eux
27 ça l'est, en fait. Enfin je veux dire, à la rigueur la tuberculose c'est le seul truc qu'est obligatoire, ça
28 prend du sens pour moi parce que y'a déjà un gars qui l'avait eu, toute la coloc était un peu en stand-
29 by, ça peut être dangereux, ça peut être grave, il peut y avoir des suites. Et ça peut se refiler hyper
30 vite sur une coloc. Donc ça OK, ça je peux entendre, mais enfin y'a des trucs euh... Même nous on
31 n'est pas obligé de le faire, pourquoi on irait le chercher chez eux ? Enfin, ça me...
32 M2 : Il y a d'autres choses qui vous paraissaient inconfortable ou pas très satisfaisant dans cette prise
33 en charge ?
34 B1 : Au niveau général ?
35 M2 : Sinon dans une expérience que vous avez eue. Toi tu parlais de ceux qui étaient revenus en
36 disant des « on m'a pris tout mon sang ». Est-ce que tu te souviens de cette personne-là que tu as
37 accompagnée ? Est-ce que tu te souviens d'autres choses ? Ou ton ressenti ?
38 B1 : Mmm.... Non. Enfin sur le dépistage en tout cas - enfin j'imagine que c'est pour le dépistage hein,
39 les litres de sang retirés - c'est vraiment le seul retour qu'on a eu. On n'a pas eu le retour des
40 résultats, bon après ça leur appartient, autant ils l'ont eu et on sait pas du tout ce qu'il en est. Mais
41 euh... Non, je n'ai pas d'autres choses en tête.
42 B3 : Ouais, après moi je sais qu'ils savent pas du tout ce qui se passe en fait. C'est vraiment ce truc-là
43 moi qui me revient, qui me dérange le plus. Et y'en avait un qui me disait que... c'était hyper
44 compliqué pour eux à comprendre, parce que c'était un moment où y'avait les vaccinations Covid, et
45 il voulait faire la deuxième injection, mais il ne comprenait pas, il me dit « mais j'en ai déjà fait
46 deux », je lui dis « Mais comment ça t'en a déjà fait deux ? ». Je savais que le point Santé avait filé un
47 rendez-vous pour des vaccins. Nous on n'est même pas bien sûr parce que des fois ils le donnent
48 direct à eux aussi, donc nous on ne sait pas forcément. Et du coup t'es là « Mais ! Mais nan nan c'est
49 pour le rappel de ce vaccin-là qu'il faut que t'y retournes », il me dit « mais c'est bon je me suis fait
50 vacciné deux fois, je suis vacciné contre le covid » ... Alors non, c'était le BCG en fait ! Et il regarde et
51 il dit « non non mais c'est bon, covid j'ai le passe sanitaire ». Alors non ! Et c'était super dur, il ne
52 voulait pas aller à son rendez-vous, et je dis « bah après, t'y vas pas, t'y vas pas ! » Mais en fait il ne

1 comprenait pas, comment ça se fait « trois fois qu'on m'a vacciné, et que je ne suis toujours pas
2 vacciné contre le covid ». Mais du coup en fait j'me dit le mec il a aucune idée de pourquoi il a été
3 vacciné, et je trouve ça super chaud quoi.

4 B2 : Nan mais ça veut dire peut-être que dans leur pays c'est la même chose au niveau de
5 l'information médicale ? Est-ce qu'ils sont bien informés sur la vaccination, ou ce genre de chose ?

6 B1 : Moi je me souviens que j'avais fait un accompagnement, bah je pense que c'était pour la...
7 BC...RBC...G ? Enfin bref, le sigle là (*Rires*) Et j'avais demandé au médecin à quoi ça servait, et
8 pourquoi en fait on les vaccinait. Et donc c'était un homme de 30 ans, on m'avait dit que c'était
9 dangereux pour les enfants... Donc j'avais « ok bah il a 30 ans... ! » Et puis c'est dangereux pour les
10 femmes enceintes.... (*Rires*) Donc bah c'était un homme de 30 ans ! Ok... bon, si c'est obligatoire
11 allons-y mais... l'explication était un peu bancale quoi, par rapport à la personne qui allait se faire
12 vacciner...

13 M2 : C'était probablement le ROR plutôt... Rougeole Oreillon Rubéole

14 B1 : Ah peut-être ! (*Rires*) Franchement le nom du vaccin... Mais cette explication, je l'avais trouvée
15 un peu... bancale, quoi. Franchement, femme enceinte et enfant, alors que c'était un homme qui a
16 30 ans c'est un peu... (*Rires*)

17 B2 : Et aussi il y a la barrière de la langue., enfin on en a pas mal discuter. Quand ils vont à un
18 rendez-vous, normalement, le médecin peut appeler un numéro que l'ARS elle donne pour le
19 premier entretien, pour qu'il puisse être traduit etc. Mais souvent les médecins traitants ils n'ont pas
20 trop le temps d'appeler ce numéro. Enfin moi quand je travaillais à Grenoble, le nombre de fois où je
21 leur ai donné le numéro, et de dire « mais allez-y, appelez-le ! » bah parce que la personne elle ne
22 parle pas français... Et elles n'avaient pas envie de fonctionner comme ça puisque, bah du coup, enfin
23 comme elles connaissent pas, du coup ça prend un peu de temps à se mettre en place. Et du coup la
24 barrière de la langue c'est une des problématiques dans le soin pour les personnes qu'on
25 accompagne quoi. Et comme on n'a pas la même, enfin... Comme je disais, au niveau de
26 l'information, peut-être que dans leur pays pareil ils étaient mal informés. Du coup il y a la barrière
27 de la langue plus ça, je pense que ça fait beaucoup d'incompréhension et... Et pour bien expliquer la
28 santé je pense que, ouais, y'a besoin que la langue ... Enfin qu'on puisse avoir un interprète quoi.

29 B3 : Et puis comme tu dis c'est des adultes autonomes et responsables, ce n'est pas des enfants de 4
30 ans...

31 B2 : ouais !

32 B3 : ... C'est des gens qui peuvent choisir des trucs. Enfin du coup, des fois, parce qu'on est étranger
33 on a l'impression qu'on est hyper infantilisé, qu'on va choisir à notre place ce qui est bon pour nous.
34 Enfin ça c'est compliqué je trouve, tu vois.

35 M2 : Ça c'est votre avis à vous, et vous avez l'impression qu'eux le ressentent comme ça ? Ils vous
36 font des retours là-dessus ?

37 B2 : Bah je pense qu'ils ne se permettent pas parce qu'on ne leur pose pas...

38 B3 : En fait c'est ça, c'est qu'il y a beaucoup de trucs qu'ils ne se permettent pas en fait. Ils ne vont
39 pas se permettre. Et nous y'en a qui ont – on l'a vu à la vaccination covid - y'en a pleins, quand on
40 avait fait de la prévention par rapport à ça, mais en disant que c'était libre, que c'était OK, que... Au
41 départ y'a tout le monde quasiment, y'a une bonne partie qui nous aurait dit « oui », et qui ont
42 réfléchi et qui ont dit « en fait, je ne veux pas » parce que on a hyper insisté. Et moi je suis même
43 exemptée en disant « au CADA, on n'est pas tous vacciné en fait » Donc, c'est ok vous avez le droit »
44 pour qu'ils disent « ok mais en fait j'veux pas, en fait » Et... Hyper insisté pour qu'ils aient vraiment
45 cette notion de choix. Et on a beaucoup d'impact.... La santé a beaucoup d'impact sur les gens qui,
46 souvent, ont pas forcément accès aux soins dans leur pays. Et du coup si on leur dit que « ça » c'est
47 bien, ils vont le faire. Mais, sans savoir, sans même avoir l'impression qu'ils peuvent quand même
48 dire quelque chose. En fait il y a quand même cette posture-là qui est compliquée. Et nous aussi, par
49 rapport à nous, on est sur un CADA, on est là pour les aider, et ils ont l'impression qu'ils ne peuvent
50 pas trop nous dire non. Ça prend du temps avant qu'ils arrivent à vraiment se positionner et
51 vraiment nous dire ce qu'ils en pensent, et vraiment... Du coup sur une arrivée, bah ils ne vont pas se

1 permettre forcément. Donc c'est aussi pour ça que je trouve que cette notion d'explication et de ce
2 temps-là il est important...

3 B2 : ...Après ça dépend de chacun aussi ! Enfin je pense que ça dépend de la compréhension qu'ils
4 ont. Parce que y'en a ils vont pouvoir te dire oui ou non, et y'en a ils ne savent pas.

5 B3 : Mais le temps d'explication est hyper important quoi, enfin tu vois je trouve que c'est...

6 B2 : Et de compréhension du coup ouais

7 M2 : Et justement en parlant de temps d'explication, y'a pas d'action de promotion de santé au sein
8 du CADA, de choses comme ça ? Y'a pas de professionnels de santé en tout genre... ?

9 B2 : Il ne doit pas y avoir un truc avec la PASS ?

10 B3 : Ouais, on a la PASS qui est déjà venu une fois déjà, sur un atelier. C'était sur euh...

11 B1 : C'était sur la vaccination

12 B3 : Ouais je crois. Mais ça n'avait pas accroché grand monde. C'était les deux mères de famille qui
13 sont venues, c'est rigolo. C'est les deux seules mères de famille qui sont venues, mais personne
14 d'autre. On a beaucoup d'isolés, c'est rigolo...

15 M2 : Et ça c'était pour les résidents du CADA, ce n'était pas spécialement pour vous non plus ?

16 B3 : Ah non

17 B1 : Non

18 M2 : Ouais, vous, vous avez pas spécialement de formation, de personnes qui viennent...

19 B3 : Non

20 B1 ou B2 ?? : Bah ce n'est pas notre métier

21 B3 : Non non, nous on renvoie sur la PASS

22 M2 : ... Qui viennent faire de l'information...

23 B3 : Non et puis c'est vrai que... Enfin c'est vrai que c'est bien quand ils arrivent sans droits
24 finalement parce que du coup on a assez confiance aussi dans la PASS et le traitement qui est fait
25 des... Enfin, l'accueil qui est réservé aux personnes à la PASS. Du coup c'est vrai qu'en général on
26 oriente de façon assez spontanée, et puis on sait qu'ils gèrent quoi, donc euh.... C'est leur partie, on
27 les laisse faire. Et puis s'il y a un truc, on se met en lien. C'est plutôt ça, hein ?

28 B1 : ouais

29 M2 : Et on ne vous demande pas de rester pendant l'entretien, que ce soit de la part de la personne
30 migrante ou ...

31 B2 : Moi ça m'est arrivé... Enfin pas pour la vaccination, de façon générale, ça m'est arrivé dans mon
32 ancien travail, et dans celui-là, d'être restée. Mais je déteste ça, c'est un truc que je ne supporte pas
33 de rester à ce moment-là, parce qu'on rentre la vie privée de la personne et je m'y retrouve pas en
34 tant que professionnel....

35 B1 : Ouais

36 B2 : ... Et dans mon ancien travail j'assistais à beaucoup de rendez-vous parce qu'il y avait un
37 problème au niveau de la langue et mais aussi au niveau culturel, et ils avaient vraiment confiance en
38 moi, et ils ne connaissaient pas les professionnels. Les professionnels me connaissaient, du coup on
39 faisait du lien comme ça pour qu'ils puissent avoir accès aux soins, parce qu'il y avait des grosses
40 problématiques de santé. Et on était allé voir la gynéco, et moi je ne voulais pas assister au rendez-
41 vous et elle m'a un peu obligé, la personne, à venir, et du coup je n'm'y retrouvais pas et j'étais
42 assise, et c'était hyper brusque parce qu'en fait le professionnel n'avait pas le temps de recevoir
43 Madame, et Madame avait besoin de temps pour pouvoir expliquer (on avait pris un interprète). Et
44 elle lui avait demandé de se déshabiller dans une autre partie de la pièce. Et en fait elle ne parle pas
45 français, et elle voulait pas prendre le temps pour parler à l'interprète que j'avais pris. Et du coup la
46 personne elle attendait debout, sans bouger, et au bout d'un moment elle la regarde et fait « mais
47 allez ! Vite vite vite enlevez tout ! » Et je trouve que c'est tellement maltraitant, et du coup je ne sais
48 pas comment agir, je ne veux pas la voir et lui dire « mais non, mais tranquillement » ... C'est hyper...
49 Enfin, je ne sais pas comment me positionner face à ça. Et déjà qu'on est beaucoup avec les usagers
50 dans le quotidien, en plus si on est au niveau de la santé, je trouve qu'on est encore plus dans leur
51 vie. Et par rapport à mon expérience précédente, j'ai l'impression de faire partie de la famille, de
52 faire partie de ... ouais de leur cocon et ... Parce que je connaissais tout de A à Z de leur vie, et au

1 bout d'un moment c'était trop oppressant. Enfin ça je supportais pas du tout, parce que du coup ils
2 n'arrivaient pas à faire le détachement, et c'était difficile quoi.

3 M2 : C'était quoi ton poste ?

4 B2 : J'étais intervenante sociale mais j'étais toute seule sur le service qui venait de s'ouvrir, c'est
5 Relogement des ADL Afghans. C'est des personnes qui ont travaillé pour l'ambassade de France en
6 Afghanistan et du coup, comme il y a eu l'arrivée des talibans, on leur a fait une promesse : « bah si
7 vous venez en France vous aurez les papiers etc, un logement » Et du coup ils ont eu les papiers on
8 les a relogés, ils étaient au Mans, ils ont été relogés à Grenoble, et du coup moi je devais les
9 autonomiser pendant 10 mois, et j'étais seule, mon chef de service n'était pas là, on avait pas une
10 structure fixe... Du coup je portais beaucoup de choses et du coup ça faisait beaucoup de choses
11 euh.... Enfin j'étais dans la vie de la famille tout le temps, de toutes les familles que j'accompagnais.
12 Et c'est vrai que je n'étais pas trop supportée, et donc être tout le temps dans tous les rendez-vous
13 avec eux c'était vraiment difficile... Enfin au niveau de la santé c'était quelque chose que je n'aimais
14 pas trop. (*Rires nerveux*) Enfin voilà.

15 M2 : Donc ça, le fait qu'ils soient... Qu'ils aient confiance en toi dans l'accompagnement, ça pourrait
16 être quelque chose de plutôt positif, mais à la finale c'est devenu plutôt oppressant... ?

17 B2 : Ouais, bah parce qu'en fait euh.... Je trouvais que je suis allée au-delà de mes missions de base et
18 du coup je n'ai pas pu donner une partie de mes missions à d'autres professionnels, et ça c'était
19 hyper dur. Enfin je me sentais vraiment seule, la famille était très heureuse hein, mais le problème
20 c'est que le jour où je suis partie ça a été très dur parce que j'étais là de A à Z, et ce n'est pas évident
21 quoi. Mais ouais, enfin je trouve qu'on doit s'entraider tous en tant que professionnel peu importe
22 les horizons, pour qu'on fasse avancer la famille, l'usager, vers une autonomie, qu'il puisse se sentir
23 en confiance mais avec tous les acteurs, parce qu'un c'est trop lourd à porter quoi. Voilà.

24 M2 : Vous n'avez pas eu d'autres expériences comme ça, d'accompagnement d'une personne
25 migrante dans un acte de soin quel qu'il soit ?

26 B1 : Moi les seules fois où on m'a demandé d'accompagner, c'était pour faire la traductrice.... Sauf
27 que je ne parle pas la langue de la personne qui est à côté de moi, du coup c'était un peu euh....
28 Ouais je suis un peu d'accord sur ce que tu dis, on se repose un peu beaucoup - enfin certains
29 professionnels, pas tous - mais on se repose beaucoup sur nous en mode « bah traduisez nous s'il
30 vous plaît », bah je ne parle pas pachtou je ne parle pas dari je ne parle pas.... Pleins de choses quoi !
31 (*Rires*) Du coup c'est un peu compliqué pour ça franchement

32 M2 : Et c'est souvent à la demande de l'usager ? Plus que des médecins ?

33 B1 : Nan surtout des médecins

34 B3 : Nan c'est les médecins

35 M2 : ah bon ?

36 B1 : Je pense qu'ils ont un peu peur de se retrouver, enfin pas peur mais ils appréhendent de se
37 retrouver avec une personne qui ne parle pas français, et du coup bah au final ils nous parlent à
38 nous, et nous on est censé retraduire sauf que bah en fait on ne parle pas vraiment, enfin on parle
39 pas la même langue quoi, on peut traduire en anglais ok, mais c'est un anglais qui est approximatif et
40 du coup bah....

41 B2 : Moi je suis un peu.... Je suis d'accord et en même temps pour moi il y a aussi au niveau du
42 docteur qui n'a pas le temps en fait, enfin moi dans mes autres expériences c'était ça. Enfin c'était
43 timé, il y avait un temps dédié à la prise en charge, et enfin par exemple moi le médecin traitant il
44 n'avait pas forcément 1h à accorder pour vraiment prendre le temps d'expliquer à la personne enfin
45 peu importe. Et du coup 30 minutes mais 30 minutes qu'il fallait compter et du coup.... Ça c'était
46 oppressant.

47 B1 : Je suis d'accord pour les docteurs, mais moi j'accompagne aussi par exemple dans les CMP et là
48 ils ont, enfin je crois que c'est une heure de consultation, enfin j'imagine que c'est, par rapport au
49 psychologique au moins une heure. Et on m'avait demandé pareil d'accompagner, et ben déjà je ne
50 suis pas psy et en plus je peux pas traduire exactement, enfin c'est hyper compliqué...

51 (*Temps de silence*)

52 B2 : Ben ouai du coup, moi ça m'arrive, si je peux faire un maximum, je fais des lettres indicatives

1 pour dire par exemple « la personne elle a telles douleurs ou elle voudrait tel traitement », enfin je
2 n'en sais rien, je ne connais pas les choses, mais pour expliquer vite fait ce qui se passe et ce qu'il
3 aimerait dire, car on a plus le temps enfin dans un entretien de prendre le temps de savoir pourquoi,
4 enfin « qu'est-ce que tu as ? » « Qu'est-ce que tu aimerais que le docteur t'aide, sur quoi tu aimerais
5 être aidé ? » et du coup je fais souvent des lettres comme ça et après je leur dit « ben tenez, tu
6 donnes à ton médecin et il va le lire » peut-être que ça va servir ou peut-être pas (*rire gêné*) je n'en
7 sais rien, mais pour qu'il se sente un peu soutenue, parce que des fois ouais ça faisait des...
8 B1 : Ça remplace la présence de leur femme...
9 B3 : Ouais c'est vrai...
10 B2 : Ouais.
11 M2 : B3 tu voulais rajouter ?
12 B3 : rien à rajouter par rapport à ce qu'elle disait.
13 M2 : Est ce qu'il y a des choses que vous trouvez plutôt positif dans cet accompagnement ? Dans le
14 soin ? Et toujours sur le dépistage de l'hépatite B ? mais on peut faire plus globale. (*Rires partagés*)
15 Quelque chose que vous trouvez confortable, satisfaisant, plutôt positif ?
16 B1 : Moi dans le, dans l'expérience que j'ai eu avec une personne qui avait l'hépatite A, ce que j'ai
17 trouvé de positif, enfin ouais positif on va dire, c'est qu'il gérait tout seul ses rendez-vous, du coup
18 avec la personne à l'hôpital qui lui faisait le traitement ou qui le voyait assez régulièrement pour cette
19 hépatite, donc ben moi je n'étais pas forcément au courant, mais après tout c'est sa santé, donc c'est
20 plutôt pas mal. Et ça c'était positif !
21 M2 : Tu trouvais ça bien qu'il soit autonome dans sa prise en charge.
22 B1 : ouais carrément, et qu'il me demande si jamais il y a un problème, mais enfin il se débrouillait et
23 ça c'était cool.
24 B3 : Je trouve que les rendez-vous en général à la PASS, je trouve ça chouette qu'ils prennent en lien
25 ce lien-là, parce que très souvent les gens auraient tendance à nous demander le numéro du CADA,
26 nos coordonnées à nous pour passer systématiquement avec nous, et je trouve ça hyper chouette
27 quand en fait ben des fois on ne sait pas « Ah tu as re rendez-vous à la PASS, mais tu sais pour quoi ?
28 Non mais c'est A (*l'infirmière de la PASS*) elle m'a dit, je crois que c'est ça, je ne suis pas sur » non
29 mais c'est bien, parce que du coup il y a quand même ce truc de confiance sur lui la PASS, OK il n'a
30 pas forcément besoin de nous rattacher, je trouve ça chouette. Et en positif je trouve ça bien, car il y
31 en a pleins qui n'ont pas eu accès aux soins de façon général dans leurs pays depuis très longtemps
32 ou qui se traînent des douleurs depuis des mois et des mois et qui du coup... L'accès à la santé en
33 générale. Souvent on se rend compte que, moi je trouve qu'il y a un truc un petit peu, des fois ils se
34 posent, et puis d'un coup ça lâche un peu et ils ont besoin, souvent, régulièrement de voir des
35 médecins, rapidement parce qu'ils ont pleins de douleurs, et qu'ils sentent que ça y est c'est bon ils
36 peuvent se poser et c'est le moment où ils peuvent avoir accès. Je trouve que la place du soin dans la
37 migration c'est hyper important, parce que tout le monde n'a pas la chance d'avoir le système de
38 santé qu'on a en France et c'est chouette, je pense que ça fait partie de leur arrivée complètement, le
39 fait d'avoir accès aux soins.
40 B2 : et du coup moi je me pose la question : c'est je pense que la prise en charge de la PASS elle est
41 adapté au public car ils prennent le temps d'expliquer, mais en vrai quand tu vas vers un médecin
42 traitant, je trouve que c'est difficile encore, pour le temps, pour la patience dû à pleins de paramètres
43 qu'on a évoqué tout à l'heure et je pense que c'est ça qui est le plus difficile pour notre public.
44 B3 : c'est le passage au droit commun
45 B2 : ouais c'est ça.
46 B3 : Pour nous aussi. Non mais c'est vrai, à la PASS on les appelle ils nous trouvent un autre rendez-
47 vous au point santé, presque des fois on dit « même un peu plus loin, c'est OK, comme ça on travaille
48 le fait que ce ne soit pas dans l'immédiateté. Non mais c'est vrai, c'est compliqué quoi. « Là tu veux
49 un dentiste ? Ben OK, ben c'est dans 6 mois » « oui je sais la PASS dentaire te prenais, mais là c'est
50 dans 6 mois » Et c'est vrai que l'accès aux soins, c'est vachement plus compliqué d'obtenir des
51 rendez-vous, et une fois qu'ils les obtiennent, d'avoir un suivi où ils comprennent un peu et où ça
52 peut être ... ce n'est pas évident... où ils se sentent aussi accompagnés, pas pareil quoi.

1 M2 : il y a d'autres choses ? Des idées sur ce qui pourrait être positif dans l'accompagnement ?
2 B2 : Moi je trouve que c'est cool que l'ARS, elle ait donné la possibilité d'appeler pour le premier
3 entretien, enfin d'appeler un interprète pour le premier entretien médical, je trouve que c'est super
4 chouette. Après ça serait cool que ça ne soit pas que le premier entretien, mais c'est déjà mieux que
5 rien du tout. Mais justement peut-être informer les médecins de comment on fait pour appeler ce
6 numéro, en plus je ne pense pas que ce soit méga difficile. Mais ça je trouve ça vraiment hyper
7 chouette
8 B3 : Non mais c'est sûr, je trouve qu'il y a vraiment, après autant des fois je trouve qu'il y a des
9 médecins qui ne font pas d'effort, et autant je trouve que des fois les pauvres quoi. Moi j'ai un jeune
10 que j'accompagne, c'est hyper compliqué, il ne comprend pas quoi, même pas en anglais, c'est tout
11 petit petit le niveau, il n'a pas la lecture, enfin voilà ça coupe plein de biais de communication. Et hier
12 il est passé, il m'a juste demandé son attestation de sécu, parce qu'il l'a perdu, mais du coup j'ai dit
13 « tu veux un médecin ? », on n'arrivait pas à se comprendre, s'il voulait un médecin ou s'il avait mal
14 quelque part. Et j'étais là : alors toi le jour où tu es malade et que je t'oriente vers un médecin, mais
15 le pauvre médecin, parce que moi je ne serai d'aucune utilité pour ce rendez-vous là, et ben ça va
16 être whouaww. Je comprends que du côté santé, OK ça risque d'être très compliqué, et en même
17 temps il a quand même droit aux soins et il faut trouver une solution quoi. Mais je suis contente que
18 pour l'instant il ne soit pas malade. J'espère que les cours de français auront avancé avant qu'il soit
19 malade, parce que sinon ça va être la lutte, mais c'est vrai que cette barrière-là elle est... Vraiment,
20 prenez l'ARS et un rendez-vous, vraiment je vous conseille prenez un traducteur et l'ARS, car c'est vrai
21 que la barrière elle est selon les personnes extrêmement grande, compliquée.
22 M2 : du coup, si on doit revenir sur le dépistage de l'hépatite B, vous avez évoqués pas mal de choses
23 qui ne vous paraissaient pas satisfaisantes, vous avez parlés de la barrière de la langue, du
24 consentement, de la connaissance de la maladie, et est-ce que vous verriez des choses positives
25 justement de ce dépistage ?
26 B2 : ben moi je n'ai pas de connaissance du tout donc eu Ouais.
27 B1 : ben toujours dans le cas de l'hépatite A, qui a été découverte pour un résident. Ben du coup
28 c'était cool, parce qu'elle a été découverte et j'imagine qu'elle n'a pas été découverte avant et donc il
29 a pu avoir le traitement.
30 B2 : Donc ça serait avant
31 B1 : oui mais du coup le dépistage, en fait le fait que quand il arrive ici, il se face dépister , qu'ils la
32 trouvent, ben en France ici et qu'après ils lui proposent le traitement adéquate, ça c'est cool du coup.
33 B2 : mouaiiii (*ne semble pas convaincu*).
34 M2 : Juste une petite question : Elle était malade la personne ?
35 B1 : euh... Perte de cheveux, c'est tout ce que j'ai retenu. Alors je sais que l'hépatite A on peut la
36 guérir... c'était une hépatite guérissable en tout cas, et il allait souvent à l'hôpital en tout cas tous les
37 mois.
38 B3 : Mais c'est parce qu'il avait eu une batterie de test qui avait été faite et une prévention vaccin
39 puis on lui a pris un litre de sang à priori donc ils ont temps de chercher plein de trucs.
40 M2 : mais oui, oui quand on a un dépistage positif et qu'on peut soigner, alors le dépistage à tout son
41 intérêt.
42 B1 : ouai
43 B2 : Humm... Ouais parce que ça peut stresser une personne si on ne peut pas soigner, moi ça me
44 stresserait grave, savoir que tu as une maladie mais « OK mais on peut faire quelque chose ? Non »,
45 enfin je trouve que c'est (*rire*) je trouve que c'est....
46 M2 : Pour vous c'est un peu ça le dépistage de l'hépatite B, c'est on cherche une maladie, et puis
47 après...
48 B2 : il y a le soin ouais, enfin moi c'est ce que je vois. Sinon je trouve que ça peut stresser une
49 personne, enfin moi personnellement ça me stresserait énormément, d'avoir une maladie, et de,
50 d'être pas soigné et... OK. Moi ça me stresse grave.
51 M2 : Mais vous n'avez pas d'usagers que vous avez vus dans ce cas-là ? Avec des maladies qui ont été
52 dépistées, sans possibilité de soigner avec ce stress, cette angoisse ?

1 B1 : Moi je crois, mais je ne suis vraiment pas sûr que ça soit l'hépatite B. Je suis une dame qui a eu
2 un enfant, et qui a une hépatite. Et elle a eu pas mal de rendez-vous à l'hôpital de surveillance, il me
3 semble que c'est la B. Alors elle, elle n'est vraiment pas stressée par rapport à son état, après elle
4 était enceinte donc je pense qu'elle stressait plus pour son enfant que pour elle quoi, mais, et ils ont
5 vu son enfant aussi par rapport à son hépatite, enfin il y avait une espèce de surveillance par rapport
6 à ça. Je ne suis vraiment pas sûre que ça soit l'hépatite B !
7 B3 : Et il n'y a pas de soins derrière ?
8 B2 : non, ben en tout cas, pour la personne que je suis, si c'est la B, je ne crois pas que, enfin c'est
9 juste une surveillance quoi, regarder si je ne sais pas, peut-être qu'elle se développe. Enfin je sais pas,
10 je connais vraiment pas l'hépatite B, s'il y a une surveillance...
11 B3 : Moi j'ai plusieurs fois eu une incompréhension sur le fait d'avoir une surveillance, alors qu'on va
12 bien. C'était, ouais il avait une suspicion au niveau de la tuberculose, et du coup il devait retourner
13 faire des scanner, et c'est celui qui a une banane très importante et il me disait « mais je vais bien »,
14 mais je lui disais « c'est un scanner, c'est hyper important, tu es en coloc mec, donc on va y aller
15 hein ? » parce que ça me semblait vraiment... Et puis même c'est obligatoire, ça peut mettre en
16 danger les autres. Et lui il ne comprenait pas, il me disait « mais pour quoi ? » apparemment il y a une
17 suspicion, ils ont vu quelques choses. « Mais je vais bien en fait », et vraiment cette incompréhension
18 de « qu'est-ce qu'ils me veulent », et des fois ce côté-là « ils en font des tonnes les français, ils en font
19 des caisses », « voilà je vais bien il se passe rien, qu'est-ce que tu me veux quoi » , il y a ce côté-là où
20 je pense « ils veulent encore une injonction je sais pas pourquoi » et il y a ce côté-là où nous on
21 prévoit tout on est vachement là et en fait, « non mais ça va c'est bon ».
22 M2 : tant qu'il n'y a pas de symptômes, ils ne sont pas malades.
23 B3 : c'est ça, et du coup ce n'est pas forcément évident de la concentrer sur le soin quand, en fait, ils
24 sentent pas de symptômes « ben non mais pour quoi faire ? »
25 M2 : c'est le principe de la prévention
26 B3 : et ouais.
27 M2 : Du coup pour toi c'était important ce dépistage de la tuberculose, par ce qu'il vivait en groupe,
28 en coloc et qu'il y avait un risque ?
29 B3 : Ouais ça, et même sur le développement qui peut se passer, par rapport aux poumons. Là j'ai un
30 jeune qui a été hospitalisé 3 mois, pour un problème de tuberculose à la plèvre et il n'en est pas
31 encore tout à fait sorti, il a pleins de problème qui s'additionnent, du coup il a eu un gros truc, donc
32 non je ne pense pas que... Et sur quelque chose qui ne se voyait pas beaucoup à la base, donc c'est
33 vrai que ça permet quand-même vraiment ça. On en a un, il a été hospitalisé pendant 1 mois ?
34 B1 : mais oui mais lui c'était vraiment euh...
35 B3 : c'était une suspicion, on ne savait pas ?
36 B1 : oui c'est vrai que c'était qu'une suspicion.
37 B3 : Mais du coup, on était « merde les colocs... », ben ça peut, parce que vous expliquez le mode de
38 diffusion, donc sur le fait qu'ils vivent ensemble ça, peut-être, pas forcément pour nous parce que a
39 priori sur la diffusion on n'est pas les plus exposés, mais si on voit les colocataires... et puis il peut
40 avoir quand même des gens qui ont des fragilités, des immunodépression (B2 acquise par des
41 « ouais » chuchotés) ... enfin c'est vrai que du coup ça peut mettre en danger les autres aussi. C'est là-
42 dessus que
43 M2 : Et on lui avait bien expliqué à la personne, justement les risques de contaminations en vivant en
44 groupe ?
45 B3 : A celui qui été hospitalisé ?
46 B1 : oui ça avait été fait parce que c'était à l'époque où on faisait ESP et ensuite hôpital. Et en fait à
47 l'ESP, ils prenaient très souvent des traducteurs, surtout dans ce genre de cas où c'était un peu, enfin
48 c'était les premiers résidents qu'on avait au CADA, c'était « ha ha » (de peur), qu'est-ce qu'on fait ? »
49 Du coup ils l'avaient pris et ça avait été expliqué. Je pense qu'il l'avait un peu aussi quand il est arrivé.
50 B3 : C'était un peu violent parce que lui il allait bien, et ils lui ont dit « tu ne rentres pas chez toi ».
51 B1 : ouais c'était rude, franchement.
52 B3 : c'était dur pour lui... Le récit d'asile à l'hôpital.

1 B1 : Ouais c'était L'expérience...

2 B3 : C'était sport.

3 B3 : C'est expliqué mais pas forcément...

4 B2 : Compris ?

5 B3 : Ouais en tout cas pas forcément entendu, dans le sens où « OK c'est une obligation je fais ça,

6 mais je vais hyper bien » ça c'était un peu. C'était long quoi... Moi celui que j'accompagnais il avait

7 vraiment beaucoup de symptômes, donc euh, lui il y avait du sang, c'était OK, il crachait du sang et

8 tout donc lui c'était...

9 B2 : Là on va prévoir un truc avec la PASS ?

10 B1 : oui

11 B2 : c'est sur quoi déjà ? Je sais plus.

12 B1 : c'est des ateliers de préventions, vaccination, dentaire je crois que c'est prévention sur tout ce

13 qui est hépatite et tout.

14 B2 : On est d'accord c'était pour le public

15 B1 et B3 : oui oui

16 M2 : et vous vous y allez, non vous avez peut-être bien occupé.

17 B3 : Oh ça dépend, on peut aussi être là. Vu que c'est de l'information collective, c'est rarement du

18 coup intime et ça peut être intéressant de relayer les infos, de pouvoir en rediscuter après. Sur des

19 ateliers si on peut être là ouais. Et puis on aime bien les ateliers, il se passe des trucs.

20 B2 : Ben même pour nous, ça peut être hyper intéressant, ça c'est sûr.

21 M2 : Qu'est ce qui pourrait être fait du coup pour améliorer cette proposition de dépistage ?

22 D'accompagnement. Structure de dépistage de l'hépatite B ?

23 B2 : Déjà les ateliers qui sont proposés par la PASS, je trouve que c'est super chouette. Donc euh... Ce

24 genre de choses, justement pour la compréhension, comme on sait, ben de la santé, d'un peu de

25 tout. Mais ouais, je pense qu'il faudrait faire différents ateliers, mais de toute façon le premier c'est

26 assez global et après de plus en plus, sur des thématiques plus précises, mais euh... Ouais parce que

27 je pense qu'il y en a pleins qui n'ont pas forcément les notions, comme « ah ben, je suis pas malade

28 et je dois faire des radios ? », du coup je pense que ça peut être intéressant. Sinon je ne sais pas... Il y

29 avait des outils, je travaillais à Bourgoin-Jallieu et à Grenoble avant ce travail-là. Il y avait une

30 structure je sais plus comment elle s'appelle, elle avait créé des outils ben justement hyper ludiques,

31 euh... Pour dire comment je me sens aujourd'hui, enfin hyper parlant pour des personnes qui ne

32 savent pas parler français. Et c'était des pictogrammes, qui montraient telle température etc. Et je

33 trouve que ouais, être dans le ludique et la compréhension, ben écouter ce que c'est, se sentir bien,

34 des choses comme ça, ça peut être hyper intéressant au début de leur, enfin quand ils arrivent et tout

35 au long de leur parcours quoi... Enfin je ne sais pas si c'était très... De ce que vous avez dit...

36 M2 : ... se sentir en bonne santé ?

37 B2 : Ouais, c'est de dire quoi.

38 B3 : C'est vrai qu'à l'accueil de toute façon euh... il y a une phase d'accueil quand ils arrivent chez

39 nous, où la cheffe de service les reçoit pour expliquer le contrat, les grandes règles et tout. Mais elle

40 fait aussi un point sur là où ils en sont et leurs besoins et notamment en terme de santé : s'ils ont

41 besoin de voir un médecin, s'ils ont fait la radio des poumons, elle leurs explique ce que c'est, et

42 pourquoi on va la faire, et elle fait un point aussi sur les vaccinations : est-ce qu'ils sont vaccinés au

43 pays, est-ce qu'ils savent ce que c'est, est-ce qu'ils ont envie de le faire, est-ce qu'ils veulent que le

44 médecin fasse un point sur ce qui est fait ou pas, et du coup tout ça c'est expliquer dès l'accueil avec...

45 un interprète sur le point santé.

46 M2 : Ça, ça se fait systématiquement ?

47 B3 : Nous en CADA oui.

48 M2 : Et c'est fait que par la cheffe de service ?

49 B3 : Ça ouais.

50 Sur l'arrivée, parce que sinon on ferait des milliards de temps d'entretiens avec interprète. Nous

51 après on part plus sur l'asile et les urgences comme ça, donc du coup en général, on check là, s'ils

52 veulent le faire ou pas, et derrière nous on prend les rendez-vous et après c'est à la PASS.

1 M2 : D'accord, c'est peut-être pour ça que vous êtes moins confrontées que d'autres qu'on a pu
2 rencontrer, à cette question-là, d'explication des dépistages et tout. (Mmm mmm (en signe
3 d'acquiescement) Par ce qu'en fait c'est la cheffe de service du coup qui le ferait
4 B3 : Mais en fait c'est ... Ouais le point à l'arrivée, et le problème c'est que derrière on ne fait pas
5 d'interprétariat en dehors de l'asile quasiment, on a pas le budget. Donc en fait parler de santé sans
6 l'interprétariat... C'est pour ça qu'elle se sert de ce temps d'accueil pour évoquer ces questions-là,
7 parce que sinon on n'a pas les moyens en fait. Donc c'est vraiment lié à ça. Parce que sinon ceux qui
8 sont un peu francophones ou qui parlent bien anglais, on en reparle ensemble, ça on peut en
9 discuter, mais les autres on n'a pas trop accès en fait.

10 M2 : Et tu trouves que c'est satisfaisant ?
11 B3 : ben de pas avoir accès non.
12 (Hahaha collectifs)

13 M2 : Que ça soit fait à l'accueil ?
14 B2 : Ben que ça soit fait à l'accueil, moi je trouve que c'est pas mal.
15 B3 : Ouais parce que souvent, ils se représentent le CADA comme un endroit où ils vont se poser.
16 Parce que souvent ils arrivent avec ces demandes. Très souvent ils arrivent avec une demande
17 « soin », en mode : « OK c'est là que je vais me poser quelques mois, ça y est j'arrive quelque part je
18 vais me poser » et souvent ils nous demandent « moi j'ai besoin de voir un dentiste », « moi j'ai
19 besoin de ça » « moi j'ai besoin de soins ». C'est pour ça qu'on a mis ce point santé à l'accueil, euh...
20 Ce qui n'est pas satisfaisant, c'est ne pas pouvoir en reparler. Ça ce n'est pas satisfaisant. Parce que
21 c'est un moment où il y a quand même beaucoup d'infos et voilà, ça permet de faire un premier état
22 des lieux. Le problème c'est selon la capacité de compréhension de la personne, on ne peut pas
23 forcément reprendre cet état des lieux derrière. Mais souvent c'est des trucs qui sont dès le début,
24 les demandes de soins.

25 M2 : Donc ils sont plutôt contents finalement de pouvoir accéder au système de soins français.
26 B3 : Ah ouais oui

27 M2 : mais par contre accéder au dépistage de l'hépatite B ... Ce n'est pas ...
28 B2 : C'est un peu lointain en fait, ouais comme ils n'ont pas l'info...
29 B1 : ouais ce n'est pas prioritaire.
30 B3 : Eux c'est lié à une douleur le soin, donc en fait c'est « j'ai mal aux dents depuis 3 mois, j'en peux
31 plus, trouvez-moi quelqu'un » ou alors c'est « là j'ai des maux de têtes tout le temps, j'ai hyper mal au
32 dos, j'arrive plus à me lever le matin. » C'est vraiment du douloureux.
33 B2 : Et c'est aussi de l'information. Par exemple le COVID, tout le monde en parle et du coup ils se
34 disent « ben ouais je vais me faire vacciner », enfin ils arrivent à donner un peu leur avis sur ça, alors
35 que l'hépatite B, ben ..., zéro info.
36 B3 : il y a une méconnaissance totale.
37 B2 : Ouais
38 B3 : Et même les vaccins. Nous on leurs en parle de la vaccination, est-ce qu'ils veulent faire ce point
39 ou pas car on sait que ça sera des questions de la PASS, donc on l'évoque avec l'interprétariat. Mais je
40 pense que c'est pas du tout dans leurs premières demandes. Ça serait plus du douloureux.

41 M2 : Mmm (en signe d'acquiescement).
42 B1 : Pour la question, c'est est-ce que tu as besoin ? Enfin est-ce qu'il y a un besoin médical ? Est-ce
43 que tu as besoin de voir un médecin ? Est-ce que t'as un traitement ? Est-ce que t'as...
44 C'est beaucoup dans ce sens-là je pense aussi.
45 Silence....

46 M2 : Est-ce que vous voyez des choses qui pourraient améliorées, la prise en charge de ces
47 personnes-là, au niveau santé ?
48 B1 : Ça serait peut-être intéressant que, nous du coup, les intervenants sociaux, connaissent les
49 symptômes des hépatites, ce que ça provoque etc, parce que du coup on pourrait peut-être
50 suspecter des hépatites et plus orienter vers un dépistage.
51 B2 : beh ce n'est pas non plus notre rôle. Enfin t'imagines, on fait des suspicions....
52 B1 : ben c'est notre rôle d'orienter quand quelqu'un a mal aux dents vers un dentiste, donc en fait

1 pourquoi si le gars...
2 B2 : ben tu vois bien...
3 B1 : Après je sais pas du tout les symptômes d'hépatite (*rire gêné*) mais si le gars il dit : « j'ai les
4 jambes lourdes tout le temps, je perds mes cheveux à fond, je ne me sens vraiment pas bien » on
5 pourrait peut-être pas lui dire « ben OK tu peux aller voir les médecins de la PASS et donc demander
6 un dépistage ».
7 B2 : Pas forcément, tu peux juste l'orienter sans dire...
8 B3 (reprend la parole avant la fin de la phrase de B1) : J'allais dire est-ce que juste s'il y a les
9 symptômes ou quelque chose, on ne dirait pas juste d'aller voir le médecin ?
10 B2 : ben ouai
11 B3 : Plutôt que d'influencer. Tu vois ce que je veux dire ?
12 B1 : Non
13 B2 : ben ouais car ce n'est pas notre rôle du tout
14 B3 : un diagnostic de maladie, tu vois ?
15 B2 : c'est comme « ha j'ai mal à la cheville », « ben tu as peut-être une entorse du coup va voir le
16 médecin » ben non.
17 B1 : Non
18 B2 : genre « t'as mal, OK ben vas voir le médecin », enfin je n'en sais rien...
19 Je trouve que ça influencerait grave la personne, et du coup elle pourrait croire qu'elle a un truc
20 hyper grave, alors que je ne sais pas elle avait juste une petite douleur, elle doit prendre un
21 Spasfon ...je n'en sais rien.
22 B3 : et souvent dès qu'ils ont des symptômes, on questionne la PASS, ou on les oriente vers le
23 médecin, quoi qu'il arrive donc ...
24 B2 : Par contre savoir nous, avoir la connaissance personnelle et même pour notre profession peut-
25 être que ça peut être intéressant. Après je ne sais pas jusqu'où irait cette information. Ben je ne sais
26 pas si... ouais je ne sais pas (*B2 fait la moue, non convaincue*). Je pense que personnellement c'est
27 intéressant, professionnellement je ne sais pas si ça me servirait à quelque chose de savoir, ouai les
28 symptômes de l'hépatite...
29 B2 : Ben t' imagine, on ferait des diagnostics sur tout, enfin euh... on n'est pas des médecins...
30 B1 : Non non mais là en parlant vraiment de l'hépatite, comment amener quelqu'un à aller se faire
31 dépister, par ce que c'est important de savoir si tu as telle ou telle maladie, ben on aurait pu...
32 B2 : ben c'est comme le cancer ou le VIH, enfin j'en sais rien on ne va pas savoir. T'imagines, je ne sais
33 pas elle a une douleur à un endroit...
34 B1 : Ouai mais l'hépatite c'est quand même hyper répandu dans notre public.
35 B2 : ouai je ne sais pas...
36 B1 : Je pense que c'est hyper répandu, bon je n'ai pas les statistiques, mais je sais qu'on a pas mal de
37 gens qui ont des hépatites A, B, C, donc j' imagine bah...
38 B2 : Ouais mais, c'est comme les chlamydias, comme pleins de maladies, pour moi y a des douleurs,
39 enfin elle te décrit ses douleurs, par exemple elle va te dire « ha j'ai mal ... » tu vois les chlamydias
40 « j'ai mal au ventre, je suis plié en deux mais à des moments de la journée », ben tu, je ne sais pas, tu
41 fais une note... et après tu l'envoies au médecin, ben tu sais tu fais une petite lettre.
42 B3 : Plus tu décris les symptômes pour accompagner.
43 B2 : ouais.
44 B1 : ouais
45 B2 : non mais c'est trop difficile, t' imagine de savoir toutes les maladies...
46 B3 : ouais j'aurai l'impression de... ouais d'être à côté de mon travail.
47 B2 : ouais
48 B2 : l'accompagner pour aller vers le médecin oui, mais le diagnostiquer pour l'accompagner, c'est un
49 peu chelou je trouve. Enfin après c'est ce que tu veux.
50 B1 : ouais je ne sais pas.
51 [M2 : et le VIH du coup ça vous parle plus ?](#)
52 B2 : un peu plus oui après bon...

1 B1 : Moi je n'ai pas beaucoup de connaissances.
2 M2 : non mais sans être calé, là vous avez peut-être la pression parce que du coup on est médecin
3 donc on se dit « il faut savoir » ... non mais connaître, ce qu'on sait souvent dans le VIH, c'est qu'il n'y
4 a pas de symptôme jusqu'à que ça soit au stade SIDA.
5 B2 : ouais.
6 M2 : et c'est là, que prend tout le sens, le dépistage, avant l'atteinte de ce stade, qui est le stade de la
7 Maladie, et qui est mortel quoi. C'est là, où tu disais, est-ce que ...
8 B2 : Parce que les... Enfin moi, euh... Je raconte ma vie personnelle, mais ça m'est arrivé pour les
9 chlamydia de les avoir, mais je l'ai su par un dépistage de mon université, mais pareil on n'est pas
10 beaucoup informé, on est pas, enfin on a des douleurs au ventre, mais ça pourrait être autre chose
11 carrément... Et du coup quand on m'a annoncé ce que c'était et que tu pouvais ne pas avoir d'enfants,
12 j'étais un peu stressée mais ouais on n'est pas, ouais je trouve qu'on est pas informé, et sur toutes les
13 maladies, je pense qu'on peut pas tout savoir non plus, mais, enfin je sais pas où je voulais en venir,
14 bref, mais du coup, je trouve que c'est pas pour une maladie, c'est pour un peu tout le panel. Enfin
15 moi je sais que les chlamydia ça m'avaient foutu une grosse claque et euh... ça s'est soigné mais je
16 ne sais pas.
17 M2 : ça veut dire que tu peux avoir une maladie qui ne s'exprime pas.
18 B2 : ouais
19 M2 : mais par contre qui agit sur ton corps.
20 B2 : enfin j'avais des douleurs, mais que j'aurais pu avoir, avec la diarrhée... « ha j'ai super mal au
21 ventre » ben c'est la même chose, je n'aurai jamais cru que ça pouvait être un truc pareil. Du coup
22 c'est bien les dépistages.
23 B3 : y'a pas un symptôme particulier pour dire que c'est cette maladie, c'est ça aussi.
24 B2 : oui c'est ça. Du coup c'est bien les dépistages, d'informer le public que ça existe, mais pour moi
25 ce n'est pas pour une maladie, c'est pour faire un peu tout.
26 B3 : Ouais les maladies auxquelles ils peuvent être exposés, qui peuvent avoir des conséquences, qui
27 peuvent être soignées, et qui peuvent être transmissibles aussi, même eux il faut qu'ils le sachent.
28 M2 : et euh... ben justement, est ce que vous connaissez le paquet un peu des dépistages qui se font
29 à la PASS ou à l'ESP, dans cette population migrante ? Vous ne savez pas ?
30 B2 : pas du tout
31 M2 : ni leurs modes de transmissions du coup ?
32 B3 : Nous après en plus, on a pas forcément les retours, de la PASS en fait, nous on nous informe pas,
33 si il y a une hépatite, si... ça restent des données personnelles, et du coup soit la personne nous en
34 parle, soit on a pas de poids avec ça. Parce qu'au même titre, ils reçoivent des courriers pour le
35 médecin traitant, ou quand il y a une préparation de passation parce qu'ils savent qu'ils vont ouvrir
36 des droits, donc du coup ils préparent le courrier avec un récapitulatif de ce qui a été fait, personnel.
37 Souvent quand ils reçoivent la lettre ils l'ouvrent, et il y a marqué « pour le médecin traitant », donc
38 on leur explique que c'est pour le médecin traitant, y'en a qui disent « ben tu peux regarder ce qu'il
39 y'a marqué, tu me dis » et je lui explique, du coup j'y ai accès, soit-il la garde de côté pour le médecin
40 traitant et ça lui appartient. Donc c'est vrai qu'on n'est pas forcément non plus confronté aux
41 résultats et du coup aux incidences, aux conséquences aussi.
42 B2 : et même si on l'est, par exemple la radio des poumons ben l'utilisateur qui a reçu une ordonnance
43 qui explique s'il a un problème aux poumons, mais on n'est pas dans la capacité, enfin moi je n'étais
44 pas, je comprenais pas ce qu'il y avait écrit sur le papier et du coup j'ai dû appeler la PASS pour dire
45 « du coup il a un problème ou pas ? », s'il n'en a pas tant mieux pour lui, mais s'il n'en a pas qu'est-ce
46 que je dois faire enfin comment je lui dis ? Et du coup ce n'est pas évident non plus enfin on a pas les
47 compétences pour ça quoi.
48 M2 : parce que c'est l'utilisateur qui t'avait demandé ?
49 B2 : ben ouais il avait reçu un courrier et du coup je pense que c'était très compliqué de lire, et moi je
50 l'ai regardé, j'étais là « je ne sais pas lire ça, désolé » et comme il n'avait pas de droit, je pouvais pas
51 l'envoyer vers un médecin traitant pour qu'il prenne le temps avec lui et en même temps si ça dure
52 30 secondes, ça ne vaut pas la peine pour le médecin et pour lui, du coup je lui ai demandé si je

1 pouvais appeler l'hôpital pour savoir enfin pour avoir les résultats et il m'a OK. Mais pareil c'est un
2 peu gênant de savoir...

3 B3 : Ben moi pareil j'ai une personne qui vient juste d'arriver, qui a fait sa radio des poumons et qui
4 me demande si j'ai reçu les résultats. Et du coup, ben je lui réponds, « ben non c'est toi qui vas les
5 recevoir, si tu veux je pourrai te l'expliquer, mais c'est toi qui va les recevoir personnellement ». « Ha
6 bon mais ce n'est pas à toi qu'elle écrit l'infirmière ? » Comme c'est nous qui avons ... Ils ont
7 l'impression que c'est nous qui allons recevoir et gérer les trucs et du coup c'est rigolo. Donc c'est
8 bien de la mettre un petit peu au cœur de la prise en charge.

9 M2 : OK. Est ce qu'il y a quelques choses à ajouter Merci. Du coup nous allons pouvoir répondre à vos
10 questions si vous voulez.

11 B3 : et du coup l'autre CADA, parce que ça nous intéresse, c'est plus eux, qui font les entretiens que la
12 santé et tout ? C'était ça la différence que vous aviez notée ?

13 M2 : C'était euh... je sais plus, le chef de service je pense, mais ils avaient l'air d'être plus confrontés
14 au dépistage, aux résultats, aux retours, ils étaient souvent mis dans la confiance et euh... ils avaient
15 plus de difficulté face à ça.

16 B3 : C'est vrai que souvent on a une posture où peut-être aussi, on les pousse à faire ça tout seul. Par
17 exemple ce matin j'ai accompagné un monsieur à la PASS justement, et du coup je lui ai montré où
18 c'était, comment on s'enregistrait, où est ce qu'on attendait, je suis allée dire bonjour à *****, je
19 les ai présentés, et je m'en vais et après tu fais ton truc, tu rentres chez toi et après si tu veux tu me
20 diras pour ton prochain rendez-vous ou pas, c'est à toi, ça t'appartient. Et du coup, on le présente
21 comme ça dans notre façon de faire, on met en connexion et on s'en va, on ne reste pas.

22 B2 : je pense que ça dépend de chacun, je ne pense pas que ça soit la structure qui te dirige dans ça,
23 je pense que c'est toi en tant que professionnel, comment tu...

24 B3 : mais comme on en discute, on harmonise nos pratiques, ben par ce qu'on est trois et qu'on en
25 discute, on fait à peu près pareil, y'en a pas une qui fait un truc différent.

26 B2 : mais par exemple, ce n'est pas pour défendre notre structure, pour moi ce n'est pas une pratique
27 de cette structure.

28 B3 : tout le monde ne fait pas ça ?

29 B2 : non enfin moi...

30 B3 : Ça pourrait être une posture en disant nous on accompagne, en disant... par ce que la personne
31 nous demande, d'être plus là-dedans.

32 B2 : En Isère s'était vraiment. Vraiment j'ai été dans toutes les structures de l'Isère X (*pour ne pas dire
33 le nom*), c'était vraiment le « laisser aller », moins de l'accompagnement, même pour montrer le
34 trajet.

35 B3 : Ah ouais tu vois, alors moi c'est l'inverse car plusieurs fois on m'a demandé si j'étais du CADA X,
36 ça m'a fait rigoler, mais en fait on est plus « c'est là-bas, allez-y » ... Peut-être aussi c'est une posture...
37 je sais pas si ça nous appartient un peu, ou si au contraire il y a une prise en compte et en charge un
38 peu différente, parce que mine de rien, il n'y a pas très longtemps qu'on est ouvert, et on a pas
39 vraiment croisé beaucoup nos fonctionnements avec d'autres CADA, c'est pour ça que ça
40 m'intéressait de savoir un peu ... parce qu'on sait jamais si ce qu'on fait est le plus optimum pour les
41 gens, donc c'est bien de comparer aussi, pour ce dire « ah ben tiens, ça, ça pourrait être intéressant »
42 qu'on est pas bon la dessus et qu'on pourrait être plus présent ou pour quoi ? c'est plus dans ce sens-
43 là.

44

ENTRETIEN n°3 (08/12/22)

45 M3 : C'est quoi pour vous le dépistage de l'hépatite B systématique, proposé aux migrants ?

46 C2 : Moi du coup, c'est des choses sur lesquelles, nous on parle beaucoup, on a cette mission aussi
47 d'accompagner les gens dans l'accès aux soins, il est vrai que on, moi, pour moi, le dépistage sous
48 quelque forme qu'il soit c'est bien mais eu.... On entend beaucoup « hépatite », et du coup au-delà

1 de ça, je sais pas vraiment les tenants et tous les aboutissants voilà de ça, c'est à dire le côté un peu
2 médical, le côté qu'est-ce que ça implique, je trouve que des fois c'est un peu compliqué parce que
3 nous on a pas forcément ces informations-là, à moins qu'on s'y intéresse ou qu'on ait eu à un
4 moment donné à suivre quelqu'un qui a eu ce genre de pathologie. Nous, enfin moi, je le vois par le
5 prisme administratif, « Ah ben du coup c'est peut-être une pathologie, il y a peut-être quelque chose
6 en lien avec l'administratif qui pourrait être fait, en lien avec la préfecture, en lien avec les soins,
7 voilà, mais par contre vraiment le sens que ça a je ne l'ai pas.

8 **M3 : Qu'est-ce que tu entends par administratif du coup ?**

9 C2 : C'est à dire, que nous la pathologie souvent on recherche toujours le, enfin vous me comprenez
10 je pense les filles. On est toujours dans un truc où on se dit : ben il y a plusieurs motifs pour du coup
11 accéder au séjour en France et notamment la demande d'asile, c'est un parcours assez long et très,
12 très, très difficile, et du coup des fois on a d'autres biais, par exemple des titres de séjours étrangers
13 malades qui peuvent faire accéder à, je veux dire la légalité sur le territoire, mais en soit hépatite etc
14 enfin on entend beaucoup nous des personnes qui ont ce genre de maladies et qui des fois accèdent
15 à un titre de séjour par rapport à ça, qui ont un suivi médical, mais la maladie, la pathologie à
16 proprement parler, je sais pas tout ça, donc du coup c'est vrai, je sais pas trop, j'ai une représentation
17 mais j'en sais pas plus.

18 **M3 : Et là, la représentation du coup du dépistage de l'hépatite B ?**

19 C2 : Hé ben je me dis que si déjà pour les personnes quand elles arrivent c'est quelque chose, où l'on
20 met un accent dessus c'est que ça doit être super important et peut être aussi dangereux, donc
21 accompagner les gens là-dedans oui, mais on a jamais eu par exemple beaucoup d'informations à ce
22 sujet-là. Donc je, c'est important le dépistage mais j'ai pas plus d'info, je, si je demande à mes
23 collègues infirmières etc, oui on peut échanger, mais ouais c'est peut-être ces infos que j'ai pas, et je
24 me dis oui c'est sûr c'est important quoi, mais pas plus. Je sais pas ce que vous en pensez les filles, si
25 vous avez les mêmes ?

26 C3 : Moi c'est par réflexe, c'est à dire ben quand les personnes elles arrivent on les envoie vers un
27 médecin qui va faire la visite d'accueil d'entrée et euh... En fait je me dis c'est le médecin qui gère
28 quoi, et je sais pas j'ai pas le réflexe de me dire est-ce qu'il a bien fait euh... le dépistage de l'hépatite
29 B, en fait de temps en temps on voit qu'ils sont orientés vers l'hôpital, on se dit bon ben c'est qu'il y a
30 un problème, mais on sait pas trop, on est pas trop au courant, et puis c'est vrai que quand ils nous
31 montrent, parce que souvent ils arrivent avec leurs analyses de sang, ils nous montrent « alors
32 hépatite B positif et tout ? » et je sais que c'est hyper compliqué, savoir s'ils ont été vaccinés, pas
33 vaccinés, enfin je maîtrise pas du tout quoi, du coup ça c'est difficile pour nous par ce qu'ils viennent
34 vers nous, bon moi je renvoie vers le médecin, mais voilà, et... Ouais après ils sont orientés vers le Dr
35 X, on se dit bon ben il doit y avoir un problème, bon ben voilà mais ouais c'est pas quelque chose,
36 ouais je sais pas ça fait pas partie des trucs que je check à l'entrée quoi, enfin je laisse la
37 responsabilité au médecin de le faire ou quoi, donc j'imagine, franchement j'ai l'impression qu'ils le
38 font toujours systématiquement, même les médecins Voilà et c'est plutôt le fait d'interpréter les
39 résultats qui sont..., les gens ils attendent de nous et que moi je dis non là moi là j'interprète pas de
40 résultat quoi.

41 **M3 : Donc ta représentation du dépistage, c'est que c'est quelque chose qui est fait en dehors du
42 CADA par les médecins.**

43 C3 : Voilà ouais, et plutôt de la responsabilité des médecins. Et moi je participe entre guillemets parce
44 que j'oriente la personne vers du coup un médecin pour la visite d'entrée. Après je me dit c'est le
45 médecin qui gère quoi.

46 C2 : C'est vrai que ouais ça c'est assez, pas cloisonné, mais comme des fois on a pas forcément,
47 toutes, on oriente vers le médecin et on sait que lui il fera ce qu'il faut du coup on est juste un biais
48 quoi, et on se dit ben c'est des personnes forcément en fait il y a une batterie de tests, de dépistages,
49 de trucs comme ça à faire et puis je pense que ça sera fait. Et il est vrai que quand les personnes
50 arrivent on est pas orienté nous médical ou... On est vraiment sur des choses liées à la première
51 raison, la demande d'asile, et nous le médical c'est un biais et je trouve que le fait qu'il y ait une
52 infirmière aussi, moi en tout cas ça a changé ma pratique, parce que maintenant, c'est pas que je

1 cloisonne, mais tout de suite j'oriente vers une personne qui pourra donner ces réponses-là, ou qui
2 pourra lui ouvrir d'autres portes à l'extérieur comme l'hôpital etc.... c'est plus simple.

3 C1 : Alors moi pour ce qui est dépistage, ça fait partie d'un, ben voilà quand les gens arrivent
4 effectivement tous ces dépistages c'est quelque chose qui doit être fait. Que ce soit à la PASS, s'il y a
5 pas de droits et qu'il y a des situations en gros problématiques ou après attendre pour que les droits
6 soient ouverts pour basculer sur les généralistes. Et c'est vrai que les généralistes avec lesquels on
7 travaille, en générale ils prescrivent toujours ces batteries de tests. Après moi je regarde quand
8 même, enfin je demande aux personnes s'il y a des examens qui ont été faits avant leur arrivée ici, si
9 ça a été fait ailleurs, et euh... Pour le premier rendez-vous moi je, le médecin l'explique, enfin
10 j'imagine que le médecin généraliste l'explique forcément, que ce soit au cabinet ou à la PASS, et leur
11 dire tout simplement qu'il va y avoir une batterie de prises de sang, des tests, des dépistages et que
12 c'est vraiment, c'est avant tout de la prévention, que ça soit pour l'hépatite B ou pour d'autres
13 examens, parce qu'ils y a des gens, moins qu'il y a un moment, il y a entre des personnes qui posent
14 des questions par rapport à ces prises de sang « mais on m'a déjà pris du sang, on va m'en
15 reprendre, qu'est-ce que c'est ? Je veux pas » je me dis que si d'aborder le sujet avant que la
16 personne aille chez le médecin, si la personne déjà elle est bloquée avant d'aller chez le médecin ça
17 permet de discuter de voir et si ça passe pas que ça soit expliqué par une infirmière, qui peut avec le
18 côté un peu médical l'expliquer un petit peu mieux pour que la personne accepte si elle est d'accord.
19 Voilà pour moi c'est avant tout de la prévention.

20 M3 : OK

21 C4 : Alors moi, je, l'aspect, ma représentation par rapport au dépistage de l'hépatite B, euh... Alors ce
22 qu'il faut savoir c'est que déjà moi j'interviens que, je ne connais que les personnes qui ont un
23 parcours de santé complexe, déjà au départ, donc finalement le dépistage, j'arrive euh... bien après
24 dans la prise en charge des patients, je sais même pas si l'hépatite B c'est obligatoire, enfin le
25 dépistage de l'hépatite B est obligatoire ou pas pour les primo-arrivant. Heu... J'en ai quelques idées,
26 voilà, je sais que c'est une prise de sang, qu'il faut faire plusieurs examens pour voir s'il y a une
27 infection, si elle est latente, si elle est ancienne, ou si elle est active. En principe si elle est active on le
28 sait plus rapidement, heu... mais j'en sais pas plus que ça, finalement moi je suis pas tellement
29 amenée à rencontrer des gens qu'on dépiste, mais plutôt qu'on a dépisté, et du coup là je connais un
30 peu mieux tout ce qui est traitement et la suite, ce que tu disais par rapport à tout ce qui est
31 administratif, moi je vais organiser les soins, parce que je fais pas de soins donc euh... appeler les
32 infirmières libérales si la personne elle doit avoir des injections ou des examens. Selon si elle est
33 suivie sur Chambéry ou plutôt sur Grenoble, pour l'hépatite, enfin je sais qu'il y a un pôle hépatite
34 aussi à Chambéry. Mais euh... globalement j'arrive plus tard dans la prise en charge du patient, donc
35 le traitement ou pas, parce que des fois ils sont pas traités. Je sais que le dépistage de l'hépatite B il
36 est remboursé chez les personnes demandeurs d'asile et il me semble qu'il ne l'est pas
37 systématiquement chez les personnes qui sont pas demandeur d'asile ou non migrant et qu'il ne l'est
38 pas complètement, enfin c'est pas le même remboursement pour une personne qui n'est pas
39 migrante, et c'est pour ça que c'est plutôt pris en charge sur l'espace de santé publique ou à la PASS.
40 Voilà, je suis pas des masses informée sur les dépistages de manière générale des primo-arrivants
41 alors que je me rends compte que c'est vraiment quand même quelque chose que je devrais savoir,
42 parce que là oui si j'avais une checklist est-ce que la personne a été dépistée ? Mais c'est vrai comme
43 tu disais on fait vachement confiance aux médecins avec lesquels on travaille. Et en fait ils assurent,
44 donc on sait que s'il y a quelque chose. (C3 : complètement !) Moi je reçois des mails « Monsisra »
45 ben voilà ce monsieur je lui ai fait je crois c'est l'interféron, ben ça revient tel ou tel résultat, il faut
46 l'orienter sur tel ou tel service, ça marche bien ici en tout cas.

47 C2 : Mais il y a une pratique qui a changé moi je trouve, du coup avant, après je dis avant comme si, il
48 y a pas 5 ans quoi, je sais pas ce que vous en pensez. Enfin moi ça fait que, ça fait un an et demi que
49 je suis là, et euh... J'avais suivi des personnes en structure et hors structures, avant c'était
50 systématique cette visite médicale qu'il y avait quand les personnes arrivaient.

51 C1 : A la PASS ?

52 C2 : oui à la PASS et du coup y'avait cette notion de dépistage etc, et nous on a eu une vague à un

1 moment donné, notamment l'année dernière moi quand je suis revenue sur le service, où hé ben en
2 fait il fallait orienter sur ce genre de visite que les personnes qui avaient déjà des pathologies ou
3 quelque chose donc du coup, nous le réflexe aussi c'était de se dire : ils sont surchargés, on va pas
4 aller non plus, il faut vraiment qu'on sélectionne et du coup après nous on a un bon lien avec nos
5 collègues de la PASS et on sait qu'elles sont tout le temps à fond et que vraiment elles peuvent
6 trouver le moyen de voir certaines personnes, mais nous on commençait à orienter un peu les
7 urgences, et du coup je pense qu'en terme de prévention, nous on était plus trop dedans. Parce que
8 du coup, il y a pleins de personnes primo-arrivantes qui n'ont pas été vues. Là ça revient, ça revient
9 un peu, mais nous, enfin moi je garde ce réflexe de dire, si la personne ne s'est pas plainte je vais pas
10 l'envoyer forcément vers la visite systématique, voilà et ça c'est une pratique qui change et je trouve
11 qu'il y a un peu, c'est compliqué quoi, que ce soit les hépatites ou d'autres maladies. Des fois nous on
12 a des personnes, qui justement, c'est lors de cette visite médical d'accueil que du coup il y a des
13 pathologies médicales sérieuses qui sont avérées quoi, qu'on voit.

14 C1 : S'il y a pas de pathologie sérieuse quand ils arrivent et qu'effectivement on prend plus de rendez-
15 vous à la PASS systématique, ben ça repousse le rendez-vous chez le généraliste de deux ou trois ou
16 quatre mois...

17 C2 : ben ouaiiis

18 C4 : et à ce moment-là en plus comme on a pas toute la connaissance de l'hépatite, de la manière
19 dont elle agit sur le corps de la personne, on peut être inquiet, on peut se dire « ah mince ça fait
20 quatre mois qu'en fait elle est en contact avec des gens, en fait elle a dormi avec quelqu'un dans la
21 même chambre »

22 C2 : mais voilà elle a dormi aussi dans la même chambre avec quelqu'un et il y avait un truc qui était,
23 enfin qui est toujours bien, c'était quand ils avaient cette visite et ben du coup les personnes avaient
24 un compte-rendu complet des examens qui avaient été faits, de comment elles sont etc, et vraiment
25 tout un compte-rendu et nous ça facilitait beaucoup le lien avec le généraliste derrière, parce que du
26 coup les généralistes ils étaient plus dans ce que je trouve tu as bien relevé la dernière fois, parce que
27 nous on le voit mais on n'en parle pas forcément, c'est ce truc de rester un heure et demi avec une
28 personne qui n'est peut-être pas francophone et tout et d'investiguer sur des choses qu'elle a fait
29 avant, « Est-ce qu'elle ? », « quels examens ? » « Quels machins ? » « À quel moment ? » Et c'était
30 quelque chose qui ...

31 C4 : tu parles de madame S ?

32 C2 : pas forcément, je parle de façon générale, parce qu'il y a pleins d'autres personnes. Je ne dis plus
33 que cette visite médicale n'existe pas, elle est, c'est révolu ce temps-là. Je dis que des fois qu'il y en a
34 de moins en moins, selon aussi les réalités des hôpitaux et des services quoi... donc euh... c'est un
35 peu dommage que des fois on passe à côté de ça.

36 C1 : parce que les personnes qui arrivent avec des droits sont assez rares quand même.

37 C2 : A ouais très, très rare.

38 M3 : Qui arrive avec les droits ? Qu'est-ce que ?

39 C1 : L'assurance maladie

40 M3 : oui

41 C2 : il y a eu cette réforme aussi qui nous a mis dedans. Les 3 mois de carences là...

42 C3 : c'est vrai que quand ils étaient pris en charge par la PASS systématiquement, quand il y avait une
43 pathologie ils étaient sur place en fait et euh... DR X était du service et donc c'était plus facile quoi.
44 Alors que si c'est (nom de la ville d'à cotée où se trouve le cabinet de médecine générale) qui les
45 envoie ben voilà.

46 M3 : Et par rapport, enfin du côté du patient, vous avez l'impression que ça a changé quelque chose
47 cette pratique ? Comment vous vous sentiez avant... Le fait qu'il allaient directement... ?

48 C3 : non ça les inquiète pas.

49 C2 : Après ça dépend parce que nous on a des personnes je sais pas, moi je vois des personnes qui
50 des fois arrivent et sont ultra en demande mais médicales plus plus, que ce soit sur le dépistage ou
51 sur tout. Elles arrivent tout de suite avec ce truc de « j'ai la goutte au nez, tout de suite je veux voir le
52 médecin » et cetera... Et avant comme c'était systématique cette visite, du coup en fait euh... il

1 temporisait le médecin, quand ils allaient à la PASS, et disaient « bon ça va ça va, on a fait toute la
2 batterie de test, de machin et tout, ça va ». Mais maintenant comme elles voient... enfin y'a certaines
3 personnes qui vont très mal mais du coup on les entend pas, on les voit pas, quand elles sont
4 malades elles vont au point santé là, à l'espace solidarité et du coup elles ont pas de droits donc un
5 bout de Doliprane, un bout de trucs et elles restent comme ça pendant trois quatre mois, et elles
6 s'inquiètent. Et les autres qui sont en demandes sont inquiètes, mais celles qui du coup sont pas en
7 demande elles sont pas inquiètes, mais du coup elles encaissent le coup le jour où on leur dit vous
8 avez une hépatite, un machin, un truc, parce que c'est là que hein...
9 C4 : D'où l'intérêt de savoir, qu'est-ce qu'il y a à dépister euh... Et comment et que ça soit presque un
10 automatisme.
11 C2 : Complémentent
12 C4 : tu vois comme tu disais « moi ça fait pas partie forcément de ma check-list », ni moi d'ailleurs et
13 du coup qu'on se dise « ah ouais mais attends quand même là, il y a eu un oubli »
14 C2 : Y'a quand même pas ... enfin je connais pas le pourcentage, « hépatites » moi j'entends
15 beaucoup quand même, j'entends beaucoup « hépatite ».
16 C4 : Mais y'a quand même des choses aussi qu'on cherche pas à savoir, peut-être que ça a été
17 dépisté, mais comment on a pas cherché à savoir, ça se trouve ça a été fait.
18 C2 : c'est vrai...
19 C4 : Ça se trouve sur Grenoble, ils ont quand même souvent des consultes
20 C2 : ouais.
21 C4 : avant d'arriver ici, souvent ils voient des médecins sur Grenoble, et même parfois tu te rends
22 compte qu'ils ont été vaccinés et ils ont pas de carnet de vaccination parce qu'ils l'ont perdu ou qu'ils
23 pensaient que c'était un papier qui euh... Assez banal, ils l'ont jeté.
24 M3 : Quand tu dis sur Grenoble, tu entends via l'OFII ?
25 C4 : ouais
26 C1 : ou via la PASS de Grenoble, y'en a qui...
27 C4 : oui via la PASS de Grenoble
28 C2 : Parce qu'ils sont dans un petit centre de transit avant d'arriver ici.
29 C4 : ou parfois des généralistes sur Grenoble ouais. Moi là ça m'est arrivé récemment, on pensait qu'il
30 avait une hépatite.
31 C2 : oui, oui exacte (en signe d'acquiescement)
32 C4 : Et en fait il a refait une prise de sang et en fait il a été vacciné.
33 C2 : Pourtant c'est quelqu'un qui euh... ça fait longtemps qu'il est là, et du coup il est vrai que voilà, il
34 a fallu faire ça.
35 C4 : Et lui c'est totalement un hasard, par ce que du coup il avait été orienté sur le centre de santé la
36 CPAM, je sais pas si vous connaissez ? Mais sans doute. Nous on aime bien parce qu'ils font pleins
37 d'exams. Il regarde les yeux, ils écoutent le cœur, ils font pleins de prises de sang, un ECBU...
38 C2 : hé ben on se sert de ça maintenant des fois, pour certaines personnes, on se sert de ça des fois à
39 la place de cette VME, on se dit bon ben elles vont aller go go go sur le centre d'exams et puis
40 après...
41 C4 : franchement en 2 heures ils ont un livret comme ça (*montre avec ces mains l'épaisseur*
42 *importante*). Tu sais s'ils ont des problèmes de vue, des problèmes d'ouïe, des problèmes cardiaques,
43 il y'a un ECG qui est fait...
44 C2 : exacte.
45 C4 : Ça balaye quoi
46 M3 : Et c'est fait à quel moment de leur arrivé ?
47 C4 : Quand ils ont des droits.
48 C2 : Par contre quand ils ont des droits ouais, surtout prioritairement, pour les personnes qui ont la
49 CSS.
50 C4 : Après on oriente surtout des francophones là-bas, parce qu'ils n'ont pas de moyen
51 d'interprétariat, donc déjà malheureusement ça sélectionne quand même, ils n'ont pas tous les
52 mêmes chances, on va dire. Fonction déjà de s'ils sont francophones, anglophones aussi...

1 M3 : oui et donc tu dis c'est génial ? C'est génial pour vous parce que ça rassure ?
2 C4 : Même pour les patients en fait, parce qu'on oriente évidemment ceux qui ont des plaintes, euh...
3 voilà si moi par exemple je sais pas, je m'aperçois que ce monsieur il est comme ça (mime en plissant
4 les yeux) en train de regarder, il a du mal à voir, et ben je me dis que ça va être beaucoup plus rapide
5 de l'orienter sur la CPAM, qui fait un bilan de santé complet, que de chercher à avoir une ordonnance
6 d'ophtalmo, un rendez-vous ophtalmo, ça va prendre 6 mois (C2 : ouais.... en signe d'acquiescement),
7 et bon après je pense que peut-être pour l'instant ça fonctionne bien donc on a des rendez-vous
8 rapide, mais si on envoie trop de monde, peut-être qu'après ça va être plus long, mais pour l'instant,
9 ouais moi je trouve ça génial, parce que du coup euh... on a quand même des infos sur la santé du
10 patient et en plus ça vient répondre aussi aux attentes de certains de nos résidents, parce qu'ils sont
11 dans la demande, eux, d'avoir une prise en charge sur certaines difficultés qu'ils ont, problèmes de
12 vue, problèmes d'ouïe, problèmes de...
13 C1 : ils ressortent pas du bilan de santé avec une ordonnance pour pouvoir aller chercher des
14 lunettes, mais ça permet d'avoir un rendez-vous plus rapide chez l'ophtalmo si on montre qu'il y a un
15 dixième à chaque œil.
16 C3 : oui ouais ils ont des tests...
17 C4 : et même pour les généralistes
18 C1 : oui pour le généraliste, ils envoient les résultats au généraliste donc le généraliste ...
19 C2 : C'est vrai qu'on a un public spécifique, on a des demandes aussi euh... et un rapport aussi avec
20 le soin qui est tout de suite, c'est à dire il faut vraiment que la personne elle soit ... il y a beaucoup de
21 gens qui sont dans des demandes, de la sur demande on va dire, et on a des personnes, d'autres
22 personnes, qui du coup vont jamais chez le médecin quoi, ou elles sont jamais aller chez elles parce
23 que peut-être c'était cher, peut-être c'était ci, et du coup ben euh... quand on les oriente sur les
24 généralistes, nous, en tout cas moi je suis contente de travailler sur ce secteur, parce que je sais qu'on
25 a un cabinet qui est quand même euh... qui prend en compte, je veux dire, la spécificité de notre
26 public et ça je sais que dans d'autres endroits c'est pas trop le cas, surtout en ville, beaucoup de
27 médecins où il y a certaines personnes qu'ils veulent pas recevoir, comme je disais l'autre jour « oui
28 mais prenez-la s'il vous plaît, elle ne va pas vous solliciter beaucoup » ou « avant on va faire le lien
29 ensemble pour vous dire à quel moment... »
30 C4 : Il faut justifier
31 C2 : ouais pour pas qu'elle dérange trop mais du coup par contre la spécificité de la personne, le fait
32 qu'elle vienne d'un autre pays, que ci que ça, c'est moins pris en compte et du coup je sais pas si le
33 dépistage il est fait.
34 M3 : Parce que vous concrètement votre accompagnement il va jusqu'à où dans le soin ?
35 C2 : C4, moi je trouve que ça a changé la donne ta présence ici, moi en tout cas, travailler avec toi ça a
36 changé la donne, parce que du coup avant on y allait quoi, enfin moi j'y allais quoi, jusqu'à la
37 demande, enfin jusqu'au bout parce que du coup en fait il y a le médecin et du coup les seules
38 personnes qui peuvent accompagner... Nous on est dans l'accompagnement social globale, donc ça
39 veut dire que ça englobe le médical, l'accès aux soins plus plus, ça c'est super important. Et du coup
40 maintenant qu'on a une infirmière de coordination, je trouve que ça s'arrête au moment où la
41 situation commence à se complexifier, là où commence à se spécifier, là c'est plus, on passe le relais à
42 C4.
43 C3 : Après concrètement, moi je fais très attention prendre le premier rendez-vous de VME, visite
44 médicale d'entrée de l'OFII. Et lors de ce premier rendez-vous il y a toujours une batterie de chose à
45 faire, la radio, la prise de sang, acheter le vaccin, c'est presque toujours comme ça, de temps en
46 temps il y a des testigrammes, j'ai jamais vu, compris pourquoi le monsieur il avait eu ça, enfin bref.
47 Et du coup c'est aussi à nous de veiller si les personnes elles ne reviennent pas vers nous, de bien
48 prendre les rendez-vous, en tout cas d'accompagner la personne au laboratoire, enfin qu'elle y aille
49 bien, parce que des fois le médecin, c'est pas lui qui va relancer en disant « hé ho vous avez pas fait
50 votre prise de sang », oui je trouve que ça, ça fait partie de notre job de surveiller tout ça et puis
51 après qu'ils récupèrent les résultats mais en principe les résultats sont envoyés au médecin et s'il y a
52 un soucis il nous rappelle en principe. Et euh... après quand ça devient plus compliqué, moi j'avoue

1 que je passe le relais à C4. Et après il y a des gens qui gèrent super bien, enfin j'ai un monsieur
2 francophone, qui avait l'hépatite, il s'est débrouillé tout seul, il est allé voir Dr X, je lui disais « mais là
3 il va faire quoi ? » ben c'est lui qui m'expliquait ce qui allait se passer, « bon ben si vous gérez, tout va
4 bien »
5 C4 : et d'autres...
6 C3 : et d'autres qui gèrent pas, qui vont voir C4 3h toutes les semaines.
7 C4 : ouais
8 **M3 : pour l'hépatite ?**
9 C4 : entre autres ... Il y avait des psycho traumatismes en plus... Qui avait une hépatite traitée, elle
10 avait pas qu'une hépatite B, elle avait aussi une hépatite delta quand même donc... les 3h c'était le
11 dossier MDPH.
12 **M3 : Mais du coup est-ce que vous avez une expérience vécue, un accompagnement à raconter, celui
13 qui vous a marqué ou que vous avez vécu dernièrement dans le dépistage ?**
14 C1 : Par rapport au dépistage, ben c'est celui dont je parlais tout à l'heure, par rapport aux prises de
15 sang, c'est une situation qui doit dater peut-être de l'ouverture du PRAHDA ou à peu près...
16 C4 : est-ce que tu peux dire depuis quand ? Parce que vous m'avez demandé tout à l'heure mais je
17 savais pas ?
18 C1 : depuis 2017. Et c'est des personnes qui où les prises de sang c'était... il y en a encore quelques-
19 unes, même hier j'ai vu une dame qui même en début de grossesse disait « encore une prise de sang,
20 mais on m'en a déjà fait », je devais lui expliquer que le sang comme les cheveux ça repousse. Et au
21 début à l'ouverture il y avait vraiment des personnes qui étaient contre contre les prises de sang,
22 c'était vraiment voilà... et effectivement si c'est un dépistage avec une ou deux prises de sang à la
23 limite on arrivait à négocier, mais après voilà s'il y a une pathologie qui apparaît et qu'il fallait
24 continuer, là c'était compliqué.
25 C4 : A l'inverse y'en a d'autres, s'ils vont chez le médecin et qu'il n'y a pas une prise de sang, ils vont
26 avoir le ressentit qu'on s'est pas occupé d'eux.
27 C2 : à ouais ouais ouais....
28 C4 : une prise de sang ou un autre examen, si on a juste parlé avec le médecin, on a pas traité mon
29 problème.
30 C2 : Mais sur la dame qui était là, que ton suivi C3 avant ? Elle s'était déjà dans son pays, cette dame
31 je l'ai vu qu'après, avant qu'elle sorte, du coup elle s'est faite dépister ici ? Et c'est là qu'elle a su pour
32 sa maladie ou... ?
33 C4 : Moi je peux pas te dire, parce que tu m'as interpellé pour cette dame, elle était déjà
34 diagnostiquée.
35 Je pense que c'est pas ici. Ça n'a jamais été traité au pays.
36 C3 : Elle avait déjà des examens et tout, des comptes rendus de l'hôpital et tout
37 C2 : donc oui c'était déjà... d'accord. Et toi aussi C1 tu avais le monsieur là , il avait une hépatite
38 aussi ? Et lui c'était déjà aussi.
39 C1 : ouais, mais par contre il l'avait su quand il a été dépisté en France, pas à Chambéry, mais voilà
40 c'est lors du dépistage que ça a été découvert.
41 C3 : ben ouais comme mon monsieur X francophone, hyper autonome.
42 C1 : Et là il y a un monsieur qui est arrivé, qui avait déjà été soigné au pays et c'est en France
43 récemment, pas ça Chambéry, mais dans une autre ville, on lui a fait des examens et il pensait qu'il
44 avait une gastro et on lui a dit non c'est pas la gastro, c'est votre cancer du foie qui revient. Ce n'était
45 pas un dépistage à proprement parler, parce que c'est lui qui est allé aux urgences, mais ça aurait pu
46 être retrouvé dans le cadre d'un dépistage avec des prises de sang traditionnelles du dépistage.
47 **M3 : et du coup par rapport à la situation dont tu parlais tout à l'heure, qui s'était passé il y a 5 ans.
48 Du coup dans quelle situation ça t'a mise ? Comment tu t'es... ?**
49 C1 : Simplement le fait d'arriver à l'expliquer. Voilà d'expliquer de pouvoir, de montrer des vidéos
50 « c'est la vie » ou d'autre vidéos, voilà de l'expliquer simplement et qu'est-ce que ça représente aussi
51 pour une personne de se faire prendre du sang. Est-ce que c'est parce qu'on a jamais vu une aiguille
52 de sa vie ? Est-ce que c'est religieux ? D'où vient cette crainte ?

1 C2 : C'est ça c'est l'information qui fait que, des fois quand on est pas en contact direct, qu'on
2 accompagne pas les gens au rendez-vous, quand on est pas dans ce suivi à proprement parler,
3 physique de proximité, une fois... Moi l'hépatite vraiment j'avais pas, comme je l'entends beaucoup
4 maintenant, mais avant j'avais moins cette, j'entendais moins. Et du coup je me rappelle j'avais
5 accompagné une personne à la PASS, et du coup on avait su, c'était pour un monsieur, il était avec, il
6 vivait, il avait une femme et des enfants et en fait lui il comprenait pas, voilà au niveau de l'hépatite,
7 je saurai pas dire exactement mais voilà c'était une hépatite et du coup nous on a demandé
8 beaucoup beaucoup, beaucoup, enfin moi j'ai posé beaucoup de questions à l'infirmière de la PASS,
9 qui du coup a bien réexpliqué, car il y a aussi cette barrière de la langue, mais j'étais pas rassurée moi
10 en tout cas, en expliquant au monsieur, car du coup je me dis, est ce qu'il va comprendre etc Mais
11 c'est vrai qu'avoir ces informations, enfin plus d'informations être plus informé en amont ça pourrait
12 important.

13 **M3 : Tu n'étais pas rassuré pour qui ?**

14 C2 : Pas rassuré par rapport au fait que j'avais pas assez d'informations pour pouvoir répondre aux
15 questions du monsieur, parce qu'il y avait une barrière de la langue et qu'il ne comprenait pas
16 forcément le médecin et la pathologie qu'il avait et ce qu'il avait fait, il y a eu des examens, il avait
17 une hépatite et du coup lui il savait pas, et après en fait on a découvert qu'il y avait eu des choses
18 dans son pays et dans d'autres pays il y avait eu de la prévention, des choses faites avant mais que du
19 coup pour lui dire « ah ben c'est ce que tu as eu là-bas, parce qu'en fait c'est comme ça, comme ça »
20 ben avec la barrière de la langue et cetera c'est compliqué... voilà le manque d'informations.

21 C3 : Moi un truc qui m'a fait un peu paniquer, c'est le monsieur, là dont je parlais, qui a été dépisté, je
22 crois que c'était ici ou à Paris, j'ai un doute, soit ici soit à Paris, et du coup quand j'ai su ça j'étais
23 hyper inquiète pour sa femme, parce que je me disais « mince il lui a refilé et tout et tout » et puis je
24 me posais pleins de questions, j'avais beau poser pleins de questions à l'infirmière « Est ce qu'il lui a
25 filé ? Comment on va faire ? » Et du coup la relation du couple parce qu'en plus ils étaient déjà en
26 conflit (*ouais c'est vrai, acquiescement de C1 et C2*) tu vois j'avais trop peur et du coup ça m'avait un
27 peu stressé avec tout ça, le conflit entre eux deux, plus ça qui se rajoutait, et puis après j'avais eu
28 l'infirmière de la PASS, qui m'avait dit « t'inquiète pas, elle l'a pas et on va la vacciner après tout ira
29 bien il pourra pas lui ... », j'avais dit « Ah ben c'est bon, tout va bien ». Tu sais ça m'avait interpellé en
30 me disant

31 C2 : ouais les infirmières de la PASS

32 C4 : ouais mais du coup c'est plus sur le manque d'informations qu'on peut avoir sur la maladie... ?

33 C3 : ouais

34 C2 : ouais c'est ça

35 C3 : et pareil après il faisait ces examens, euh... il était en pleine forme, on sait pas trop, après c'est
36 peut-être pas votre sujet, mais on sait pas trop comment ça va évoluer tout ça, nous on a quand
37 même l'alarme, le warning, on va pas vous le cacher, warning demande de titre de séjours, étrangers
38 malades...

39 C2 : Parce qu'il y a des échéances aussi

40 C3 : et du coup il y a ces échéances et du coup c'est pas très joli mais ça fait une sorte d'espoir
41 administrativement comme disait C1, enfin moi je trouve que ça fait quand même...

42 **M3 : Le fait d'avoir l'hépatite B est un espoir d'avoir le titre étranger malades ?**

43 C2 : oui !

44 C1 : Dans certains pays, si ça ne peut pas être soigné dans le pays d'origine

45 C3 : Pas toujours je crois mais en tout cas...

46 C4 : En fait il y a des pays où le traitement est trop coûteux donc les personnes ne peuvent pas se
47 l'offrir, et du coup c'est ça qui peut faire qu'en effet ils peuvent avoir un titre de séjour.

48 C2 : Après le titre de séjour il révolutionne rien du tout, c'est juste un accès aux soins ici, voilà, ça
49 donne pas le droit à des

50 C4 : Mais quand même il y en a qui ont un titre de séjours avec droit au travail !

51 C2 : Ouais droit au travail, mais je veux dire.

52 C3 : tu vois dans la situation là il a été débouté, s'il avait son titre de séjours ça serait quand même...

1 C2 : ouais mais en termes d'autres droits je veux dire pour les personnes qui sont avec, je veux dire la
2 famille, il y a pas de droits....
3 C3 : oui oui c'est pas non plus...
4 C2 : Des personnes seules oui mais c'est quand même ouais... et il y a des échéances à respecter,
5 parce qu'il faut que les demandes elles soient sur un certain délai concomitant etc, à d'autres
6 demandes, donc en fait il faut y aller, la maladie faut qu'elle...haha, c'est un peu dommage de dire ça,
7 mais c'est vrai que nous on a une autre vision des choses.
8 C1 : Puis par rapport à.... je sais pas comment ils font dans leurs pays, si des fois on attend d'être
9 malade pour se soigner, on attend de ressentir une douleur, ou quelque chose qui n'est pas normal
10 pour se soigner. Ici ils arrivent, on leur dit « bon ben vous allez aller faire un dépistage, alors
11 dépistage ça veut dire qu'on va vous analyser pour voir si quelque chose ne va pas » et si dans leurs
12 pays on attend de voir si quelque chose ne va pas, et si là on cherche ce qui va pas, et qu'est-ce que
13 ça peut représenter ? Déjà chez nous quand on fait un dépistage ou une prévention, on se dit « mon
14 Dieu s'il y a un truc qui sort, Au secours » et eu...
15 C2 : ouais là il est vrai que y'a des personnes qui peuvent flipper car elles se disent « ohh ».
16 C1 : Moi je suis passé par là la semaine dernière, je me suis dit non mais toi tu es en mode stress plus
17 plus, et eux qui n'ont jamais vu une prise de sang de leur vie, ils sont là à attendre pour tout un tas de
18 potentielles maladies qu'ils n'ont jamais entendu parler
19 C2 : C'est la recherche qui va amener la maladie peut-être.
20 C1 : C'est un peu violent
21 M3 : Vous avez un retour que ça peut être violent alors ? Ou c'est quelque chose que tu interprètes ?
22 C1 : c'est la question que je me suis posée
23 C4 : c'est ce que tu projettes ?
24 C1 : oui c'est ce que je projette, parce que si ça se trouve ils vont faire leurs prises de sang puis ...
25 C3 : On a des tempéraments différents en fait, on a des gens super anxieux et après on a des gens
26 « hé ben oui ben c'est comme ça quoi »
27 C1 : ouai Dieu c'est Dieu qui
28 C3 : ils vont pas se stresser plus que ça (*hummmmm collectifs en signe d'acquiescement*)
29 C1 : Et on avait reçu, c'étaient les infirmières de la PASS qui étaient venues et qui nous avaient donné
30 sur notre ordinateur, on avait un dossier commun, un peu comme un drive et on a je crois une vidéo
31 sur les hépatites
32 C2 : On a des PowerPoint
33 C1 : ouai on a des PowerPoint, mais c'est je crois que la transmission, il y a sur l'hépatite et y en a un
34 autre...
35 C2 : c'est sur la tuberculose
36 C1 : oui la tuberculose, mais c'est pas sur le dépistage.
37 C3 : bon en tout cas, moi ça m'a pas...
38 C1 : Si on avait eu quand même, un peu des infos sur l'évolution de la maladie et tout, c'est vieux
39 C2 : Ouais mais c'était pas sur le dépistage en fait finalement...
40 C1 : Après quand ils arrivent il y a tellement tout qui leurs tombent dessus, et on va leur dire « bon
41 ben il y a ça, ça, ça et ça à faire », à part dire oui, il y en a pas beaucoup qui disent non, que ce soit
42 administratif, ou au niveau de la santé.
43 M3 : Ouais ça c'est quelque chose que vous partagez vous ? Vous avez l'impression que le fait qui
44 peuvent pas dire non ?
45 C2 : Y'en a pas beaucoup qui disent, ils peuvent, mais il y en a pas beaucoup qui disent...
46 C3 : Moi je dis un peu que c'est obligé, obligatoire la visite médicale d'entrée, que c'est dans tous les
47 CADA, les personnes elles ont une visite avec le médecin.
48 C2 : oui oui
49 C1 : je sais même pas si c'est pas marqué dans le contrat...
50 C3 : Ah ouais ?
51 C1 : J'ai un doute
52 C3 : Après c'est pour ça que c'est à nous de veiller si les personnes elles reviennent vers nous pour

1 faire les examens, parce qu'elles peuvent très bien aller à la visite et euh... Comme après il faut aller
2 dans un labo. Ce que je disais tout à l'heure quoi, elles peuvent très bien laisser couler et puis nous si
3 on a trop de boulot ou quoi, on peut très bien se dire bon ben. Zapper de retourner vers elle, de dire
4 « qu'est-ce qu'il a dit le docteur, est-ce que vous avez des prises de sang ? », puis après il peut très
5 bien pas me donner l'ordonnance, enfin c'est pas ...
6 C4 : Globalement ils sont quand même assez soumis.
7 C2 : Ah ben les gens ils vont, ils font les examens (*ouais brouhaha de ouais d'acquiescement*)
8 C4 : Soumis c'est pas notre souhait, mais c'est peut-être la manière dont la loi aussi française peut les
9 orienter, et je trouve que de manière générale, euh.... Ils ont quand même pas beaucoup de choix, ils
10 ont pas de choix.
11 C2 : Ouais non ils ont pas de choix, mais ils sont quand même, enfin moi je les trouve assez, ben ils
12 sont rassurés les gens, ben parce qu'ici ils vont pouvoir avoir un accès aux soins quand même. S'ils
13 font ça c'est pas... enfin c'est pour leur bien quoi...
14 C4 : oui oui
15 C1 : pour les protéger...
16 C2 : Voilà moi franchement j'ai jamais eu beaucoup de résistance par rapport à ça, j'ai toujours eu des
17 gens qui avaient besoin de se faire entre guillemets cajoler quoi, ils avaient besoin de prendre soins
18 d'eux, c'est-à-dire d'aller chez le médecin, de voir etc. Et ou ne pas, ils discutaient pas quoi, on va
19 prendre rendez-vous chez le docteur là, point.
20 C4 : Ouais
21 C3 : Mais dès fois ils peuvent être étonnés, moi je vois là les deux personnes que j'ai accueillies, elles
22 sont là depuis longtemps en France et elles comprennent pas pourquoi... Parce que quand je leur
23 demande au niveau de la santé s'il y a des soucis, « non non y'a pas de soucis » et bon on va quand
24 même prendre un rendez-vous chez le médecin et là il se regarde de se disant « pourquoi ? »
25 C2 : ah ouais le couple ?
26 C1 : Après c'est peut-être pas pareil quand selon les
27 C3 : Alors moi j'enchaîne, je fais pas tout un laïus surtout quand il parle pas français et que je dois
28 tout faire en anglais. Mais en gros j'enchaîne sur le fait qu'il y a une visite médical qui est obligatoire,
29 en CADA, et par contre je détaille pas...j'ai l'impression que C1 tu le fais plus, mais moi je détaille pas
30 sur ce qui va être fait ou pas fait...des fois j'essaie de préparer la visite en disant s'ils ont des
31 problèmes de santé, en faisant un mot au médecin pour l'aider parce que quand ils parlent pas
32 français, mais après j'avoue moi que je vais pas dans les détails de ce qui va être fait et ce que le
33 médecin va dire ...
34 C1 : Je rentre pas dans les détails non plus, après des fois il y a des personnes qui demandent, mais
35 sinon effectivement.
36 C3 : Si on leur dit prévention euh...
37 C2 : Après c'est aussi nos sensibilités, nous des fois selon les formations, selon qui on est aussi, on a
38 plutôt cet intérêt pour le médical ou ces choses-là. Mais moi je dirais c'est aussi par rapport à la
39 provenance. Parce qu'on a quand même des personnes qui viennent je dirais un petit peu d'Europe
40 là, qui en fait ces personnes-là, c'est aussi pour d'autres raisons qu'elles viennent, mais elles ont
41 quand même un accès aux soins quand elles arrivent, elles savent quelles pathologies elles ont,
42 souvent... Alors que certains pays de l'autre côté de la méditerranée où là c'est peut-être ... je pense
43 un peu là aux personnes géorgiennes, moi les géorgiens que j'ai pu connaître c'est des personnes qui
44 avaient déjà des pathologies dans leurs pays et qui sont venus ici « j'ai une hépatite j'ai ci, j'ai ça,
45 enfaîte là je viens, en l'occurrence je demande l'asile mais y'a aussi ça que je voudrais vraiment voir,
46 être traité ».
47 C4 : Sachant que je crois pour demander un titre « étranger malade » tu es obligé de passer par
48 l'asile, globalement ils sont toujours orientés vers l'asile.
49 C2 : Pas forcément, nous c'est la pratique ici,
50 C4 : On leur conseille de passer sur la demande d'asile car c'est le seul moment où tu as l'ADA en fait.
51 C2 : ouais voilà mais après quand tu as des personnes qui ont déjà... qui ont déjà...
52 C2 : Parce que la demande d'asile je pense ça te donne une régularité entre guillemets du séjour

1 C3 : ouais ça te laisse le temps de faire tes examens....
2 C4 : Parce que si t'arrives en France et que tu demandes un titre de séjour étranger malade, tu n'as
3 pas d'argent et tu n'es pas sûr d'avoir le titre
4 C2 : non non non et en plus tu sais ça met combien de temps pour avoir un titre, le temps que le
5 médecin il voit machin....
6 C4 : on est d'accord...
7 C4 : C'est ça, c'est ça, alors que si tu demandes l'asile, tu sais que tu vas pouvoir faire ta demande de
8 titre étranger malade au moyen d'un hébergement et des conditions, enfin de conditions d'accueil
9 quoi...
10 C2 : Après il y en a qui savent, par exemple le DR X, il connaît, enfin quand ça s'est mis en place la
11 concomitance au niveau de cette demande, parce qu'il y a un certain délai et qu'il faut faire les
12 demandes toutes en même temps, et ben du coup lui il disait, « ouais tu as l'hépatite, non mais là ça
13 passe pas », enfin il avait été très informé lui. Il peut dire.
14 C3 : Le monsieur là, c'est lui qui lui a dit : « si ça passe pas il faut revenir me voir, je refais un
15 certificat », enfin il a l'air d'être au courant.
16 C2 : ouais ouais ouais, il est quand même ... donc ça c'est bien qu'un médecin dise aux personnes
17 « ben voilà, vous avez telle maladie, mais je suis pas l'OFII, ni la préfecture, mais je sais que ça non... »
18 M3 : Mais c'est le médecin de toute façon qui va faire la demande d'étranger malade.
19 C2 : le côté médical oui, le certificat, parce qu'après il y a...
20 C1 : Il y a toute une batterie de documents administratifs à avoir.
21 C2 : ouais ouais déjà, les documents d'état civil, alors qu'elles sont plus en lien avec leurs pays. Voilà
22 c'est des choses, comme les justificatifs d'identité qui sont un peu compliqués.
23 C1 : Et si la demande est pas faite tout de suite, si la demande est faite plusieurs mois après l'arrivée
24 en France, il faut arriver à prouver qu'elle a été découverte à ce moment-là et que c'est pour cette
25 raison qu'on ne l'a pas déposée au départ.
26 C4 : Tu les traites ?
27 C2 : ouais parce qu'avant qu'il y ai ce délai-là...
28 C4 : les découvertes fortuites ou contaminations en cours de séjour en France.
29 C2 : ouais c'est ça, avant qu'il y ait ce délai, les gens ils passaient sur des demandes d'asiles et après
30 « Ah ben façon subsidiaire je vais aller sur un autre truc donc ça va peut-être traîner encore des
31 années et des années » et du coup, là, ils ont dit « aller on va tout faire en même temps comme
32 ça ... »
33 M3 : Donc tout à l'heure tu parlais d'obligation, mais du coup c'est une obligation qui est euh... enfin
34 tu leurs dit que c'est obligatoire ? Est-ce que c'est obligatoire ?
35 C3 : oui
36 M3 : Enfin qu'est-ce qui est obligatoire ?
37 C3 : La visite médicale, avec les médecins qui remplissent un certificat de l'OFII, en fait et après le
38 certificat les gens le gardent ou s'il y a vraiment apparemment un problème les médecins peuvent
39 l'envoyer l'OFII directement.
40 C2 : C'est obligatoire, mais c'est pas, enfin comment dire...
41 C3 : personne va mettre la personne dehors si fait pas ce....
42 C2 : il est vrai que ça s'était systématique
43 C4 : C'est obligatoire, mais pas vérifié déjà ?
44 C2 : Ah mais non, nous, enfin je m'en rappelle quand j'étais sur Chambéry, enfin au début on le
45 faisait, après en fait on peut pas, parce qu'on a pas de créneaux, après les gens arrivent et on passe
46 toute de suite au bout de 6 mois, neuf mois, on donne le formulaire au médecin traitant quoi. Mais
47 jamais l'OFII viendra nous dire « vous n'avez pas fait pour telle personne, telle personne ou telle
48 personne ». Donc heu... c'est ça qui est compliqué, c'est d'avoir aussi cette disponibilité au niveau de
49 l'hôpital ou des médecins traitant.
50 C4 : Et on sait pas par quoi c'est régi si c'est par le code de la santé public ou heu....
51 C2 : c'est pas écrit dans ? On a un genre de formulaire en fait type qu'on donne et c'est écrit. En tout
52 cas avant...

1 C1 : c'est dans ce qu'il appelle le CESEDA ?
2 C2 : je sais pas... peut-être.
3 C1 : Et c'est marqué : « à l'entrée, à faire dans les 15 jours »
4 C2 : oui ouais
5 *(hahah collectifs)*
6 C4 : En fait c'est pas obligatoire mais à faire dans les 15 jours (ton de l'humour)
7 C1 : Alors que nous on le fait 3 mois après... c'est peut-être pas obligatoire mais, en tout cas c'est ce
8 qu'on nous dit, c'est ce qui est noté, c'est ce qui...
9 C2 : Et moi je suis en train de réfléchir aux maladies à déclaration obligatoires et je ne sais même pas
10 si l'hépatite B en fait partie non plus
11 C3 : Ah ouais
12 C2 : Tu vois ? Et du coup je me dis que si c'est une maladie à déclaration obligatoire alors oui donc le
13 certificat, enfin le dépistage devrait être obligatoire, et du coup en fait tout ça moi je ne sais rien du
14 tout en fait, je me rends compte.
15 C3 : Après la liste je l'ai dans mon bureau mais de tête euh... Pfft *(moue exprimant qu'elle ne sait pas)*
16 Les 30 maladies à déclaration là je l'ai dans mon bureau la liste mais de tête euh...
17 C2 : Ah non moi je n'en connais aucune enfin j'en connais quelques-unes bien évidemment ...
18 *(Coupée par)*
19 C1 : Je ne sais pas, à une époque...
20 *(Coupée par)*
21 C2 : ... Mais je ne sais pas si l'hépatite B en est une...
22 C1 : *(reprend)* A une époque quand je bossais au CADA là à Rumilly ? *(Rire)*
23 C2 : *(en s'adressant à nous)* ... Nan ? Vous ne savez pas non plus ? *(Rire)*
24 M3 : Je ne crois pas...
25 Observatrice : Moi je crois que si... *(sans certitude)*
26 C2 : Moi je sais que quand je faisais une prise de sang - et ça, ça n'a rien à voir avec mon expérience
27 INTERMED, à quelqu'un qui avait une hépatite B, tout le monde le savait que le patient il avait une
28 hépatite B, bah parce qu'il ne fallait pas faire un accident d'exposition au sang quoi...
29 M3 : Ouais...
30 C2 : Il me semble... et puis masque et tout, enfin voilà...
31 M3 : Ouais mais entre dépistage et déclaration d'une hépatite B dont tu as connaissance, c'est deux
32 choses différentes
33 C2 : Oui mais du coup je m'étais dit que si c'est une maladie à déclaration obligatoire ça me semble
34 cohérent que le dépistage soit obligatoire, c'est ça que je voulais dire. Je ne peux pas imposer à
35 quelque de déclarer une maladie alors qu'on ne lui a pas imposé de la dépister.
36 M3 : Tu t'es déjà fait dépister pour l'hépatite b ?
37 M3 : Toi
38 C2 : Non moi je suis vaccinée, haha ! *(Rire)* Donc si, sûrement, peut-être à l'école d'infirmière, mais je
39 sais que je suis vaccinée, ouais. *(Rire)* Parce qu'il me semble que c'est obligatoire pour les
40 soignants...*(Coupée par C3 qui revient sur la liste des maladies à DO)*
41 C3 : Hépatite aigue A, infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B. Donc c'est infection
42 aigue symptomatique... Si la liste n'a pas changé depuis que je l'ai imprimée...
43 C4 : C'était en 2017
44 C2 : Mmmm...
45 C3 : Celle-là j'ai dû l'imprimer en 2017...
46 C2 : Je crois que c'est obligatoire pour les professionnels de santé la vaccination contre l'hépatite B
47 C4 : Ouais ?
48 *(Approbation des modératrice/observatrice)*
49 C2 : Donc du coup, pourquoi craindre euh... enfin faire une prise de sang ?
50 C1 : Après je ne sais pas, moi quand je suis arrivée sur les CADA - j'étais en Haute Savoie à Rumilly, on
51 envoyait systématiquement toutes les personnes au CLAT...

1 C4 : Voilà ! (*Approuve les propos de C1*)

2 C1 : (*qui poursuit*) ...C'était quelque chose de très formalisé...

3 C4 : Ouais (*approuve les propos de C1*)

4 C1 : (*qui poursuit*) ... On savait qu'il y avait dépistage tuberculose du coup pour moi c'est beaucoup

5 plus euh... Enfin j'ai beaucoup plus d'attention sur ce dépistage de tuberculose que sur l'hépatite B

6 C4 : On donne plus de sens

7 C1 : Oui on donne plus de sens plus d'importance que l'hépatite B ouais... En plus bah il y a cette

8 euh... ouais... (*ne termine pas sa phrase*)

9 C3 : Tout le monde est sur le dépistage de la gale aussi

10 M3 : (*Rire*)

11 C4 : Ouais ça c'est des opérations complexes hein

12 C3 : ça fait partie des questions quand la personne arrive en fait : « est-ce que vous avez mal à

13 droite ? à gauche ? Est-ce que ça gratte ? » Enfin moi personnellement c'est le check-up des

14 questions de base. C'est un peu intrusif... Mais ça permet, si des fois il y a des douleurs particulières,

15 des personnes qui viennent d'arriver qui n'osent pas le dire, et des fois quand on leurs pose la

16 question, le premier rendez-vous ils ne disent rien, le deuxième rendez-vous on dit « est-ce que vous

17 avez mal à droite à gauche, quelque part ? » et là, à ce moment-là quand on pose la question, ils

18 osent dire « oui, j'ai mal là, là.. » et ça permet d'avoir un rendez-vous à la PASS justement, en disant :

19 il a pas encore de droits ouverts mais il se plaint de ... (*ne termine pas sa phrase*)

20 M3 : Parce que, concrètement, vous faites l'accueil des demandeurs d'asile c'est ça ? Et dans cet

21 accueil il y a un point un peu « santé » ?

22 C4 : Il y a une gros point santé ! Je pense. (*Approbaton des autres intervenantes*) En fait on fait

23 l'accueil, le suivi qui peut durer un moment quand même, un petit peu plus d'un an selon la

24 procédure. Et du coup dès l'entrée comme disait C3, c'est assez déterminant, c'est-à-dire qu'on est

25 sur le côté un peu « procédures », mais on va dire à la personne que...on va expliquer avec nos mots

26 à nous, qu'on est sur un accompagnement vraiment social qui balaye tous les aspects de la personne,

27 notamment la santé. Et il est vrai que le premier entretien, moi je...enfin, c'est vraiment selon, je

28 pense, les personnes, (moi) je ne vais pas être forcément sur des questions un peu comme ça (*fait*

29 *références aux questions types posées par C3 lors de l'entretien d'accueil*), parce que du coup moi

30 j'suis assez axée « procédures » et peut être aussi, est-ce que la personne va bien ? je veux dire

31 niveau psy un peu... Mais après, petit à petit, à force, quand la personne elle prend confiance, bah là

32 on commence à parler de la santé, côté un peu somatique quoi.

33 C3 : Ouais, moi j'ai trop peur qu'il y en ait un qui arrive avec la gale, les punaises, les machins, les

34 trucs... Donc j'attaque ! (*Rires*)

35 C4 : Oh ils viennent hein, ils viennent avec ! De toute façon on n'a pas... (le choix)

36 C3 : Ça ne changera peut-être pas grand-chose de le savoir le jour J hein ! (*En rigolant*) C'est peut-

37 être déjà trop tard mais...

38 C4 : Nan mais c'est bien aussi de savoir ...

39 C3 : Après il y en a, effectivement, on ne les sent pas prêts pour aborder ces questions-là. Donc on

40 regarde, on balaye le côté administratif vraiment voir s'il n'y pas des dates à rater, et après, s'ils sont

41 déjà pas bien et en larmes on ne va peut-être pas attaquer tout de suite (*rire*)...

42 C4 : (*complète les propos de C3*) ... sur la santé. C'est vrai que la santé c'est quand même un gros

43 point euh... Et puis des fois c'est peut-être ça aussi... C'est par ce biais-là qu'on arrive à commencer la

44 relation de confiance avec la personne. Parce que, du coup, la personne elle vient nous dire une fois,

45 deux fois : « ça ne va pas, j'ai mal à la tête, j'ai ci j'ai ça » Et là, au bout de la deuxième fois peut-être,

46 on va commencer vraiment à insister, à rester avec et dire « ah bah, je sais ce que tu ressens ». Et on

47 va commencer à tout mettre en place pour que... Pour que ça aille quoi. Mais la santé c'est... C'est un

48 des points d'accroche des personnes.

49 C3 : Les gens qui ne vont pas bien, en principe ils ont mal de partout donc euh...

50 C4 : ah oui ! (*Appuie les propos de C3*)

51 C3 : Les gens qui ne vont pas bien ils ont mal et il se plaignent tout de suite et...

1 C4 : Ouais... Bah de toute façon elles s'installent ici, donc quand elles s'installent au bout d'une
2 semaine...

3 C1 : Oui, tout de suite on le sait

4 C3 : Il y a tout qui lâche

5 C4 : Tout, ouais

6 C3 : Comme les SDF qui sont posés dans un centre...

7 C1 : (*parlant en même temps que C3 et reprenant les propos des DA*) « J'ai trop mal à la tête, je suis
8 pas bien, je dors pas, j'ai mal là, j'ai mal là... » Du coup on fait appel à l'EMPP (*rire*)

9 C4 : Ouais... Après C2 tu le vois aussi toi. Enfin je ne sais pas, je sens quand même que tu as un
10 rapport privilégié toi avec les personnes, c'est-à-dire que la santé quand même les gens après ils
11 sont... Ils sont contents, ils sont reconnaissants... Je ne sais pas comment dire.

12 (*Approbatons des autres intervenantes*)

13 C2 : Mais moi je pense que l'un ne va pas sans l'autre, dans le sens où... On sait aussi que quand ils
14 vont mieux, ils arrivent mieux à être sur le front en fait, pour les problèmes administratifs.

15 (*Approbaton des autres intervenantes*) On a vu avec pleins de personnes pour qui on se disait : « Oh
16 lala... il ne va jamais arriver à parler de son vécu » Et ça c'est plus le côté psychologique finalement,
17 mais même la santé physique, parce que si la personne est trop abattue, trop fatiguée pour pouvoir
18 parler de son parcours et être au clair avec ça, elle ne va pas arriver défendre un titre à la CMDA ou à
19 l'OFPPRA. Alors que quand on les sent mieux accompagné sur le plan de la santé et du coup, sur tout
20 en fait, sur tous les plans, ils vont mieux, ils se sentent plus armés, plus forts quoi, pour affronter les
21 difficultés. Même sûrement quand ils sont déboutés, en fait...

22 C4 : oui oui

23 C2 : Mais oui, moi après j'ai une relation... Oui je crois que j'ai une relation privilégiée avec les gens.

24 C1 : Bah des fois tu vas dans l'intimité aussi

25 C2 : Ah oui

26 C4 : Ouais et je trouve des fois c'est même plus facile. Notamment le petit jeune que je t'avais
27 orienté (*s'adresse à C2*), c'est quelqu'un qui était très timide, très renfermé et tout ... Et du coup je
28 me suis dit « Mais je ne comprends pas moi, il a mal où ? Mais qu'est-ce qu'il a ? » Je l'envoyais
29 toujours chez le médecin avec des petits mots, et un jour le médecin a dit « Stop, il faut de
30 l'interprétariat parce qu'il peut venir cinquante fois, je ne sais pas, je sais pas... » Enfin on a fait un
31 peu l'historique de ce qui va et ce qui ne va pas, on supputait un peu, ouais peut-être ci, peut-être ça
32 sur son parcours migratoire, et du coup bah quand on a su vraiment où aller bah là C'est peut-être
33 aussi le côté « femme » et puis le côté euh ... L'endroit où il avait mal c'était quand même sensible
34 mais euh... (*Puis s'adresse à nouveau à C2*) Du coup quand je l'ai raccroché sur toi, là j'ai senti qu'il
35 était quand même plus accessible au niveau du... (*Avant*) Il était en errance un peu médicale quoi, je
36 trouvais.

37 C2 : Bah je pense qu'il a eu une réponse en fait, et ça c'est très important. Un diagnostic a été posé,
38 avec une hypothèse de chirurgie en plus, donc il sait que ça va être réglé son problème. Je pense que
39 là, du coup, ça va déclencher des choses, même au niveau de la procédure.

40 C4 : Complètement ouais !

41 C2 : Il y a ça aussi, la question que... Ce que tu disais (*s'adressant à C4*). Tant que le problème de
42 santé n'est- pas pris en compte, ils ne peuvent n'amener que ça en entretien avec vous aussi, moi
43 c'est ce que j'ai ressenti

44 C4 : ah oui complètement !

45 C2 : Et ce serait pareil pour le dépistage quoi. Si la personne elle te dit « bah je ressens que j'ai tel
46 problème, que j'ai mal à tel endroit » et que vous à un moment donné vous ne pouvez pas répondre
47 à une demande de santé, et bah en fait ça va sans cesse revenir sur le tapis. Mais ça c'est tout à fait
48 légitime. Ils savent en plus, quand ils arrivent en France, ils savent que leur santé va pouvoir être
49 quelque chose qu'on va traiter, qu'on va entendre. C'est normal qu'ils n'aient pas envie d'avancer sur
50 des choses autres que celle de la santé, parce que voilà, on a tous besoin d'être en bonne santé.

51 C3 : avec tout ce qu'on vous raconte, le dépistage c'est un petit bout... (*Rires*)

1 C2 : oui oui mais ça va avec, parce qu'en plus les dépistages c'est quand même... On parle beaucoup
2 de la personne qui est dépistée mais on ne parle pas des gens qu'il y a autour en cas de réponse
3 positive. Si tu as une maladie qui peut être dangereuse pour l'entourage, là c'est encore autre chose.
4 M3 : Justement vous avez déjà été confronté à des expériences par rapport à ça ?

5 C4 : De l'entourage ? Comme disait C1 pour moi un peu la même expérience, moi c'était la femme
6 d'un monsieur qui avait une hépatite... Avec barrière de la langue c'était arabophone etc... Et du coup
7 bah elle dit « mais comment je peux vivre avec lui ? Je peux plus il est malade ! » Et puis il y a la
8 tension de ce truc administratif qui fait que, déjà on est dans une situation administrative un peu
9 merdique entre guillemet et « encore il me ramène cette maladie » Et du coup faut faire la médiation
10 là-dedans, faut être dans un truc où on doit être informé sur [l'usage de] la brosse à dent, combien
11 de temps, comment, etc... C'était compliqué quoi (Rit) Ouais ce n'est pas facile faut être dans la
12 médiation dans quelque chose d'assez équilibré quoi.

13 C3 : Il y a une dame qui avait été dans la batterie des dépistages de départ, et elle était séropositive
14 (HIV) et enceinte... Là au moins c'était un dépistage ... Qui après avait enclenché tout un suivi
15 spécifique. Et finalement dans le cadre de la grossesse, si elle n'avait pas eu cette grossesse, est-ce
16 que la batterie de dépistage aurait fait aussi vite ou pas, normalement oui... ?

17 C2 : Mais là par exemple avec le HIV, toi en tant qu'intervenante sociale tu sais que tu ne crains rien à
18 être dans la même pièce que cette personne. (*Approbatons des autres intervenantes*) Mais pour des
19 personnes qui n'ont pas toujours suffisamment le bon niveau d'information par rapport à la maladie.
20 Euh voilà une tuberculose, par exemple moi j'ai été confronté à une personne qui était en
21 tuberculose active, donc faut calculer combien de temps de présence j'ai passé avec elle, derrière j'ai
22 dû faire des examens, j'ai dû prendre des traitements etc... Et du coup tu te dis euh... moi je pense
23 que là, au niveau des demandeurs d'asile, ils ne savent pas vers quoi ils vont être dépistés, comme on
24 ne leur dit pas quel dépistage va être fait, ils savent pas quelles sont les maladies. Ce sont des
25 maladies qui chez eux, parfois, sont inconnus ou pas traitées.

26 C4 : Moi j'avais même des personnes qui me disaient « Dieu m'en préserve de cette maladie » Oh
27 lala ils disaient ! (Rit)

28 C2 : Si derrière comme tu disais, on rentre dans un dépistage qui revient positif... L'hépatite B moi je
29 n'ai pas connu... Enfin à part ***** (nom d'un résident), mais elle était déjà traitée donc ce n'était
30 pas un risque. Mais ça a été le cas pour la tuberculose, et c'est vrai que si du coup tu as une
31 tuberculose active dans une structure comme celle-ci qui revient ... Wouaaaa (*Expression de son*
32 *appréhension*)

33 C3 : Bah là on en avait quelques-uns... (*coupée par*)

34 C2 : On n'est pas assez informé, même nous !

35 C3 : (*Reprend*) On en avait eu plusieurs ils sont restés à l'hôpital, il y en a qui sont restés un mois, un
36 mois et demi à l'hôpital.

37 C4 : Une fois j'ai trouvé dans une structure à Annecy, il y avait du coup des brochures traduites en
38 plusieurs langues pour parler un petit peu de ça, la tuberculose et puis d'autres maladies. Et du coup,
39 l'info on peut essayer de la donner aux personnes quand on l'a. Et il est vrai que par rapport à la
40 prévention et tout, notamment on parlait du VIH et pas d'autres choses, eh bien nous on essaie
41 quand même de travailler avec la PASS etc, l'espace santé publique et tout. Et là on a notre groupe
42 de parole, qui vient quoi, (*en s'adressant à ses collègues*) une fois par mois ? Là ce n'est pas rapport à
43 la contraception, à la sexualité etc... Mais il est vrai que si on avait pointé d'autres choses comme ça
44 (*par exemple maladies infectieuses transmissibles* comme l'hépatite B), je pense que ça pourrait se
45 faire. Mais pour nous c'est vrai que c'est important la prévention quoi. Et ça participe à ça.

46 M3 : Pour reprendre un petit peu ensemble, ce que vous trouvez confortable/satisfaisant dans ce
47 dépistage ? Tu as parlé du fait que c'était de la prévention ok. Sur la mise en place sur des choses un
48 peu plus pratiques, qu'est-ce que vous trouvez de confortable et inconfortable/insatisfaisant ?

49 C3 : Bah ce qui est confortable c'est le lien qu'on a avec la PASS ou avec le cabinet de médecins
50 généralistes à Montmélian. Et après ce qui est inconfortable c'est... Bah le fait que la PASS est
51 débordée, et que si la personne nous dit « j'ai mal nulle part » on va peut-être attendre l'ouverture
52 des droits pour prendre rendez-vous pour ces dépistages.

1 C4 : C'est ça.
2 C2 : Donc ce qui est inconfortable c'est l'absence de droit aussi.
3 C4 : Ce n'est même pas inconfortable, je trouve ça aberrant moi. Enfin ça craint quoi ! Parce que du
4 coup y'a des personnes [tu leurs dit] « Ouais dans trois mois revenez parce que du coup euh... »
5 C2 : Après le dépistage peut être fait, avec les droits.
6 C4 : (*répondant à C2*) Oui.
7 C1 : Après en termes de travail ce qui est confortable c'est que à la PASS tout était fait sur place, la
8 radio, le machin, tout, tout, on ne s'occupait de rien ! Inconfortable, c'est quand moi j'en ai eu deux-
9 là dernièrement, ils reviennent, faut prendre rendez-vous, faut bien qu'ils aillent au labo, tout leurs
10 expliquer, organiser, ***** les emmène... Ça c'est peut-être le plus inconfortable.
11 C4 : C'est la logistique elle-même.
12 C1 : Ouais c'est la logistique.
13 M3 : Ce sont plus des choses logistiques et pratiques, plus que sur la conception-même du dépistage,
14 du retour que vous font les usagers ?
15 C1 : Bah après ça les affole un peu en plus ! Ils ont leurs résultats, parce qu'ils les reçoivent dans le
16 courrier. Ils ont leurs résultats : (*imitant les demandeurs d'asile*) « Positif à l'hépatite B, alors qu'est-
17 ce que ça veut dire ?? » (*Rire nerveux*) Alors moi, maintenant j'ai appris que ce n'était pas parce qu'ils
18 étaient positifs qu'ils étaient forcément malades donc euh... Moi je trouve que c'est ça qui est un peu
19 inconfortable, c'est qu'ils sont stressés et puis on n'a pas trop de réponse à leurs apporter quoi, face
20 à ces résultats. Faut attendre le prochain rendez-vous chez le médecin, alors que s'ils font ça à
21 l'hôpital, en gros ils n'ont pas les résultats...
22 C4 : Ah ouais c'est confortable
23 C1 : S'il y a un problème c'est directement le médecin...ou je ne sais pas comment ça se passe...Le
24 médecin qui les reçoit et va tout leurs expliquer, ils ne reçoivent pas les résultats entre-temps, nous
25 on a moins de choses à gérer. C'est plus simple (*Rires*)
26 C4 : A la PASS ils ont ce lien aussi avec les infirmières, les interprètes aussi. Elles [les personnes qui
27 travaillent à la PASS] expliquent bien, c'est séquencé en fait. (*Imitant le personnel de la PASS*) Il y a ce
28 temps d'examen, après vous revenez, vous aurez vos résultats, vous allez voir le docteur qui va vous
29 lire vos résultats. Et lui (le médecin de la PASS), il peut vulgariser ça, il peut dire « Qu'est-ce qui vous
30 inquiète ? ». Moi j'ai assisté à des entretiens comme ça avec le Dr X avec les personnes (les
31 demandeurs d'asile), et je trouve ça super bien parce que je me dis que ça vaut le coup de voir ça, d'y
32 aller avec la personne, parce qu'on sent qu'elle est détendue. (*Imitant un demandeur d'asile*) « Ouais
33 t'es sûre C4, tout ce qu'il dit le docteur c'est bien ça ? » Je réponds « oui oui bah c'est LE docteur ! »
34 (*Rires des autres intervenantes*) Mais il est vrai qu'elles sont plus détendues quoi. Et nous on est
35 moins dans un truc genre « bon on va encore prendre rendez-vous chez machin, chez bidule, chez
36 truc », et eux (la PASS) ils sont spécialisés dans le truc, ils SAVENT quoi.
37 C2 : Oui dans ce que tu dis en plus, il y a cette estime-là que les gens peuvent avoir vis-à-vis des
38 médecins, c'est très important. Moi je suis infirmière, mais le nombre de demandeurs d'asile qui me
39 disent « docteur » ... Alors je dis non, je ne suis pas docteur, je suis infirmière. Mais en fait pour eux,
40 limite ils ont envie que je sois médecin, parce que du coup ils me confèrent un pouvoir énorme, et
41 quand il voit un médecin, pour eux ce n'est pas rien quoi, ce n'est pas rien.
42 C4 : Et puis les médecins ils disent des fois « moi là, je n'y arrive pas ». Et puis il y a des choses qu'ils
43 nous font constater aussi, et puis nous on peut leurs dire « Ah bah nous on a ça dans notre
44 structure ». On a ce dialogue avec eux. Et c'est que le médecin, c'est le médecin quoi.
45 C2 : Ce que je trouve inconfortable c'est que, parfois finalement c'est nous qui sommes amené à
46 rendre un résultat à quelqu'un alors qu'on ne maîtrise pas la maladie. Et du coup on peut générer
47 des inquiétudes auprès de la personne, ou à l'inverse banaliser quelque chose qui peut être grave.
48 Enfin on n'a pas tendance à faire ça, mais ça peut arriver. Ça c'est inconfortable pour moi. Mais bon
49 on a toujours tendance quand même à orienter justement vers le pôle hépatite. Voilà. Bah après
50 c'est sûr que ce n'est pas très confortable de faire des prises de sang, ça fait pas du bien, les gens ils
51 apprécient pas toujours. Il y a aussi le truc de « si on me prélève dix tubes, waouh ! c'est super

1 grave ! » (*Rires des autres intervenantes*) C'est marrant ça aussi. Des fois si tu leurs prescrit plusieurs
2 tubes au laboratoire ça les fait flipper quoi !
3 M3 : Et ça vous arrive à leurs expliquer, à passer au-dessus ?
4 C2 : Bah on essaye. Moi ça m'arrive souvent dans le cadre des grossesses, parce que j'accompagne
5 souvent les grossesses ici, elles ne comprennent pas pourquoi elles ont une prise de sang à faire tous
6 les mois. Elles pensent qu'elles sont malades ? Chez eux on ne leur fait pas de prise de sang. Elles
7 pensent qu'elles ont une grossesse pathologique parce qu'elles ont une prise de sang et une
8 échographie tous les mois. Et elles voient leur bébé aux échographies, on leurs dit que le bébé va
9 bien, mais elles ne le comprennent pas forcément comme ça, parce qu'elles n'ont pas vu un bébé
10 comme on peut l'imaginer. Ça c'est difficile. En fait là on est sur : qu'est-ce que c'est la santé pour
11 nous et qu'est-ce que c'est la santé pour eux ?
12 C3 : Ouais, et la crainte de toutes ces prises de sang, l'autre jour j'ai essayé d'expliquer (à une DA)
13 avec l'exemple des cheveux : « Bah on en perd mais il y en a encore » Et puis je ne sais pas ce qu'elle
14 m'a répondu, je me dis mince ça ne marche pas ... Je dis « les ongles vous les coupez et ça pousse
15 encore ». Alors elle était sceptique. Alors je lui ai montré sur internet que dans l'os il a du sang qui se
16 fabrique. Sinon à chaque fois qu'on a nos règles, au bout de vingt ans on est mort ! Alors elle m'a
17 regardé comme ça, et m'a dit « Ah ouais ». Mais, elle n'était pas convaincue à cent pour cent encore.
18 C2 : Les percentiles c'est juste horrible ! Moi les dames qui viennent après leurs échos et qui
19 montrent les percentiles... Je n'ai pas envie que les médecins donnent des percentiles aux patientes
20 demandeur d'asile ! Ou alors le résultat de la trisomie 21... « Vous avez un risque sur 125000 ». Donc
21 du coup ils veulent faire une amniocentèse ? Ah bah non en fait, parce qu'un risque sur 125000 c'est
22 peu. Oui mais il y a un risque ! C'est hyper compliqué de leur expliquer ça. Nous c'est quelque chose
23 de très simple pour nous, ok, un risque sur 125000 bon bah j'ai compris le principe.
24 C3 : Tu trouves ça simple ?
25 C2 : ... Non. Pour moi c'est simple, parce que je connais. Mais tu imagines pour eux ? On est en train
26 de leurs dire qu'il se peut que l'enfant ait un risque. On n'est pas sûr, mais peut-être... !
27 M3 : Justement la comparaison est pas mal sur ce test, parce que c'est un test qui va aller dépister
28 quelque chose qui est potentiellement là, et qui fait, du coup, angoisser sur quelque chose...
29 C2 : Moi j'ai eu besoin de rassurer un couple du Bangladesh qui ont eu un enfant, et en plus
30 malheureusement après il a eu une tétralogie de Fallot, un truc grave. Et eux j'ai mis deux heures à
31 leurs expliquer que les percentiles c'était tout bon ! Parce qu'il était un peu en dessous ou un peu au-
32 dessus, je ne me souviens pas. Et au final donc moi j'ai fait que de les rassurer, et jusqu'au sixième
33 mois où ils apprennent que le petit il va être opéré juste après être né, enfin c'était horrible quoi.
34 Donc même moi je me suis dit « merde je n'aurai jamais dû les rassurer ! » Bon ça n'avait rien à voir
35 mais voilà, ils étaient inquiets pour la trisomie 21 !
36 M3 : Qu'il y ait un dépistage... Systématiquement proposé ! Pas systématique...
37 C2 : Nan parce qu'on peut le refuser. Il n'est pas obligatoire.
38 C3 : Ah il n'est pas obligatoire ?
39 C2 : Nan
40 [Intervention des chercheuses concernant l'aspect obligatoire du dépistage de l'hépatite B]
41 C2 : Ah ouais ce n'est pas obligatoire alors l'hépatite B ?
42 M3 : C'est systématiquement proposé.
43 C1 : (s'adressant à nous) Mais il y a des dépistages obligatoires ?
44 M3 : Je ne sais pas trop... Je pense que la tuberculose l'est, la radio pulmonaire l'est.
45 C1 : Ah bon, pour les personnes migrantes ?
46 C2 : Ouais ouais
47 C3 : Ah oui c'est obligatoire.
48 C2 : Elle est obligatoire mais si la personne le refuse je pense qu'on va aller le chercher pour lui
49 imposer.
50 M3 : C'est même fait à l'OFPRA ou l'OFII nan ?
51 C3 : Nan...

1 C1 : A une époque quand on avait les papiers quand on était réfugiés, il n'y avait pas une visite
2 médicale ?
3 C4 : Bah c'est la visite médicale qui était liée à l'OFII, en fait ils ont la visite d'accueil, pour dire « bah
4 voilà, félicitations ! » Et il y a aussi une visite médicale qui va avec.
5 C1 : Et ils la font ?
6 C4 : Avant, plus maintenant. Ça tend à disparaître.
7 C1 : Là ils faisaient la radio pulmonaire.
8 C2 : Mais même la radio pulmonaire, si t'es enceinte, t'es pas obligée de la faire. Donc ce n'est pas
9 obligatoire.
10 C4 : Après les premiers passages en PASS, toute de suite elles le font les filles. Mais elles disaient que
11 c'était super compliqué de trouver des créneaux.
12 C2 : Les radio pulmonaires ? Ah ouais ? Pourtant euh...
13 C1 : Moi j'ai appelé le CLAT ils m'ont pris la radio.
14 C2 : Ouais normalement la radio pulmonaire c'est rapide.
15 M3 : Ok, on a vu ce qui était confortable ou inconfortable. Maintenant est-ce que vous avez des idées
16 de pistes d'amélioration, de choses qui pourraient être faites pour que ce soit plus confortable
17 justement ?
18 C1 : On a le droit de rêver ?
19 M3 : Ouais ! (Rires des autres intervenantes)
20 C1 : Bah moi c'est qu'ils (les médecins) viennent sur place !
21 C2 : Bah moi ce serait une vidéo par exemple qui serait traduite dans plusieurs langues, qui puisse
22 être proposée aux gens. Par exemple, « Bonjour, vous êtes arrivés en France, on va vous faire tel
23 examen, des choses assez banales, ce n'est pas forcément grave mais juste quelque chose qui relève
24 de la prévention.
25 C4 : Ouais, au moment où ils vont présenter leur demande d'asile sur le territoire, il y a un délais
26 limite. Et du coup bah à ce moment-là quand ils vont en préfecture, il y a ce petit laïus, ce petit truc
27 aussi, pourquoi pas, parce qu'ils ont aussi des interprètes, donc ils pourraient le dire quoi ! Ils
28 pourraient dire « Voilà, vous êtes arrivés il n'y a pas très longtemps... »
29 M3 : Tu veux dire parler de la santé au moment où ils viennent d'arriver ?
30 C4 : Ouais, parler de ces choses-là, faire un petit résumé !
31 C3 : Alors si je ne dis pas de bêtises, j'ai eu une formation avec la ... pour la vulnérabilité, il y a donc
32 des départements qui sont en train de faire des essais. Parce que les gens avant d'arriver dans nos
33 structures CADA PRADHA HUDA, ils ne passent pas d'autres centres temporaires en fait, entre le
34 moment où ils arrivent et le moment où ils sont chez nous. Et il y a des départements qui vont
35 essayer de faire des dépistages à ce moment-là.
36 C1 : Et faut-il encore que l'information soit transmise après, parce que nous on peut tout
37 recommencer quand ils arrivent.
38 C4 : Ils leurs demandent à l'OFII pendant le premier entretien, s'ils ont des vulnérabilités, c'est là
39 qu'ils recensent ce genre de choses ?
40 C2 : S'il y avait le DMP, ça ce serait top.
41 C4 : Le dossier là ?
42 C2 : Oui le Dossier Médical Partagé, sauf que je pense que les demandeurs d'asile ils ne peuvent pas
43 avoir un dossier médical partagé. Parce qu'ils n'ont même pas un numéro de sécurité sociale. Enfin
44 ils ont un numéro de Sécurité Sociale provisoire donc je ne suis même pas sûr qu'ils puissent avoir
45 accès.
46 C3 : Nan une fois j'avais essayé ça n'avait pas marché...
47 C2 : Ouais c'est mort. Parce que ça pour le coup c'est vrai que moi j'ai vu beaucoup de patients chez
48 qui l'examen, plusieurs examens, que ce soit du dépistage ou autre, était refait, faute de document
49 ou de preuve attestant que l'examen a été fait. Alors que s'il y avait quelque chose... Bon
50 évidemment ça pose question pour tout ce qui est secret professionnel, informatique et liberté etc.
51 Voilà à quel moment c'est obligatoire qu'on sache que t'es séropositif à Paris quand tu vas en

1 Savoie ? Mais bon, si ça reste quelque chose de sécurisé et réservé au professionnel de santé, avec
2 l'accord du patient, moi je trouve que ça pourrait être intéressant.

3 C4 : Ou par exemple qu'il y ait plus de moyens et qu'ils puissent faire ça (*elle veut dire faire un point*
4 *santé, un temps d'explication*). Qu'ils puissent avoir ce temps-là avec les gens (les DA) et qu'on
5 resystématise ces premières visites là-bas. Qu'ils en parlent et tout. Parce que je trouve que ce sont
6 des supers professionnels quoi, en plus il y a de l'interprétariat.

7 C3 : Elles sont extraordinaires à Chambéry (*à propos du personnel de la PASS*)

8 C4 : Ah ouais ! C'est un super service. En tout cas nous on est apaisé quand les gens vont là-bas, on
9 est super apaisé.

10 M3 : Apaisé de quoi ?

11 C4 : Apaisé parce que... Comment dire... Parce qu'on sait que les professionnels ils connaissent la
12 spécificité de notre public. Ça, c'est le cœur du truc. C'est-à-dire que nos résidents, quand ils vont
13 aller là-bas, bon ok ils parlent mal le français, ils ne maîtrisent pas telle langue ou telle langue... C'est
14 un public particulier quoi. Du coup quand ils sont là-bas on sait qu'il y a un œil spécifique par rapport
15 à ces publics-là.

16 C2 : Il y a une relation de confiance

17 C4 : Oui, il y a une relation de confiance et nous on a lien avec ce service. Tout de suite elles
18 s'intéressent aussi ... Dans quel contexte suivre les gens, quelles structures (*d'accueil*) ? Donc ils
19 savent... ils viennent nous voir, ils sont contents de venir nous voir et de voir un peu dans quel espace
20 les gens vivent... Même si bah nous on n'est pas fier hein, que les gens ils partagent 9m² à deux...
21 Même elles connaissent cette spécificité, et à partir de là, je trouve quand même que le travail est
22 top.

23 C2 : Dans ce que tu dis, il y a aussi quelque chose qui est important c'est qu'avec cette équipe-là (*la*
24 *PASS*), l'information n'est pas unidirectionnelle. C'est-à-dire que quand vous leur passez des infos,
25 même si vous n'êtes pas soignantes, elles vous en donnent en retour, dans l'intérêt du patient
26 évidemment. Moi ça je le ressens ici, par contre il y a d'autres structures, notamment l'autre
27 structure sur laquelle j'interviens, où parfois les intervenants sociaux sont obligés de m'interpeller
28 pour quelque chose, pour avoir l'information concernant la santé, parce qu'on leur a renvoyé que,
29 n'étant pas soignant, ils ne pouvaient pas avoir l'info. Ça c'est assez violent pour eux. Parce qu'en fait
30 c'est eux (*les intervenants sociaux de cette autre structure*) qui bien souvent ont demandé à voir un
31 rendez-vous ou à être dépisté sur telle ou telle pathologie. Mais une fois qu'ils ont pris le rendez-
32 vous, ils n'arrivent pas à avoir l'info en retour parce qu'ils ne sont pas professionnels de santé.

33 M3 : Parce qu'ils ne partagent pas le secret médical

34 C2 : Parce qu'ils ne partagent pas le secret médical, oui. L'exemple bateau : un COVID dans une
35 structure comme celle-ci (*elle mentionne encore l'autre structure d'accueil dans laquelle elle*
36 *intervient*), donc le résident il arrive dans le bureau de l'intervenante sociale, il tousse, il a des
37 symptômes de COVID. L'intervenant social fait la demande de dépistage, le résident se fait dépister.
38 On ne sait pas s'il a le COVID ! Donc moi à chaque fois que j'intervenais sur cette structure j'étais
39 obligée d'appeler le centre d'exams pour savoir s'il le patient était positif ou négatif, pour savoir si
40 mon collègue était cas contact aussi ! Mon collègue et tous les gens de structure. Et tout l'entourage.
41 Et s'ajoute à ça la barrière de la langue, on en pas beaucoup parler aujourd'hui mais voilà.

42 C4 : Elle est très importante la barrière de la langue !

43 C2 : Et le patient lui-même ne sait pas s'il a le COVID ! Donc ça c'est vrai qu'avec cette équipe-là n'est
44 pas là-dedans quoi. Alors elles respectent... Je ne dis pas qu'elles ne respectent pas le secret
45 professionnel. Mais dans l'intérêt du patient il est important pour les intervenant sociaux de savoir ce
46 que peut avoir le patient. Et moi je fais pareil avec vous. Quand pour moi c'est important que vous
47 sachiez quelque chose, je vous le dis.

48 C4 : Et puis on nous explique, vous nous expliquez (*en s'adressant à C2 et nous-même en tant que*
49 *soignants*)

50 C2 : Mais c'est vrai que parfois, si tu creuses, on n'est pas dans les clous on niveau du secret
51 professionnel.

1 C3 : Il y a d'autres structures d'hébergement, comme les pensions de famille, où on est obligé de
2 partager aussi (*l'information*)
3 C2 : Oui, oui ! Mais la question du secret professionnelle je pense que c'est quelque chose qui est
4 prépondérant en fait dans la question du dépistage. Parce que si le médecin ne vous donne pas l'info
5 du dépistage, vous vous orientez le patient pour être dépisté mais si le médecin ne vous dit pas, ou
6 que le patient ne vous ramène pas son résultat de prise de sang
7 C4 : Ce qui arrive des fois !
8 C3 : Oui c'était arrivé que ce soit les infirmières de la PASS ou des médecins qui appellent en disant
9 « Mr Machin son dépistage est revenu c'est la cata, il faut le voir, lui donner rendez-vous tel jour, le
10 renvoyer » Euh... Si c'est le résident lui-même qui avait reçu l'information, peut-être que six mois
11 après qu'il aurait contaminé...
12 C2 : C'est ça ! (*Sur un ton affirmatif*)
13 C3 : il n'y a pas de jugement en fait. Ni ici, ni dans le service de la PASS. Il n'y a vraiment aucun
14 jugement.
15 C4 : Oui et puis les uns et les autres on est conscient des réalités, chacun. Il y a des choses qui
16 existent, je pense qu'il faut juste peut-être qu'elle se maintiennent, qu'elles continuent à exister et
17 qu'en fait on puisse mettre plus de moyen dessus.
18 C2 : Ils vont créer une PASS à Aix les bains.
19 C4 : Ah ouais ? bon il manque St Jean de Maurienne alors !
20 M3 : Tu dis plus de moyen à la PASS pour qu'ils voient les patients plus rapidement dans le cadre du
21 bilan de santé ?
22 C4 : Ouais
23 M3 : Pourquoi ça te paraît important ?
24 C4 : Bah quand les gens ont accès à ça (*bilan de santé à la PASS*) et qu'ils reviennent avec des ... Le
25 médecin il fait un compte rendu ultra circonstancié quoi, du coup bah nous on n'a pas besoin de
26 mettre nos pauvres mots de ... (*Mots qu'elles écrivent aux médecins lorsqu'un patient va en*
27 *consultation*) « Ah bah il a mal à la tête, trois fois dans le mois, je vous l'envoie ». Là on a des termes
28 techniques, des choses... Et puis en fait euh...
29 C1 : Ça facilite
30 C4 : Ouais ça facilite !
31 C4 : Et puis il y a le secret aussi qui est respecté parce que c'est dans des enveloppes, c'est bien pour
32 le relais. Il y a les coordonnées aussi des médecins qu'ils ont vus, ils peuvent être rappelés. Nous on
33 ne sait pas ça.
34 M3 : Vous aviez d'autres idées ? De choses qui pourraient être améliorées ? D'autres pistes ou
35 d'autres choses qui vous paraissent importantes ? C1 tu disais carrément un médecin sur place ?
36 C1 : Pourquoi pas, dans le meilleur des mondes !
37 (*Rires*)
38 M3 : En consultation libre ? Le patient il rentre il pousse la porte parce qu'il a besoin de voir le
39 médecin ?
40 C1 : Non... Ça pourrait être sous forme de permanence. Ça avait été testé elle était venue une fois je
41 crois... (*en parlant d'un médecin généraliste*)
42 C4 : C'était trop bien ! (*Presque nostalgique*)
43 C1 : C'est sûr que tout le monde perdrait moins de temps. Enfin j'imagine, le médecin qui enchaîne
44 ici et nous on n'a pas les allers-retours à faire 4 fois par semaine. Et si on peut parler aussi, échanger.
45 C2 : En fait ça a été fait, mais à l'époque on avait un patient qui ne pouvait pas se déplacer, donc le
46 médecin qui venait facturait le déplacement pour ce patient-là, et puis après elle en voyait quatre ou
47 cinq autres qui se ramener... Moi je mettais en place un planning, le médecin quand il arrivait il avait
48 sa liste de patients à voir, et c'est vrai que ce qui était intéressant c'est que c'était un jour où moi
49 j'étais là, et c'était beaucoup plus fluide en fait. C'était moins fluide pour le médecin parce qu'elle
50 était obligée, à son retour à son cabinet, de tout refaire sa traçabilité informatique... Eux (les
51 médecins), c'était plus de travail au retour mais sur place c'était intéressant parce qu'on avait une
52 bonne collaboration. Moi j'étais là à chaque fois, quand le médecin avait une question ou un besoin

1 d'interprétariat je pouvais les aider. Mais après ça ne rentrait pas dans le cadre du dépistage ça,
2 c'était juste pour du suivi régulier, pour des patients qui avait des pathologies déclarées, enfin
3 diagnostiquées. Moi non je ne vois pas trop l'intérêt d'avoir un médecin ici pour le dépistage.
4 C1 : Bah pas forcément pour le dépistage... Pour tout ! Tous les rendez-vous qu'on cale, qu'on essaie
5 de voir quand est-ce qu'on peut les emmener etc... (*Rires*)
6 C2 : Après il y a les dépistages individualisés et les dépistages massifs...
7 C4 : Oui moi je faisais ça, j'envoyais sur des créneaux, ça mettait un temps pas possible à la PASS de
8 Chambéry, mais après on se connaissait bien, on y aller tout le temps, des fois on restait les aprèm,
9 tout l'aprèm ! Mais le dépistage était fait, il y avait quand même un travail ultra complet !
10 C2 : C'est vrai que dans ce que tu dis, si on voulait faire super simple, si les dépistages sont
11 obligatoires et systématiques, pourquoi voir un médecin pour se faire prescrire le dépistage ? Le
12 résultat c'est important qu'il soit interprété par un médecin, mais quel est l'intérêt de juste prescrire
13 une prise de sang ? Ou une radio ? Ça c'est un gros point d'interrogation. Si c'est quelque chose qui
14 doit être obligatoire et systématisé, finalement quel est l'intérêt que le patient voit un médecin
15 avant ? Je sais pas. Peut-être qu'il y en a un ? En tout cas moi je n'en connais pas.
16 C3 : Oui, une consultation pour partir juste avec l'ordonnance tu veux dire ?
17 C2 : C'est ça !
18 C3 : Ouais moi je pense que c'est aussi pour ça qu'ils veulent essayer de généraliser la prévention
19 avant qu'ils arrivent ici.
20 C2 : Evidemment les médecins ils ont toujours possibilité de voir autre chose, c'est ça qui est
21 intéressant. Mais si on juste sur un rendez-vous de dépistage... Enfin de prescription de dépistage...
22 C4 : Et ça n'existe pas ça ? Des centres de dépistage facile ?
23 M3 : Bah l'Espace Santé Publique, tu peux y venir comme ça, sans prescription, pour un dépistage
24 anonyme et gratuit.
25 C4 : Voilà, du coup dans le cadre du dépistage on y était allé, enfin il y cinq ou six ans. Mais je pense
26 que les gens ne savent pas ça, je trouve que l'info ne passe pas assez.
27 M3 : Donc qu'est-ce qui pourrait être proposé pour améliorer cette proposition de dépistage ?
28 C4 : Eh bien peut-être que cette information passe par un biais euh... Il y a des choses qui sont faites,
29 il y a pleins de choses qui sont faites.
30 C2 : Bah la barrière de la langue c'est un frein énorme. Pour expliquer aux gens ; quel dépistage
31 gratuit, aller à tel endroit, faut prendre tel bus, faut marcher un quart d'heure, après tu prends le
32 bus...
33 C1 : Pour acheter ton ticket de bus déjà ! Déjà tu as trois quarts d'heure à pied pour aller acheter ton
34 ticket de bus.
35 C2 : Ouais, c'est ça que toi tu voulais qu'ils viennent ici !
36 C1 : Bah oui ! Quand j'ai dû envoyer le gars au CLAT, ça veut dire qu'il y va tout seule, faut lui
37 expliquer où est le pavillon St-Hélène, alors qu'il ne capte pas un mot !
38 C4 : Moi j'y allais avec eux du coup
39 C1 : Bah je me suis posé la question, sauf que ça me prend deux trois heures...
40 C2 : Et s'il a la tuberculose t'es contente, dans la voiture... (*ironiquement*)
41 C1 : Ça fait des complications pour les gens (les DA)
42 M3 : Ok, vous avez d'autres choses à ajouter sur le sujet globalement ?

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

Résumé

Titre : Représentations des accompagnants sociaux des demandeurs d’asile, à propos du dépistage de l’hépatite B proposé aux migrants : étude qualitative par focus group dans les centres d’hébergement pour demandeurs d’asile du bassin chambérien.

Auteurs : VINCENS DE TAPOL Roxane, ADAM Clémence

Introduction : L’hépatite B constitue un enjeu de santé publique. La prévalence de cette maladie est augmentée dans la population migrante, souvent originaire de pays endémiques. Le dépistage de l’hépatite B est aujourd’hui insuffisant au regard du nombre de personnes qui ignorent leur infection. Dans le cadre du parcours de santé du migrant, ce dépistage est systématiquement proposé aux demandeurs d’asile. Cette pratique soulève des questionnements éthiques. Les travailleurs sociaux ont pour mission d’accompagner les demandeurs d’asile dans leur parcours de santé et ont un rôle à jouer dans le dépistage de l’hépatite B.

Objectif : Explorer les représentations des travailleurs sociaux à propos du dépistage systématique de l’hépatite B réalisé chez les demandeurs d’asile, et comprendre leurs répercussions dans la pratique d’accompagnement.

Matériel et méthode : Etude qualitative conduite auprès de travailleurs sociaux en Centre d’accueil pour demandeur d’asile. Recueil des données par 3 entretiens collectifs semi-dirigés. Analyse des données par approche inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Le contexte socio-politique (restrictions budgétaires, saturation des dispositifs de soins, difficultés d’accès au droit) est décrit comme un frein à l’accompagnement au dépistage. Le vécu du dépistage par le migrant est représenté comme violent : absence de choix, peurs et incompréhension liées à la barrière culturelle et linguistique. Les connaissances en matière de santé des travailleurs sociaux sont perçues comme insuffisantes. Accompagner vers le dépistage est une de leurs missions mais questionne leur posture entre excès de responsabilités, inconfort dans l’intimité de la santé, sentiment de solitude dans l’accompagnement. L’amélioration de cette pratique passe par un changement de regard sur le migrant (s’adapter à sa temporalité, sa culture, favoriser le consentement). Renforcer l’alliance interdisciplinaire et leurs connaissances en santé des acteurs sociaux sont apparus comme des leviers pour favoriser leur engagement dans l’accompagnement vers le dépistage.

Conclusion : Cette étude a montré des difficultés des travailleurs sociaux dans l’accompagnement des demandeurs d’asile vers le dépistage de l’hépatite B. Pour améliorer cette pratique, ils ont évoqué la nécessité : d’une approche plus centrée sur le migrant, de renforcer les liens partenariaux et interdisciplinaires et d’améliorer leurs connaissances et compétences en santé.

Mots clefs : dépistage ; hépatite B ; demandeurs d’asile ; migrants ; travailleurs sociaux ; éthique

Summary

Title: Representations of social support providers for asylum seekers Regarding Hepatitis B screening offered to migrants: a qualitative study through focus groups in asylum seeker accommodation centers in the Chambéry Basin.

Authors : VINCENS DE TAPOL Roxane, ADAM Clémence

Introduction: Hepatitis B represents a significant public health concern, with its prevalence heightened among migrant populations, often originating from endemic countries. The current level of hepatitis B screening is insufficient given the number of individuals unaware of their infection. As part of the migrant healthcare journey, systematic screening for hepatitis B is routinely offered to asylum seekers, a practice that raises ethical questions. Social workers are tasked with guiding asylum seekers through their healthcare journeys and play a role in hepatitis B screening.

Objective: To explore social workers' representations regarding the systematic screening of hepatitis B among asylum seekers and understand the repercussions in their support practices.

Materials and Methods: A qualitative study conducted with social workers in Asylum Seeker Reception Centers. Data collection involved three semi-structured group interviews. Data analysis utilized an inductive approach inspired by grounded theory.

Results: The socio-political context (budgetary constraints, healthcare system saturation, legal access difficulties) is described as a barrier to supporting screening. Migrants' experiences of screening are portrayed as challenging: lack of choice, fears, and misunderstandings due to cultural and linguistic barriers. Social workers perceive their knowledge of health matters as insufficient. Guiding individuals toward screening is part of their duties, but it raises questions about their role, including excessive responsibilities, discomfort in the intimacy of healthcare, and a sense of isolation in support. Improving this practice involves changing perspectives on migrants (adapting to their temporality, culture, promoting consent). Strengthening interdisciplinary alliances and enhancing social workers' health knowledge emerged as facilitators for their involvement in guiding individuals toward screening.

Conclusion: This study revealed challenges faced by social workers in guiding asylum seekers toward hepatitis B screening. To enhance this practice, they emphasized the need for a more migrant-centered approach, strengthening partnerships, interdisciplinary collaboration, and improving their health knowledge and skills.

Key words : screening, hepatitis B, asylum seekers, migrants, social workers, ethics