

ANNÉE 2018 N°120

***Asile et parcours de soins : une relation chaotique ?
Et si les médecins nous en parlaient.***

Etude qualitative auprès de médecins en région Auvergne-Rhône-Alpes.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le jeudi 31 mai 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Emma, Anaïs, Laure Honyiglo

Née le 24 octobre 1990

A Fontenay-aux-Roses (92)

Sous la direction du Docteur Virginie Lançon



ASILE ET PARCOURS DE SOINS : UNE RELATION CHAOTIQUE ? ET SI LES MEDECINS NOUS EN PARLAIENT.

Etude qualitative auprès de médecins en région
Auvergne-Rhône Alpes.

*Thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 31 mai 2018,
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

Emma Anaïs Laure HONYIGLO
Née le 24 octobre 1990 à Fontenay-aux-Roses (92)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Laurent Fanton

Membres :

Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Madame le Professeur Liliane Daligand

Madame le Docteur Virginie Lançon

Membre invité :

Monsieur le Docteur Hervé Fabrizi

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr Fanton,

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie, j'espère sincèrement qu'elle sera à la hauteur de vos espérances, autant que des miennes. Je vous remercie de la confiance que vous m'accordez en m'accueillant au sein de votre équipe et en me permettant de concrétiser un rêve de petite fille.

Veillez trouver l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Pr Zerbib,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury sans même me connaître. Merci de la considération que vous portez pour mon travail.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Madame le Pr Daligand,

Je suis honorée que vous ayez acceptée de juger ce travail en siégeant au sein de mon jury. Merci de l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce travail.

Soyez assurée de toute ma gratitude.

A Monsieur le Dr Fabrizi,

Merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse. Merci de me conforter jour après jour dans cette vocation qui m'anime.

Soyez assuré de mon profond respect.

A toi Virginie,

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue et guidée avec brio dans ce travail. Je te remercie du temps consacré à la relecture minutieuse, à la correction et à l'encadrement de cette thèse. Merci pour tous tes bons conseils. Travailler avec toi a été un vrai plaisir.

Sois assurée de toute ma gratitude et ma reconnaissance.

A tous les médecins qui ont accepté d'être interrogés,

Merci du temps que vous m'avez consacré. J'espère que ce travail reflétera vos pensées et permettra une meilleure prise en charge des demandeurs d'asile.

Aux avocats et travailleurs sociaux rencontrés,

J'espère que ce travail répondra en partie à vos attentes. Merci encore d'avoir accepté de me recevoir.

A toute l'équipe de l'institut médico-légale de Lyon,

Je vous remercie de votre disponibilité et de votre gentillesse. Merci de m'avoir accueillie dans votre équipe.

A ma famille,

Merci d'avoir toujours été là pour moi et de m'avoir soutenue tout au long de ce parcours du combattant. Et plus particulièrement :

A vous les parents, parce que vous avez toujours cru en moi malgré mon choix de carrière surprenant.

A toi Tatie, pour m'avoir supportée et hébergée pendant mes premières années de labeur.

A toi Alex, parce que même si tu es insupportable par moment, tu as toujours su trouver les mots pour me motiver.

A toi ma Lili, pour toutes ces heures de relecture et de corrections, sans jamais te plaindre.

A mes amis de toujours, Charlotte, mes meufs et le petit groupe du GSSB,

Toujours présents à mes côtés dans les bons et les mauvais moments, merci encore à vous.

A Jess ma grumelle et à Candice ma complice,

Sans vous l'athlé et la danse auraient été bien tristes, merci de m'avoir motivée dans ce long parcours.

Aux romanais,

On dit que le premier internat est sacré et grâce à vous c'est vrai ! Merci pour ces bons moments passés avec vous, en randonnée dans le Vercors ou dans une yourte dans le Jura.

A Julie et mes pas nareuses de co-internes roannaises,

Grâce aux footings, weekends au ski, petits restos et Praluline, vous avez rendu mon internat vraiment chouette ! Merci de m'avoir soutenue dans cette épreuve, le GR20 à côté c'est super facile !

A tous ceux et celles que j'ai oublié... et qui se reconnaîtront,

Sachez que ce n'est pas intentionnel, mais je vous remercie sincèrement.

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DU JURY	8
REMERCIEMENTS.....	10
TABLE DES MATIERES	12
ABREVIATIONS et ACRONYMES.....	16
TABLE DES FIGURES	18
INTRODUCTION	19
PREMIERE PARTIE : Qu'est-ce que l'asile ?.....	21
A/ Textes du droit d'asile.....	22
I- En France	22
1- Textes constitutionnels	22
2- Textes législatifs	23
3- Projet de lois actuel.....	24
II- A l'international.....	25
B/ Grands principes du droit d'asile en France	26
I- Définitions et types de protection.....	26
1- Glossaire	26
2- Types de protections	27
3 – Asile pour raison médicale.....	28
II- Parcours administratif et social du demandeur d'asile.....	29
1- Dépôt de la demande	29
2- Prise en charge sociale par les centres d'accueil avant décision de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).....	31
3- Instruction auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).....	33

4- Recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA)	35
5- Demande de réexamen	36
6- Recours auprès de la cour de Cassation.....	36
III - Prise en charge sanitaire	37
C/ Prise en charge en région Auvergne-Rhône Alpes.....	40
D/ Clinique des demandeurs d'asile	42
I- Violences physiques	43
1 - Examen somatique	43
2- Examen des organes génitaux externes	48
II- Violences psychologiques.....	50
1 - Violences psychologiques directes.....	50
2 - Violences psychologiques indirectes.....	51
E/ Concept de vulnérabilité.....	52
DEUXIEME PARTIE : Paroles de médecins	54
A/ Matériel et méthode.....	55
I - Méthode	56
1- Recherches bibliographiques	56
2- Recherches sur le terrain.....	57
3 - Choix de la méthode.....	57
4 – Réalisation du questionnaire	58
5 - Analyse des entretiens	58
II - Matériel	59
1- Population étudiée	59
2- Réalisation des entretiens.....	59

B/ Résultats.....	60
I - Description de l'échantillon.....	60
II - Analyse thématique.....	62
1 – Etat des lieux du parcours de soins des demandeurs d’asile	63
2 – Problématique de l’interprétariat	65
3- prise en charge des séquelles psychiques.....	70
4 – séquelles physiques et réalisation des certificats.....	74
5 – Formation dédiée	79
6 – Structure dédiée	82
7 – Réflexions proposées par les médecins.....	84
III – Analyse par spécialité	86
1 – Etat des lieux du parcours de soins actuel.....	86
2 – Constatation des séquelles.....	98
C/ Conclusions	101
TROISIEME PARTIE.....	102
A/ Discussion	102
I - Biais méthodologiques	102
1 - Biais de sélection	102
2 – Biais dans la réalisation des entretiens	102
3 - Biais d'interprétation.....	103
II - Réflexions autour de nos résultats	103
1 - Difficultés dans la prise en charge.....	103
2 – Difficultés dans l'évaluation des séquelles	106
3 – Problématique des certificats médicaux	111

4 - De l'intérêt d'une formation dédiée.....	114
5 - De l'intérêt d'une structure dédiée.....	115
B/ Conclusion.....	118
Annexes	126
Annexe 1 : Exemple de décision de refus.....	126
Annexe 2 : Canevas d'entretien.....	129
Questionnaire générale.....	129
Questionnaire complémentaire	130
Annexe 3 : Modèle de certificat proposé par l'Arrêté du 23 août 2017	131

ABREVIATIONS et ACRONYMES

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CDES : Centre Droit et Ethique de la Santé

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

CH : Centre Hospitalier

CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

CSP : Centres de Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

FTA : France Terre d'Asile

HAS : Haute Autorité de Santé

IML : Institut Médico-Légal

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail

MéDA : Association Médecine et Droit d'Asile

MdM : Médecins du Monde

ONU : Organisation des Nations Unies

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 : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection Universelle MALadie

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees / Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

VIH : Virus d'Immunodéficiency Humaine

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 L'ASILE EN FRANCE DEPUIS 1981 (HORS MINEURS ACCOMPAGNANTS)	21
FIGURE 2 PRINCIPAUX PAYS DE PROVENANCE DES DEMANDEURS D'ASILE EN 2017	22
FIGURE 3 LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE : DE L'ARRIVEE A LA DECISION DE LA PREFECTURE	29
FIGURE 4 LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE : DU DEPOT DU DOSSIER A LA PRISE EN CHARGE SOCIALE	31
FIGURE 5 LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE : AUDITION ET DECISION DE L'OFPPRA.....	33
FIGURE 6 LE PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE : RECOURS A LA CNDA	35
FIGURE 7 EVOLUTION DES RECOURS ENREGISTRES PAR LA CNDA DE 2007 A 2017	36
FIGURE 8 EVOLUTION DU NOMBRE DE POURVOIS EN CASSATION DE 2013 A 2017.....	37
FIGURE 9 LISTE DES CADA EN AUVERGNE-RHONE-ALPES.....	41
FIGURE 10 LISTE DE CPH EN RHONE-ALPES.....	41
FIGURE 11 LA FALAKA	45
FIGURE 12 LA CHAISE DU TIGRE.....	46
FIGURE 13 LE BANC DU TIGRE.....	46
FIGURE 14 LE TAPIS VOLANT.....	47
FIGURE 15 LA TECHNIQUE DU PNEU	48
FIGURE 16 TYPES DE MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES.....	49
FIGURE 17 QUESTIONNAIRE PROTECT.....	53
FIGURE 18 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES (F=FEMININ ET M=MASCULIN /AS=ASSISTANTE SOCIALE)	61
FIGURE 19 MOTIFS DE REFUS.....	62
FIGURE 20 DIFFICULTE DE PRISE EN CHARGE.....	103
FIGURE 21 OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	108
FIGURE 22 PROBLEMATIQUE DES CERTIFICATS MEDICAUX	111
FIGURE 23 UTILITE D'UNE FORMATION DEDIEE	114
FIGURE 24 INTERET D'UNE STRUCTURE DEDIEE	115

INTRODUCTION

Les demandeurs d'asile représentent une population particulièrement vulnérable du fait des traumatismes psychiques et physiques subis mais aussi du fait du parcours migratoire souvent éprouvant et pouvant durer de quelques semaines à plusieurs années.

En effet, il est important de préciser que les traumatismes vécus par ces patients sont bien différents des traumatismes auxquels peuvent être confrontés nos patients ordinaires, et peuvent être en lien avec des crimes de guerre, actes de barbarie, détentions abusives ou encore actes de torture.

Or, le flux migratoire tend à s'accroître, sans que le corps médical actuellement en place ne soit préparé à accueillir et à prendre en charge cette clinique particulière.

Les textes de loi prévoient que tout demandeur d'asile devrait bénéficier d'une évaluation de ses besoins médicaux, psychologiques et sociaux dans un délai raisonnable. Cette évaluation médicale est primordiale dans la demande d'asile, du fait de l'obtention d'un certificat médical descriptif permettant de justifier l'état séquellaire et de corroborer ainsi les dires du demandeur d'asile.

Nous savons par ailleurs que ces patients sont confrontés à de nombreuses difficultés d'accès aux structures sanitaires, tant sur le plan administratif qu'au niveau du parcours de soins.

Le contexte actuel de conflits et de précarisation du monde entraîne une augmentation du nombre de demandeurs d'asile aux frontières de l'Europe. Il semble primordial d'évaluer quelle prise en charge sanitaire est proposée à ces patients par les différentes structures en région Auvergne-Rhône Alpes.

Il s'agira donc d'étudier l'accès aux soins dans leur parcours de demande d'asile, en interrogeant le corps médical. En effet, plusieurs thèses ont déjà été effectuées sur la prise en charge des demandeurs d'asile, mais aucune d'entre elles ne s'est penchée sur les différentes problématiques que peuvent rencontrer les médecins.

L'objectif principal de ce travail est donc de repérer les difficultés rencontrées par les soignants et les conduites adoptées pour y faire face, dans la prise en charge des demandeurs d'asile. L'objectif secondaire étant d'évaluer la prise en charge actuelle afin de chercher s'il est possible de l'améliorer.

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs, auprès de médecins généralistes libéraux, de médecins hospitaliers et de médecins de structures associatives.

Dans un premier temps, il nous est apparu nécessaire de définir les termes utilisés et de décrire le parcours d'exil, afin d'identifier les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile.

Dans un deuxième temps, nous allons présenter le matériel et la méthode de recherche utilisés. Nous procéderons à une étude thématique des pratiques médicales actuelles, puis nous exposerons les points forts des entretiens quant aux domaines spécifiques étudiés.

Dans un troisième temps, il s'agira d'analyser puis de discuter les résultats des entretiens effectués, avant de conclure quant à l'état actuel de la prise en charge proposée aux demandeurs d'asile et aux solutions potentiellement envisageables pour améliorer leur parcours de soins.

PREMIERE PARTIE : Qu'est-ce que l'asile ?

Selon le rapport d'activité 2017 de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), le nombre de demandeurs d'asile reçus a été de 100755 (contre 85726 en 2016), soit une augmentation annuelle de 17,5%. (1) On constate que depuis les années 1996, ce chiffre ne cesse d'augmenter, avec une première phase de croissance de 1998 à 2004, suite notamment aux conflits dans les Balkans. Actuellement, la progression tend à être moins rapide qu'à la suite du pic de l'année 2015 mais continue néanmoins de croître. La France reste tout de même au troisième rang des pays d'accueil en Europe. Il est à noter que ces chiffres n'incluent pas les mineurs isolés. (1)

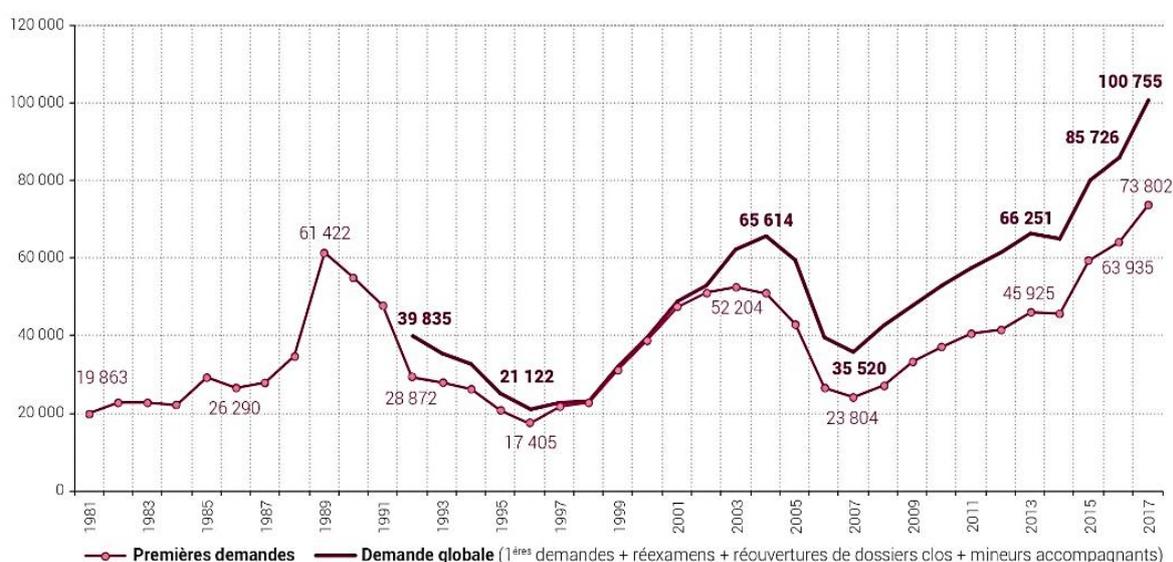


Figure 1 L'Asile en France depuis 1981 (hors mineurs accompagnants)

SOURCE : RAPPORT OFPRA 2017

Selon ce même rapport, les principaux pays de provenance des demandeurs d'asile en 2017 sont l'Albanie, l'Afghanistan et Haïti, alors qu'en 2016 il s'agissait du Soudan, de l'Afghanistan et de Haïti ; pays où les conflits armés sont installés depuis plusieurs années. (1.3)

	2017	2016	Évolution 2017/2016 %
Albanie	7 633	4 601	65,9%
Afghanistan	5 989	5 646	6,1%
Haïti	4 939	4 927	0,2%
Soudan	4 488	5 897	-23,9%
Guinée	3 781	2 336	61,9%
Syrie	3 319	3 615	-8,2%
Côte d'Ivoire	3 246	1 531	112,0%
Rép. Dém. Congo	2 942	2 551	15,3%
Algérie	2 459	1 972	24,7%
Bangladesh	2 411	2 276	5,9%
Sous total	41 207	35 352	16,6%
Autres pays	32 595	28 583	14%
Total 1^{ères} demandes	73 802	63 935	15,4%

Figure 2 Principaux pays de provenance des demandeurs d'asile en 2017

SOURCE : RAPPORT OFPRA 2017

En s'intéressant de plus près au pays de provenance des demandeurs d'asile on constate une certaine récurrence au cours des années pour certains d'entre eux, ainsi que des motifs principaux d'arrivée :

- Les conflits politiques dans les pays comme la République Démocratique du Congo ou le Kosovo
- Les conflits religieux comme au Soudan
- Les catastrophes naturelles entraînant une instabilité économique, politique et sociale dans les pays comme Haïti
- Les conflits armés comme en Irak, en Syrie ou en Afghanistan
- Les problématiques liées aux réseaux mafieux comme en Albanie

A/ Textes du droit d'asile

Pour mieux comprendre la législation encadrant la demande d'asile en France, nous avons consulté les textes de loi français et internationaux actuellement en vigueur.

I- En France

1- Textes constitutionnels

CONSTITUTION DU 27/10/1946 (2)

“ Tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République”.

CONSTITUTION DU 04/10/1958.(3)

“... Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l’Homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu’ils ont été définis par la Déclaration de 1789 confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946.”

Et confirme dans son article 53 :

“La République peut conclure avec les Etats européens qui sont liés par des engagements identiques aux siens en matière d’asile et de protection des Droits de l’Homme et des libertés fondamentales, des accords déterminant leurs compétences respectives pour l’examen des demandes d’asile qui leur sont présentées. Toutefois, même si la demande n’entre pas dans leur compétence en vertu de ces accords, les autorités de la République ont toujours le droit de donner asile à tout étranger persécuté en raison de son action en faveur de la liberté ou qui sollicite la protection de la France pour un autre motif.”

2- Textes législatifs

LOI 2015-925 (4) relative à la réforme du droit d’asile du 29/07/2015, faisant suite à celles du 25/07/1952 (loi 52-893) et du 11/05/1998 (loi 98-349). Cette loi modifie les différentes lois françaises déjà en vigueur afin « de garantir que la France assure pleinement son rôle de terre d’asile en Europe. » Une des raisons principales de cette modification était que « le dispositif français est aujourd’hui inefficace et inégalitaire et il crée une incitation au détournement de la procédure d’asile à des fins migratoires. »

LA LOI DU 7 MARS 2016 (5) relative aux droits des étrangers a renforcé certains points clés de la loi de 2015 en prolongeant notamment les durées des titres de séjour pluriannuels. Apparaît aussi la création des « passeports talents » qui sont des titres de séjour spécifiques aux étrangers pouvant apporter un rayonnement professionnel à la France et ainsi augmenter sa compétitivité sur le marché international. Ces passeports visent en particulier, les étudiants chercheurs et les diplômés, notamment dans le domaine de l’industrie et de la recherche.

Dans le **CODE DE L’ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D’ASILE** (CESEDA), dont la dernière version remonte au 01/01/2017 (6), l’**ARTICLE L711-1** stipule :

« La qualité de réfugié est reconnue à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ainsi qu’à toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de

son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 1950 ou qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés. Ces personnes sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève susmentionnée. »

L'ARTICLE 43 DE LA LOI DU 14/03/2016 RELATIVE A LA PROTECTION DE L'ENFANT (7) stipule qu'une expertise médicale peut être réalisée sur ordre de l'autorité judiciaire, en cas de doute persistant sur la minorité d'un jeune isolé après réalisation de l'enquête sociale et documentaire.

« Les examens radiologiques osseux aux fins de détermination de l'âge, en l'absence de documents d'identité valables et lorsque l'âge allégué n'est pas vraisemblable, ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire et après recueil de l'accord de l'intéressé. Les conclusions de ces examens, qui doivent préciser la marge d'erreur, ne peuvent à elles seules permettre de déterminer si l'intéressé est mineur. Le doute profite à l'intéressé. En cas de doute sur la minorité de l'intéressé, il ne peut être procédé à une évaluation de son âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires. »

3- Projet de lois actuel

Depuis 1980, seize lois ont modifié les conditions d'entrée et de séjour ou d'asile des étrangers, ce qui montre la difficulté de mettre en place un accueil et une intégration satisfaisante pour les migrants. Le **PROJET DE LOI DE FEVRIER 2018 POUR UNE IMMIGRATION MAITRISEE ET UN DROIT D'ASILE EFFECTIF** (8), est le dernier en vigueur. Les objectifs de ce projet sont de :

- Diminuer les délais des procédures afin de mieux répondre à l'augmentation des flux migratoires.
- Mieux articuler les procédures d'asile et les demandes de titre de séjour pour un autre motif, afin de limiter les procédures successives. Ces demandes devront se faire approximativement dans le même temps.
- Sécuriser les procédures et renforcer les procédures d'éloignement afin d'éviter les campements illégaux.
- Répartir les demandeurs d'asile sur le territoire pour améliorer leur accueil et leur intégration.
- Renforcer le rapprochement familial, en octroyant l'admission sur le territoire aux parents d'un mineur isolé reconnu comme réfugié.
- Renforcer la coordination entre les médecins de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration qui assurent la visite médicale des migrants et les médecins traitants des demandeurs d'asile.

- Mettre en place une dérogation au secret médical permettant aux médecins d'envoyer directement à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides les certificats médicaux dans le cas des mineures se disant ou craignant d'être victimes de mutilations sexuelles.

Cependant, ce projet de loi ne fait pas l'unanimité. Le Conseil d'Etat en particulier trouve qu'une nouvelle loi est trop précoce par rapport à la dernière entrée en vigueur en 2016. Il déplore notamment le fait que ce court délai n'a pas permis une évaluation précise et efficace des solutions proposées par la précédente loi, ni une comparaison des chiffres de l'asile et des mesures mises en place dans les autres pays de l'Union Européenne. Enfin, le Conseil d'Etat aurait souhaité une loi apportant des solutions plus efficaces et notamment une ligne de conduite effective pour les services publics afin de structurer l'accueil et l'intégration des demandeurs d'asile.

II- A l'international

CONVENTION DE GENEVE DE 1951 (9) sur les réfugiés. Ce document est la clé de voûte dans la définition du réfugié et de sa protection sur le plan international. C'est ce texte qui a défini le principe de non refoulement selon lequel :

« Aucun Etat contractant n'expulsera ou ne refoulera en aucune manière un réfugié, contre sa volonté, vers un territoire où il craint d'être persécuté. »

PROTOCOLE DE NEW-YORK DE 1967 (10) relatif aux statuts des réfugiés : il vient compléter et renforcer la Convention de Genève de 1951 et retire les restrictions temporelles et géographiques qu'imposait cette dernière.

REGLEMENT EURODAC DU 26 JUIN 2013 (11) : il renforce la coopération entre les états membres de la Convention de Genève en créant une base de données commune avec les empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile âgés de plus de 14 ans.

CONVENTION DE DUBLIN III DU 26 JUIN 2013 (12) sur les critères et mécanismes de détermination de l'Etat européen responsable de l'examen d'une demande d'asile. En général, le pays d'entrée est le pays compétent pour l'évaluation de la demande d'asile. Il existe certaines dérogations, notamment le principe de l'unité familiale qui permet aux membres d'une même famille d'obtenir que la demande soit examinée par un même état membre.

B/ Grands principes du droit d'asile en France

I- Définitions et types de protection

1- Glossaire

Migrant

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) (13), on peut définir un migrant comme

« toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. »

Exilé

Personne contrainte de vivre une situation de migration

Demandeur d'asile

Personne étrangère qui demande l'asile. L'Office Français de l'immigration et de l'intégration (OFII)(14) définit l'asile comme la protection qu'accorde un Etat d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de celle des autorités de son pays d'origine. Si la demande est acceptée le demandeur d'asile devient réfugié. La personne en demande d'asile est sur le territoire du pays d'accueil de façon légale.

Mineur isolé

Les mineurs isolés sont des demandeurs d'asile de moins de dix-huit ans arrivant sans aucun parent ou représentant légal majeur sur le territoire. La procédure d'asile pour les mineurs répond aux mêmes exigences que celle pour les majeurs.

Réfugié

Selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) (15):

« La qualité de réfugié est reconnue à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ainsi qu'à toute personne sur laquelle le haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 14 décembre 1950 ou qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève

du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés. Ces personnes sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève susmentionnée. »

Personne déboutée

Demandeur d'asile n'ayant pas obtenu le statut de réfugié. Il est alors sur le territoire du pays d'accueil de façon illégale.

Vulnérabilité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (16) :

« La vulnérabilité est le degré avec lequel une population, un individu ou une organisation est incapable d'anticiper, de s'adapter, de résister, et de sortir des impacts des catastrophes. »

2- Types de protections

L'asile conventionnel ou asile politique

Cet asile concerne les personnes persécutées par l'Etat ou le pouvoir en place dans leur pays, et ce pour des questions de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social ou à un groupe politique.

En cas de protection, ces personnes bénéficient du statut de réfugié tel qu'il est accordé par la Convention de Genève. Elles peuvent alors bénéficier de garanties de droits civils et sociaux par les Etats signataires. En France, elles sont placées sous la protection juridique et administrative de l'OFPPA et bénéficient ainsi d'une carte de résident valable dix ans.

L'asile constitutionnel

Cet asile concerne les personnes persécutées en raison d'actions en faveur de la Liberté. Pour pouvoir bénéficier de cet asile, les personnes doivent pouvoir répondre à certains critères essentiels.

Ils doivent prouver, comme cela est indiqué par l'OFPPA (15) :

« l'existence d'une persécution effectivement subie dans le pays d'origine, et pas seulement d'une crainte de persécution, être démunis[s] de protection de la part de l'Etat dont le demandeur a la nationalité ou, à défaut de la nationalité établie, du pays de résidence habituelle, un engagement actif en faveur de l'instauration d'un régime démocratique ou pour défendre les valeurs qui s'y attachent, telles que la liberté d'expression et d'opinion, la liberté d'association, la liberté syndicale..., un engagement dicté par des considérations d'intérêt général et non d'ordre personnel. »

Ces personnes, si elles se voient accorder le statut de réfugié, bénéficient des mêmes protections que les

personnes bénéficiant de l'asile conventionnel.

La protection subsidiaire

Cette protection est destinée aux personnes ne répondant aux critères ni de l'asile constitutionnel ni de l'asile conventionnel, mais qui présentent néanmoins des motifs sérieux et avérés de croire qu'elles encourent dans leurs pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

« La peine de mort ou une exécution ; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ; pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international »

(ARTICLE L.712-1 DU CESEDA) (17)

Ces personnes bénéficient alors de la protection administrative et juridique de l'OFPRA, et ce pour une durée d'un an renouvelable, après délivrance d'une carte de séjour temporaire.

Particularité de l'apatridie

Les personnes reconnues comme apatrides sont des personnes

« qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation »(15).

La démarche se fait aussi auprès de l'OFPRA mais selon une procédure d'instruction spécifique.

Les personnes reconnues apatrides bénéficient des mêmes droits que celles ayant une protection subsidiaire. Elles peuvent cependant demander un titre de séjour permanent valable dix ans, après avoir justifié d'un lieu de résidence régulier en France et ce depuis au moins trois ans.

Protection des mineurs isolés

Les mineurs isolés, une fois en France, sont sous la protection du Conseil Général du département de résidence. Ils bénéficient alors de la protection de l'enfance via L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), une fois que leur minorité a été prouvée grâce à une enquête sociale, documentaire et si nécessaire un examen médical spécialisé sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

3 – Asile pour raison médicale

Un demandeur d'asile peut selon **L'ARTICLE L313-11 DU CESEDA** (18) justifier d'une protection contre les mesures d'éloignement pour raisons médicales. En effet, dès lors que son état de santé le requiert, toute personne étrangère nécessitant *« une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire »* peut fournir un certificat médical à l'agence régionale de santé (ARS). Ce

certificat établi à la demande du patient par un médecin agréé de la préfecture ou un praticien hospitalier, permettra à l'ARS d'émettre un avis favorable ou non auprès de la préfecture, selon la pathologie, le traitement en cours et l'évolution prévisible. Le demandeur peut, si la préfecture accepte, obtenir un droit de séjour temporaire pour raison médicale.

Nous avons pu constater lors de notre état des lieux, qu'il existe parfois une confusion entre l'asile pour raison médicale et la demande d'asile « standard », que ce soit auprès des demandeurs, des avocats, des professionnels sociaux ou médicaux.

II- Parcours administratif et social du demandeur d'asile

En fonction des conditions dans lesquelles l'exilé arrive sur le territoire français, les modalités de demande sont différentes. Le demandeur d'asile suit tout de même un parcours administratif assez compliqué que nous allons essayer de détailler.

1- Dépôt de la demande

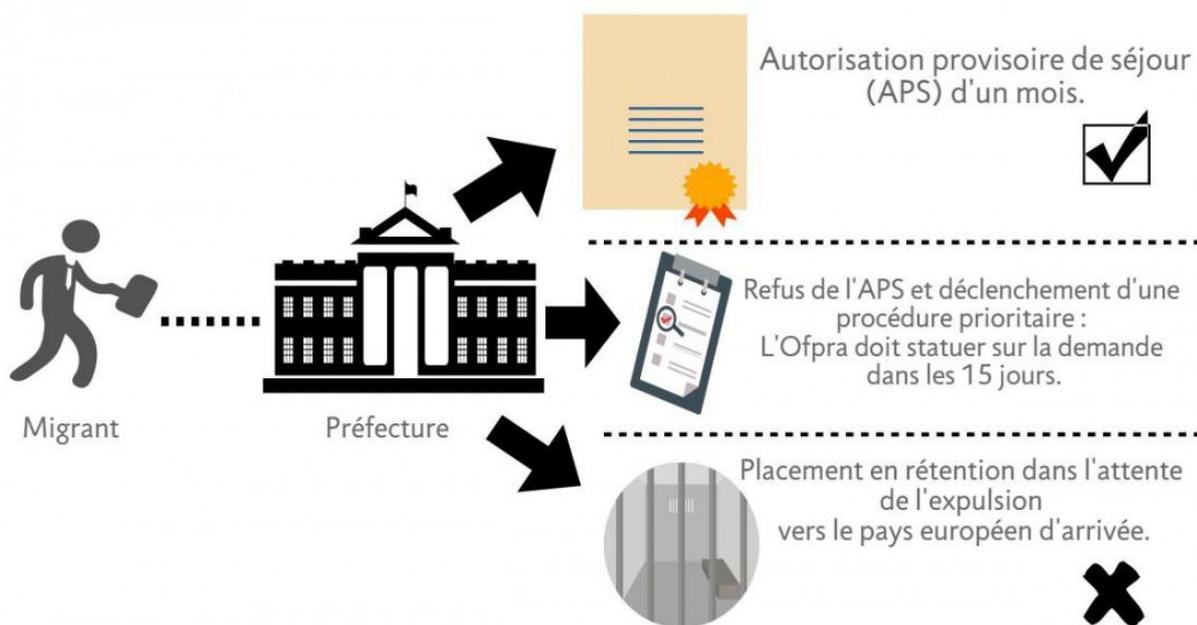


Figure 3 Le Parcours du demandeur d'asile : de l'arrivée à la décision de la préfecture

SOURCE : L'Obs, 12 JUIN 2015

Les demandes d'asile se font auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ou de la préfecture. Pour faciliter les démarches des demandeurs il a été mis en place une demande par formulaire qui permet de réaliser une instruction unique, appelée "guichet unique", au cours de laquelle le demandeur d'asile peut être accompagné de la personne de son choix. Cette demande doit être faite à la préfecture du

lieu de domicile de l'exilé (domicile d'un proche les hébergeant, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA), foyer) après contrôle aux frontières, si ce dernier est entré sur le territoire par voie terrestre, aérienne, maritime ou ferroviaire. En cas d'absence de contrôle aux frontières, c'est aussi à la préfecture du lieu de domicile que la demande doit être déposée.

Les exilés sans passeport ni visa sont placés en "zone d'attente". Le maintien dans ces zones ne peut excéder vingt jours, selon **L'ARTICLE L221-1 DU CESEDA** (19). Cette procédure permet de "*déterminer si la demande n'est manifestement pas infondée*". En effet, l'admission sur le territoire français ne peut être refusée sur l'unique absence des documents requis. La demande d'asile peut donc être faite à tout moment dans les "zones d'attentes", la police aux frontières étant tenue de l'enregistrer. A la sortie des "zones d'attente", le demandeur d'asile reçoit soit un visa de régularisation soit un sauf-conduit de huit jours, lui permettant de se présenter à la préfecture de son lieu de domicile.

Il existe alors les trois possibilités suivantes.

Procédure normale

Le demandeur reçoit une autorisation provisoire de séjour de trente jours en vue des démarches auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), ainsi qu'un formulaire de demande d'asile.

Procédure prioritaire

La préfecture peut déclencher une procédure prioritaire auprès de l'OFPRA pour plusieurs raisons.

Cette procédure dite accélérée est automatique dans deux cas :

- Lorsque le demandeur d'asile a la nationalité d'un pays considéré comme pays d'origine sûre. Cette liste est établie par le conseil d'administration de l'OFPRA.
- Lorsque le demandeur d'asile a effectué une première demande d'asile qui a été définitivement rejetée et qu'il demande son réexamen.

Il existe d'autres cas où la demande peut être placée en procédure accélérée par le guichet unique. Il s'agit de situations pour lesquelles la préfecture estime que la demande est incomplète, infondée ou frauduleuse. Cette priorisation de la demande permet ainsi d'accélérer le traitement de la demande, et si nécessaire de débouter le plus rapidement possible le demandeur d'asile. Ces situations sont les suivantes :

- Si le demandeur d'asile refuse que ses empreintes digitales soient relevées.
- Si le demandeur d'asile cherche à induire les autorités en erreur en présentant de faux documents, en fournissant de fausses indications ou en dissimulant certaines informations.
- Si le demandeur d'asile a présenté plusieurs demandes sous des identités différentes.
- Si le demandeur d'asile a tardé à demander l'asile depuis son entrée en France (plus de 120 jours).
- Si le demandeur d'asile ne dépose une demande que pour faire échec à une mesure d'éloignement.
- Si la présence du demandeur d'asile constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'Etat.

Toutefois, l'OFPPA a la possibilité de reclasser une demande en procédure normale, sans avoir à se justifier au cours de l'instruction s'il l'estime nécessaire.

Placement en rétention

Le demandeur peut être placé en zone de rétention si la demande d'asile n'est pas du ressort de la France. En effet, les empreintes digitales de chaque demandeur sont enregistrées à la préfecture et informatisées selon le règlement Eurodac. Ce règlement, associé à la Convention de Dublin III, permettent de s'assurer qu'un seul Etat de l'Union Européenne est responsable de la demande d'asile. L'Islande et la Norvège sont aussi associées à ce dispositif. Ainsi, la préfecture peut refuser l'administration au séjour si la demande d'asile incombe à un autre pays selon la Convention Dublin III ou alors s'il s'agit du cas particulier des procédures accélérées.

LE PROJET DE LOI DE FEVRIER 2018 (8) prévoit de majorer la durée de rétention à 90 jours pour permettre de réaliser une enquête plus approfondie et mieux orienter les demandeurs d'asile vers le pays qui en sera responsable.

2- Prise en charge sociale par les centres d'accueil avant décision de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPPA)

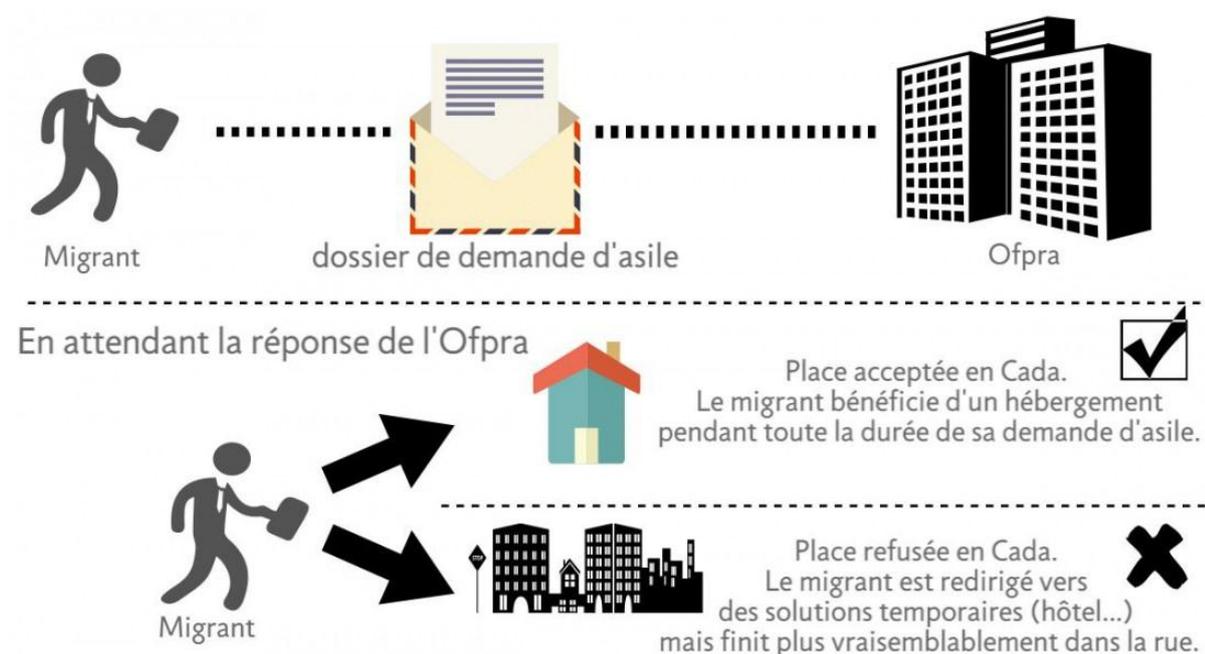


Figure 4 Le parcours du demandeur d'asile : du dépôt du dossier à la prise en charge sociale

SOURCE : L'OBS, 12 JUIN 2015

Hébergement

Au niveau national, il existe des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) qui ont pour principal rôle d'assurer l'hébergement des demandeurs d'asile. Ces structures sont gérées par des travailleurs sociaux d'associations ou d'entreprises. En plus d'assurer l'hébergement, ils organisent aussi la coordination et l'accompagnement des demandeurs d'asile dans leurs démarches. Les CADA ont donc un rôle dans l'hébergement mais aussi dans l'accompagnement social en permettant une socialisation des demandeurs d'asile par la mise en place de formations, de cours de français ou encore en permettant une scolarisation pour les mineurs. Ils peuvent aussi servir de lien entre les demandeurs d'asile et les structures sanitaires quand ils estiment qu'une prise en charge pourrait être nécessaire. Actuellement, il existe deux cent quatre-vingt-cinq CADA répartis sur le territoire, en fonction du nombre d'arrivants par région. Ainsi, l'Île-de-France est la région où l'on relève le plus grand nombre d'hébergements. On note cependant qu'il n'existe pas de structure d'hébergement dans les départements d'outre-mer.

En fonction des conditions de ressources du demandeur, il peut lui être demandé une caution, allant jusqu'à cent cinquante euros pour un adulte, et soixante-quinze euros pour un enfant.

En ce qui concerne les mineurs isolés, ils doivent obligatoirement bénéficier d'un hébergement dans des foyers réservés aux mineurs via l'ASE.

Malheureusement, compte-tenu de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile et de la durée des procédures, bien que celle-ci a été réduite depuis 2015, il n'y a pas assez de place pour accueillir tous les demandeurs qu'ils soient majeurs ou mineurs. Certains sont alors logés dans des foyers ou hôtels mis à disposition, d'autres préfèrent rester dans la rue et refusent l'hébergement proposé. Enfin, certains, dirons-nous peut-être les plus chanceux, bénéficient du soutien de proches, déjà établis dans la région, qui se proposent de les héberger.

Aides, Allocations sociales et Scolarisation

Les demandeurs d'asile peuvent bénéficier d'une Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA), s'ils sont majeurs. Cette allocation est versée jusqu'à la décision de l'OFPPA. Elle a été mise en place devant l'interdiction, pour les demandeurs d'asile, de travailler sur le territoire français, avant un délai de 9 mois. Cependant, les demandeurs d'asile refusant l'hébergement proposé par l'Etat, ne peuvent pas recevoir cette aide, ce qui peut contribuer à augmenter la précarité de ces patients.

LE PROJET DE LOI DE FEVRIER 2018 (8), prévoit de diminuer le délai d'autorisation de travail de 9 mois à 6 mois après l'enregistrement du dossier en préfecture, afin de faciliter l'intégration des demandeurs d'asile par le travail.

Lors de leur prise en charge par les CADA, les demandeurs d'asile peuvent aussi bénéficier de l'aide d'avocats, le plus souvent bénévoles, pour les aider à constituer leur dossier et les guider lors de l'instruction de leur demande à l'OFPPA.

Les enfants bénéficient d'un droit à la scolarisation. Elle est obligatoire pour les enfants de six à seize ans. L'inscription se fait soit auprès des mairies, pour le primaire, soit directement auprès des établissements,

pour le secondaire. Pour les mineurs isolés, ce droit à la scolarisation est pris en charge par l'ASE.

Droit à la sécurité sociale

Les demandeurs d'asile bénéficient de la Protection Universelle Maladie (PUMA) dès le dépôt de demande d'asile à l'OFPPRA. Il s'agit en fait de la CMU, la CMUc ou l'AME, en étant dispensés de la contrainte de vivre sur le territoire français depuis au moins trois mois. Au 1er janvier 2017, le délai de traitement était inférieur à trente jours, pour une première demande ou pour une demande de renouvellement.

La **LOI D'ORIENTATION N°98-657** (20) relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, a permis de créer les dispositifs visant à réduire les inégalités de santé ainsi que les bases de la gratuité des soins sous condition de ressources :

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).
- La Couverture Maladie Universelle (CMU). Les principes de bases de la CMU ont été posés par la **LOI DU 27 JUILLET 1999** (21). Les bénéficiaires ont accès à la couverture obligatoire et à la couverture complémentaire gratuite permettant une exonération du ticket modérateur, mais aussi à la dispense d'avance de frais.
- L'Aide Médicale de l'État (AME) : toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière, peut bénéficier d'une prise en charge sociale depuis le 1er janvier 2000.

L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) a été créée par la **LOI DU 13 AOUT 2004** (22) et a pour objectif d'aider les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU complémentaire (CMUc) à acquérir une assurance complémentaire santé.

3- Instruction auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPPRA)



Figure 5 Le parcours du demandeur d'asile : audition et décision de l'OFPPRA

SOURCE : L'Obs, 12 JUIN 2015

Une fois la demande enregistrée au guichet unique, le demandeur d'asile doit envoyer son dossier complet à l'OFPRA qui va mener l'instruction. Il dispose de vingt-et-un jours pour une première demande et de huit jours pour un réexamen, à la suite de l'émission des documents au "guichet unique". Au cours de cette instruction, le demandeur d'asile présente tous les documents qui lui paraissent nécessaires et utiles à l'appui de sa demande de protection ; il doit notamment prouver les persécutions subies. Il peut être accompagné de la personne de son choix dans ses démarches, très souvent il s'agit de travailleurs sociaux des CADA.

Le demandeur d'asile reçoit alors une lettre d'enregistrement de l'OFPRA qui tient lieu de document civil provisoire et permet la création de son immatriculation à la sécurité sociale. Cette lettre doit être retournée dès réception à la préfecture afin d'obtenir un récépissé de dépôt d'une demande de statut de réfugié, valable pendant toute la durée de l'instruction.

Selon l'article **L723-3 DU CESEDA** (23), l'OFPRA doit convoquer systématiquement le demandeur à une audition. Il appartient à l'OFPRA de trouver un interprète si cela est nécessaire. Actuellement, il est possible de faire ces auditions par visioconférence. Le délai moyen de traitement des dossiers en 2015 était de cent vingt-huit jours.

Il existe alors trois décisions possibles pour donner suite à l'instruction :

- Statut de réfugié
- Protection subsidiaire
- Rejet de la demande d'asile

Au total, le taux de protection accordée en 2017 est de 27,2%, soit en nette diminution par rapport à 2016 qui avait enregistré le plus haut taux de protection depuis dix ans, avec 28,8% d'accord.

Hébergement

Si le statut de réfugié est accordé, les exilés sans logement ni condition de ressource peuvent être logés en Centres Provisoires d'Hébergement (CPH). Ces centres ont pour mission de favoriser l'insertion socio-professionnelle des réfugiés.

En cas de déboutement, le demandeur d'asile dispose d'un mois pour quitter le CADA. En cas de recours, il ne peut donc plus bénéficier de l'aide des travailleurs sociaux et des avocats présents dans ces structures.

4- Recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA)

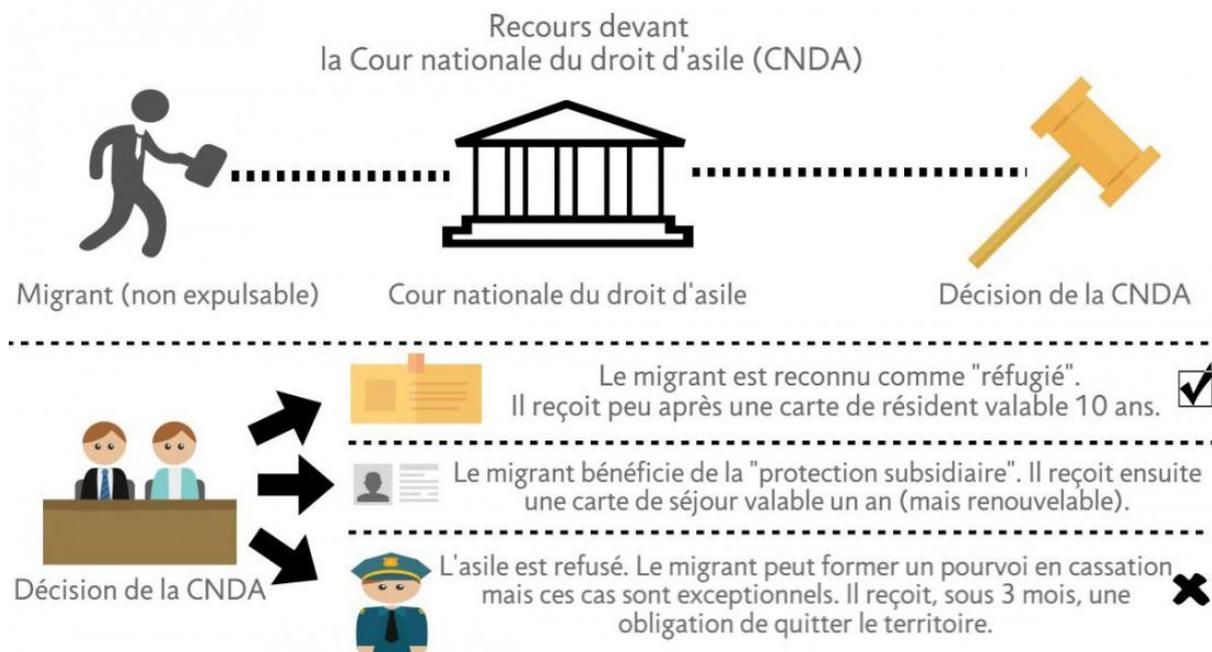


Figure 6 Le Parcours du demandeur d'asile : recours à la CNDA

SOURCE : L'OBS, 12 JUIN 2015

En cas de rejet de protection de l'OFPPA, le demandeur d'asile peut contester cette décision auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), dans un délai de trente jours. C'est au demandeur d'asile d'argumenter sur ce qu'il considère comme une erreur d'évaluation de l'OFPPA. Pendant toute l'instruction auprès de la CNDA, le demandeur d'asile ne peut être expulsé du territoire. Chaque requérant est convoqué à une audience, avec si besoin un interprète assermenté de la CNDA.

Trois décisions sont alors possibles :

- Accord du statut de réfugié.
- Accord de la protection subsidiaire.
- Rejet du recours et donc de la protection. Le migrant doit dès lors quitter le territoire dans les trois mois suivant la décision de la CNDA.

LE PROJET DE LOI DE FEVRIER 2018 (8) prévoit de diminuer le délai pour déposer son recours auprès de la CNDA à quinze jours, pour permettre de réduire les durées d'instruction.

En cas de rejet, le demandeur d'asile recevra une obligation de quitter le territoire ainsi qu'une interdiction de retour et de circulation en France.

Aide juridictionnelle

Pour l'aider dans ces démarches, le demandeur d'asile peut solliciter l'aide juridictionnelle dans les quinze jours suivant la décision de déboutement de l'OFPPA. Cette aide partielle ou totale de l'Etat aux frais de justice, permet aux demandeurs d'asile d'avoir l'assistance d'un avocat selon leurs conditions de ressources.

La CNDA a enregistré cinquante-trois mille cinq cent quatre-vingt-un recours en 2017 soit une augmentation

de 34% par rapport à 2016. (24)

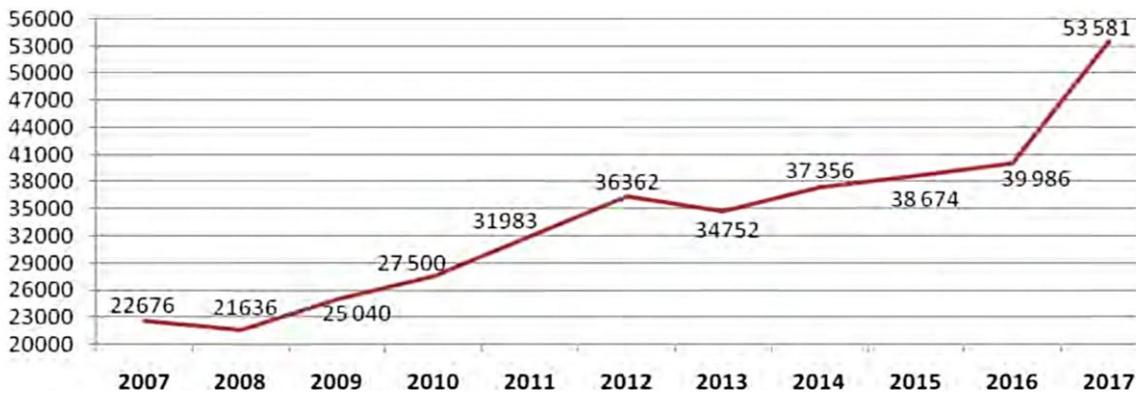


Figure 7 Evolution des recours enregistrés par la CNDA de 2007 à 2017

SOURCE : RAPPORT D'ACTIVITE CNDA 2017

Le délai de jugement auprès de la CNDA est estimé à un peu plus de six mois en 2017, alors qu'il était d'environ cinq mois en 2016. Le nombre de décisions rendues par la CNDA en 2017 est de quarante-sept mille huit cent quatorze, soit une augmentation de 11,3% par rapport à 2016, selon le rapport d'activité de 2017. La CNDA a accordé une protection au demandeur d'asile dans environ 16,8% des cas en 2017, soit un pourcentage légèrement en hausse par rapport à 2016. (24)

Au total, le taux de protection global de l'OFPRA et de la CNDA sur l'année 2017 s'élève à 36% contre 38,1% en 2016. Cela correspond tout de même à la protection de quarante-deux mille huit cent quarante personnes (mineurs isolés inclus).(25) Ce taux reste considérablement bas par rapport aux autres pays de l'union européenne, dont la moyenne est de 61,3%. (26)

5- Demande de réexamen

En cas de déboutement, c'est-à-dire de rejet définitif par la CNDA, le demandeur d'asile peut faire une demande de réexamen. Il doit alors fournir de nouveaux éléments pouvant avoir une influence dans son dossier, auprès de l'OFPRA. Avant cela, il doit demander une nouvelle admission au séjour auprès de la préfecture. Si celle-ci est acceptée, elle est alors valable quinze jours au lieu de trente. Le demandeur dispose alors de huit jours pour soumettre son nouveau dossier à l'OFPRA.

En 2014, le nombre de demandes de réexamen était de cinq mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit et 89% d'entre elles ont été placées en procédure prioritaire par la préfecture.(1)

6- Recours auprès de la cour de Cassation

Il existe un recours contre la décision de la CNDA. Le demandeur d'asile peut se pourvoir en cassation

devant le Conseil d'Etat. La Cour de Cassation juge les problèmes liés à la forme et non au fond, c'est-à-dire qu'une nouvelle instruction ne pourra avoir lieu que si une erreur de législation ou de procédure est relevée par le magistrat. Ces recours sont relativement rares.

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'affaires enregistrées devant le Conseil d'État	737	727	623	847	1 052
<i>dont pourvois introduits par l'OFPRA</i>	11	10	6	14	10
<i>dont pourvois introduits par les requérants</i>	726	717	617	833	1 042
Total des décisions rendues par le Conseil d'État	795	704	687	788	1 069
Pourvois admis partiellement ou totalement	49	23	18	26	24
Décisions rendues après admission en cassation	56	45	22	21	26
<i>dont décisions donnant satisfaction partielle ou totale au requérant</i>	39	30	14	16	21
<i>dont rejet, non-lieu et désistement</i>	17	15	8	5	5

Figure 8 Evolution du nombre de pourvois en Cassation de 2013 à 2017

SOURCE : RAPPORT D'ACTIVITE CNDA 2017

III - Prise en charge sanitaire

Afin d'assurer la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile, il existe différentes structures médicales qui vont intervenir en fonction de l'avancée du parcours administratif et social du demandeur d'asile.

Les différents intervenants vont permettre d'assurer :

- Les soins en rapport avec des pathologies déjà connues du demandeur d'asile.
- La remise à jour du calendrier vaccinal quand cela est nécessaire.
- Le dépistage de pathologies, notamment infectieuses, comme la tuberculose, les hépatites ou le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH).
- L'évaluation et la prise en charge d'éventuelles séquelles en rapport avec la demande d'asile, et si besoin l'établissement de certificats médicaux.

Absence de couverture de sécurité sociale

Comme expliqué précédemment, les demandeurs d'asile bénéficient d'une PUMA une fois le dépôt de demande fait à l'OFPRA. Toutefois, les personnes n'ayant pas encore réalisé leur demande peuvent quand même bénéficier de soins. En effet, la **CIRCULAIRE DU 16 MARS 2005** relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME (**ARTICLE L. 254-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, ISSU DE L'ARTICLE 97 DE LA LOI DE FINANCES RECTIFICATIVE POUR 2003 DU 30 DECEMBRE 2003**) (27) vise à permettre une prise en charge des soins urgents qu'elle que soit la situation administrative des personnes au regard du séjour.

Les services d'urgences des structures hospitalières, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les

Centres de Santé Publique (CSP) et les structures associatives telles que Médecins du Monde (MdM), France Terre d'Asile (FTA) ou encore le Centre Médical pour les Exilés (COMEDE) vont permettre d'assurer les soins et dépistages de façon gratuite en l'absence de toute couverture sanitaire encore effective.

En plus d'assurer les soins des patients demandeurs d'asile, certains centres associatifs comme le COMEDE ou Primo Lévi, se veulent aussi être référents dans la formation des professionnels vis-à-vis des traumatismes psychiques et physiques liés aux violences subies à la fois dans le pays de provenance mais aussi tout au long du parcours d'exil.

Depuis quelques années, les structures associatives voient leur nombre de patients augmenter, avec parfois des patients effectuant de nombreux kilomètres ne sachant pas à qui s'adresser, comme l'indique l'association Primo Lévi située en région parisienne.

Bénéficiaire du droit commun de sécurité sociale

Une fois la demande d'asile faite à l'OFPRA, l'exilé bénéficie de la PUMA.

Théoriquement, il ne dépend donc plus des PASS et CSP qui sont des structures hospitalières prenant en charge les patients ne bénéficiant pas encore d'une sécurité sociale sanitaire. Il peut donc consulter tous types de médecins, qu'ils soient en cabinet libéral ou en structure hospitalière.

Les structures associatives peuvent continuer le suivi mis en place, même si elles essaient autant que possible d'orienter les patients vers les médecins libéraux afin de ne pas être saturées.

Cas particuliers des mineurs isolés

Une des particularités de la situation du mineur isolé est que la préfecture demande un examen médical sur réquisition de l'autorité judiciaire afin de confirmer ou d'infirmier l'âge déclaré. Cet examen doit être réalisé au sein d'une Unité Médico Judiciaire (UMJ). En effet, sur le plan sanitaire, ils sont normalement entièrement pris en charge par le conseil départemental via l'ASE, mais uniquement si cet examen confirme leur minorité, comme le stipule **L'ARTICLE 43 DE LA LOI DU 14 MARS 2016**. (28)

Le gouvernement a établi un protocole médical spécifique afin d'évaluer l'âge du jeune se disant mineur isolé(29). Cet examen est réalisé avec le consentement du jeune, et en présence d'un interprète si cela est nécessaire, afin de déterminer son âge osseux. Il comprend des examens radiologiques comportant :

- Une radiographie de la main et du poignet gauche.
- Un orthopantomogramme.
- Et si nécessaire une tomodensitométrie des extrémités sternales des clavicules.

Le principe de la radiographie est de regarder s'il existe encore la présence de cartilages entre les os de la main et du poignet ou s'ils ont entièrement disparu, ce qui indique un âge supérieur à dix-huit ans, selon l'atlas de Greulich et Pyle. Il existe plusieurs planches féminines et masculines qui permettent de donner un âge à plus ou moins dix-huit mois.

L'orthopantomogramme permet de déterminer une tranche d'âge en fonction de l'état de maturation de la

dentition et notamment de l'éruption complète ou non de la troisième molaire. Comme pour la radiographie du poignet, il existe des tables de maturation permettant de définir l'âge dentaire.

Enfin, en cas de fusion des cartilages de la main et du poignet, une tomодensitométrie des extrémités sternales des clavicules peut être réalisée. S'il existe une fusion métaphyso-épiphysaire de plus du tiers de l'articulation, l'âge est supérieur à dix-huit ans selon les stades de Kellinghaus (30) ou Schmeling (31).

Initialement, l'estimation de l'âge osseux était utilisée :

- En pratique médicale clinique, notamment en pédiatrie, en cas d'anomalies de croissance ou du développement pubertaire. Dans ces situations et contrairement à la législation encadrant l'examen des mineurs isolés, l'estimation de l'âge osseux est associée à un examen somatique à la recherche des caractères sexuels secondaires selon les stades pubertaires de Tanner.
- En anthropologie sociale afin d'étudier l'impact sociétal dans la croissance en fonction des différentes ethnies.
- En anthropologie biologique pour l'identification de cadavre.

Actuellement, il existe un débat au sein de la communauté scientifique vis-à-vis de l'utilisation de ces examens dans l'évaluation de l'âge des mineurs isolés. En effet, certains remettent en cause le fait que les tables de maturation de références ont été établies il y a plus de cinquante ans et ne correspondent plus à l'évolution de la société actuelle. D'autres, critiquent le manque de reproductibilité de ces examens d'une population à l'autre, à cause du mode de vie qui peut influencer la croissance.

Cependant, de nombreuses études scientifiques ont montré que l'évaluation de l'âge osseux par ces techniques était fiable et reproductible si l'examineur était aguerri et formé à la lecture de ces planches.

Il se pose alors les questions éthiques en rapport avec ces examens, notamment sur le bien-fondé pour les patients et sur les conséquences qu'ils peuvent avoir si l'on se base sur le principe du *primum non nocere*.

En effet, d'un point de vue éthique, le Comité Consultatif National d'Ethique en 2004 (32) avait émis un avis défavorable à la réalisation de cet examen devant :

- L'absence d'information donnée au jeune et donc le défaut de consentement éclairé.
- Les difficultés liées à l'évolution de la société et aux différences d'ethnies rendant l'application des tables de maturation de références obsolètes.
- La problématique de la réalisation d'examens irradiants en l'absence de visée thérapeutique ou diagnostique.
- Le rôle et le positionnement du médecin par rapport à la justice.

C/ Prise en charge en région Auvergne-Rhône Alpes

La région Auvergne-Rhône-Alpes a comptabilisé sept mille sept cent treize demandes en 2017, contre cinq mille huit cent vingt en 2016, soit une hausse de 33%. Elle garde ainsi sa place de deuxième région d'accueil des demandeurs d'asile sur le territoire français, derrière l'Île-de-France qui a cumulé vingt-sept mille cent cinq premières demandes, et devant le Grand-Est ayant eu six mille cinquante-deux demandes. Il est à noter que ces chiffres n'incluent ni les mineurs accompagnants ni les apatrides. (1)

Hébergement

Actuellement, on compte douze CADA en Auvergne, et trente-deux en Rhône-Alpes.

Département	Ville
01 – Ain	Ambérieu en Bugey
	Miribel
07 – Ardèche	Annonay
	Privas
	Saint-Agrève
26 – Drôme	Tournon sur Rhône
	Valence
	Grenoble
38 – Isère	Le péage Roussillon
	Pont-de-Chéruy
	Saint Quentin Fallavier
	Andrézieux Bouthéon
42 – Loire	Boën
	Riorges
	Roanne
	Bron
69 – Rhône	Fontaines Saint Martin
	Givors
	Lyon
	Saint Genis Laval
73 – Savoie	Villeurbanne
	Vaulx en Velin
	Albertville
	Chambéry
74 – Haute Savoie	Montmélian
	Annecy

	La Roche sur Foron
	Rumilly
	Saint-Jeoire-en-Faucigny
03 – Allier	Cusset
	Montluçon
	Montmarault
	Moulin
15 – Cantal	Aurillac
43 – Haute Loire	Langeac
	Le Chambon sur Lignon
63 – Puy de Dôme	Bussiè-res-et-Pruns
	Cunlhat
	Saint Eloy les Mines
	Cébazat
	Royat

Figure 9 Liste des CADA en Auvergne-Rhône-Alpes

SOURCE : [HTTP://ANNUAIRE.ACTION-SOCIALE.ORG/ETABLISSEMENTS/READAPTATION-SOCIALE/CENTRE-ACCUEIL-DEMANDEURS-ASILE--C-A-D-A---443/RGN-RHONE-ALPES.HTML](http://annuaire.action-sociale.org/ETABLISSEMENTS/READAPTATION-SOCIALE/CENTRE-ACCUEIL-DEMANDEURS-ASILE--C-A-D-A---443/RGN-RHONE-ALPES.HTML)

Les CPH sont en revanche peu nombreux, on en compte uniquement quatre en Rhône-Alpes.

Département	Ville	Nombre de places
01 - Ain	Miribel	130
38 – Isère	Grenoble	65
69 - Rhône	Lyon 5 ^{ème}	56
	Lyon 8 ^{ème}	40

Figure 10 Liste de CPH en Rhône-Alpes

SOURCE : [HTTP://ANNUAIRE.ACTION-SOCIALE.ORG/ETABLISSEMENTS/READAPTATION-SOCIALE/CENTRE-PROVISOIRE-HEBERGEMENT--C-P-H---442/RGN-RHONE-ALPES.HTML](http://annuaire.action-sociale.org/ETABLISSEMENTS/READAPTATION-SOCIALE/CENTRE-PROVISOIRE-HEBERGEMENT--C-P-H---442/RGN-RHONE-ALPES.HTML)

Prise en charge sanitaire

Sur le plan médical, il existe peu de structures associatives sur la région au vu de l'étendue de cette dernière. Nous pouvons toutefois répertorier :

- Médecins du Monde (MdM) ayant une antenne à Lyon et une à Grenoble.
- Forum Réfugiés situé à Lyon, qui assure l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile mais aussi une prise en charge sanitaire via l'association Essor
- Médecine et Droit d'Asile (MÉDA), qui a pour vocation exclusive de fournir des certificats médicaux aux demandeurs d'asile ayant fait un recours auprès de la CNDA. Cette association, située à Lyon, a

été créée en janvier 2016 afin de poursuivre le travail et les missions du Centre de Droit et Ethique de la Santé (CDES) en faveur des demandeurs d'asile créé en 1999.

De plus, il existe bien évidemment les différentes structures hospitalières, ainsi que les différents cabinets des médecins généralistes libéraux.

Actuellement, les textes de loi en rapport avec la santé des demandeurs d'asile sont peu nombreux et peu précis. En effet, ils imposent la réalisation d'un examen physique et psychologique dans les plus brefs délais sans déterminer précisément ce délai ni l'impact que peut avoir la consultation médicale pour le demandeur d'asile.

D/ Clinique des demandeurs d'asile

Les raisons de l'exil et de l'asile peuvent être multiples et font appel à des processus parfois mal compris dans les pays non concernés par ce phénomène. La cause du départ ainsi que le parcours migratoire auxquels est confronté le demandeur d'asile laissent diverses séquelles qu'il va être important de savoir rechercher afin d'assurer une prise en charge médicale adaptée à ces patients.

Il existe plusieurs types d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique chez les demandeurs d'asile, répondant à une typologie des violences spécifiques en fonction de leurs pays d'origine. De façon non exhaustive, nous pouvons par exemple citer :

- Les sévices corporels multiples (arme blanche, arme à feu, coups de bâtons, coups de fouet, électrisation, ...).
- Les sévices sexuels par viols, mutilations ou excision.
- Les emprisonnements abusifs.
- Les interrogatoires prolongés avec privation des besoins vitaux (privation d'eau ou de nourriture, maintien dans le noir ou à l'inverse dans un environnement éclairé, ...).
- L'enrôlement forcé dans l'armée ou encore dans la prostitution.
- Les disparitions et enlèvements de proches.
- L'esclavagisme moderne.
- Les menaces, humiliations et harcèlements répétés.
- Les obligations à assister à des exécutions.
- Les génocides.

La définition de la torture telle qu'établie par L'Organisation des Nations Unies (ONU) dans la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée en 1984 (33), comprend :

- L'intentionnalité.
- L'infliction de douleurs et de souffrances physiques ou mentales graves, perpétrée par un agent de la fonction publique ou de toute autre personne agissant à titre officiel.
- L'infliction de douleurs ou de souffrances à l'instigation ou avec le consentement exprès ou tacite de la personne susmentionnée.

Dans le cadre de la procédure d'asile, les travailleurs sociaux ainsi que les avocats incitent les demandeurs d'asile à faire établir par leur médecin un certificat médical de constat des lésions séquellaires, physiques et psychologiques, pouvant corroborer leurs dires.

Il est important de préciser, que l'interrogatoire, se doit d'être le plus précis et exhaustif possible afin de connaître exactement les types de violences subies. Cependant, le médecin doit faire preuve d'empathie et de patience, afin d'établir un climat de confiance auprès du demandeur d'asile, pour qu'il puisse énoncer son histoire et rendre ensuite possible la réalisation de l'examen somatique.

I- Violences physiques

La typologie des violences est particulière au vu de la diversité et de l'intensité des traumatismes vécus par les demandeurs d'asile, il semble donc important de réaliser de façon systématique un examen somatique corporel complet, afin de rechercher les stigmates des violences, comme stipulé dans le protocole d'Istanbul.(34)

1 - Examen somatique

Un examen clinique intégral doit être réalisé à la recherche de lésions tégumentaires et/ou articulaires afin de rechercher des séquelles cutanées ou des handicaps en rapport avec les violences et les plaintes rapportées.

Cet examen peut mettre en évidence des cicatrices pouvant être consécutives à différents mécanismes lésionnels, pour lesquelles il va être important d'essayer de rechercher une spécificité pouvant corroborer les dires du demandeur d'asile. Différentes lésions peuvent être visualisées :

- Des cicatrices ou plaies secondaires à des brûlures, armes à feu, armes blanches ou objets contondants (coups de bâtons, coups avec une barre).
- Des déformations osseuses ou fractures.

En fonction des lésions constatées, il peut être intéressant de prendre des photographies afin de les inclure dans le certificat. Il peut aussi être nécessaire de faire des examens complémentaires telles que des

radiographies ou examens tomodensitométriques. Brogdon a réalisé un atlas des atteintes radiologiques que l'on peut visualiser chez les patients victimes d'actes de torture ou de barbarie. (35)

Il peut aussi être constaté une limitation de certaines amplitudes articulaires liées à des maintiens dans des positions non anatomiques, entraînant des lésions ligamentaires et tendineuses. Les tortures positionnelles (suspension, banc du tigre, pneu) sont particulièrement nombreuses, il est donc important de faire un interrogatoire le plus complet possible, pour mieux comprendre et évaluer les éventuelles lésions secondaires à ce type de violence. Afin d'objectiver au mieux ces atteintes, l'examen clinique doit tenter de mesurer précisément les amplitudes articulaires et d'évaluer si un déficit est présent.

Il est à préciser également que certaines techniques de torture, comme les techniques de suffocation (sac sur la tête, inhalation forcée de ciment, maintien la tête sous l'eau) ne laissent pas forcément de traces physiques séquellaires mais peuvent avoir induit une clinique en lien avec l'hypoxie prolongée.

Il est impossible de répertorier tous les mécanismes de violences, ce d'autant qu'un patient peut rapporter plusieurs types de sévices lors d'un même ou de plusieurs épisodes de tortures. Néanmoins, certains sont assez caractéristiques selon le pays de provenance du demandeur d'asile. Nous prendrons ici en exemple certains types de sévices spécifiques à quelques pays.

Soudan

Si nous nous intéressons au Soudan(36), principal pays de provenance des demandeurs d'asile en 2015 et 2016, les techniques de torture les plus répandues sont les passages à tabac, les suspensions, les brûlures, les violences sexuelles, les chocs électriques et les privations de nourriture, d'eau et de sommeil. L'exposition prolongée à des températures extrêmes, les longs enfermements dans des lieux exigus et les menaces de mort et de viol sont aussi employés.

Une des techniques employées est la « *falaka* », technique de punition ancestrale répandue dans le bassin méditerranéen et dans les pays de confession musulmane qui consiste à donner des coups de bâton sur la plante des pieds. Ces violences sont pour la plupart perpétrées par les forces de défense et de sécurité dans le but de contrôler la répression et d'obtenir des aveux dans un contexte de conflit politique, religieux et économique.

Les suspensions vont par exemple occasionner des lésions tendineuses et ligamentaires, voire des arrachements osseux en fonction de la durée du châtiment.

La « falaka » peut entraîner quant à elle, des hématomes internes, un aplatissement de la voûte plantaire, des lésions nerveuses ainsi que des troubles de la marche.



Figure 11 La Falaka

SOURCE : [HTTP://WWW.LAFSOZLUK.COM/2010/05/FALAKA.HTML](http://www.lafsozluk.com/2010/05/falaka.html)

Chine

La Chine(37) a pour particularité d'être un régime communiste dans lequel le contrôle des idées, des personnes et des groupes est conservé avec une répression nette des mouvements d'opposition. Les violences les plus fréquentes sont réalisées lors de détentions secrètes non officielles, par les forces de l'ordre.

Les techniques utilisées par le régime chinois sont assez particulières, avec notamment :

- « **La chaise du tigre** » : chaise en métal dans laquelle les bras, le buste et les jambes sont immobilisés par des anneaux en métal



Figure 12 La Chaise du tigre

SOURCE : [HTTPS://WWW.HRW.ORG/FR/NEWS/2015/05/13/CHINE-LES-TORTURES-POLICIERES-CONTINUENT-MALGRE-CERTAINES-REFORMES](https://www.hrw.org/fr/news/2015/05/13/chine-les-tortures-policieres-continuent-malgre-certaines-reformes)

- « **Le banc du tigre** » : la personne est immobilisée sur un banc, et des briques sont progressivement ajoutées en dessous de ses pieds pour forcer ses jambes à se plier à l'envers jusqu'à ce que les liens qui les retiennent cassent. Cette technique de torture peut occasionner des lésions ostéoarticulaires et ligamentaires liées à des dislocations responsables de douleurs chroniques et de troubles de la marche par déformations osseuses importantes.



Figure 13 Le Banc du tigre

SOURCE : [HTTPS://WWW.THEEPOCHTIMES.COM/LABOR-CAMPS-CLOSING-BUT-HORROR-CONTINUES_286126.HTML](https://www.theepochtimes.com/labor-camps-closing-but-horror-continues_286126.html)

Syrie

Enfin, les demandeurs d'asile provenant de Syrie(38) décrivent des actes de torture lors des détentions. Le nombre de demandes d'asile en provenance de ce pays ne cesse d'augmenter par suite du conflit armé ayant débuté en 2011.

Dans les techniques utilisées, on retrouve des pendaisons collectives, des viols et mutilations sexuelles mais aussi des sévices spécifiques comme le " tapis volant" ou "le pneu".

- Le « **tapis volant** » consiste à attacher la personne sur le dos à une planche pliante dont les deux bouts se rejoignent progressivement. Comme pour le banc du tigre, cela peut entraîner des lésions ostéoarticulaires et ligamentaires majeures.



Figure 14 Le Tapis volant

SOURCE : [HTTPS://WWW.AMNESTY.ORG/FR/LATEST/CAMPAIGNS/2016/08/SYRIA-TORTURE-PRISONS/](https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2016/08/syria-torture-prisons/)

- **La technique du « pneu »** consiste à faire entrer la personne de force dans un pneu, le front contre les genoux ou les chevilles, et à la battre, le plus souvent avec un bâton.



Figure 15 La technique du Pneu

SOURCE : [HTTPS://WWW.AMNESTY.ORG/FR/LATEST/CAMPAIGNS/2016/08/SYRIA-TORTURE-PRISONS/](https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2016/08/syria-torture-prisons/)

2- Examen des organes génitaux externes

Cet examen devrait être pratiqué de façon systématique lorsqu'un demandeur d'asile confie avoir vécu des violences physiques. Les femmes y sont le plus souvent confrontées, soit lors de viols qui peuvent être réalisés en présence d'un public, soit lors de mutilations sexuelles, et ce, dès leur plus jeune âge.

Les mutilations sexuelles féminines se rencontrent principalement en Afrique subsaharienne et dans quelques pays d'Asie du sud-est. Une mutilation sexuelle est le fait de réaliser une lésion voire une ablation totale ou partielle des organes génitaux. L'OMS a réalisé une classification de ces sévices (39) :

- Type I : ablation totale ou partielle du clitoris et du capuchon.
- Type II : ablation totale ou partielle du clitoris et/ou des petites lèvres. Une excision, c'est-à-dire une ablation totale ou partielle des grandes lèvres peut y être associée.
- Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal par ablation puis accolement des petites lèvres ou des grandes lèvres, on parle d'infibulation. Une clitoridectomie (excision du clitoris) peut y être associée.
- Type IV : toutes les interventions non thérapeutiques réalisées sur les organes génitaux. Nous pouvons citer en exemple, la scarification, la cautérisation, le percement ou encore la ponction.

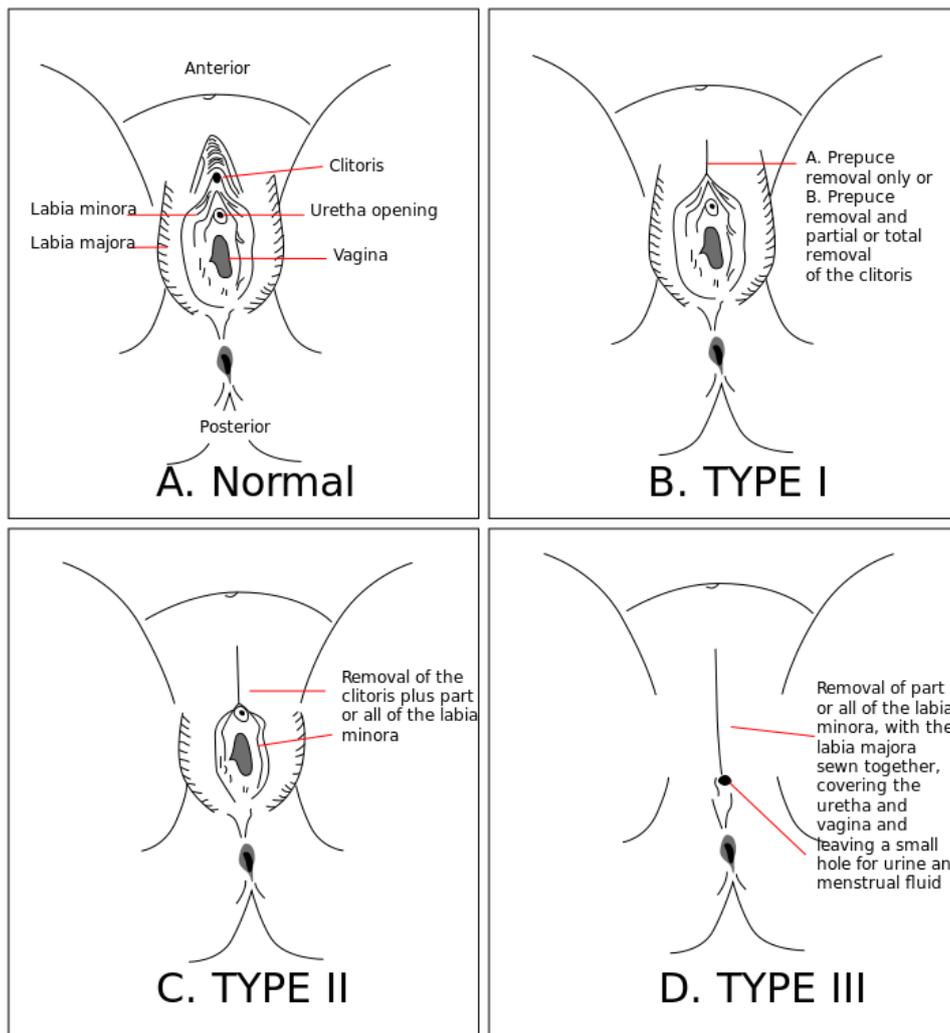


Figure 16 Types de mutilations sexuelles féminines

SOURCE : [HTTPS://FR.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/EXCISION#/MEDIA/FILE:FGC_TYPES.SVG](https://fr.wikipedia.org/wiki/Excision#/media/File:FGC_Types.svg)

Depuis août 2017, un **ARRETE DU CESEDA** (40) impose que toute mineure se disant victime de mutilations sexuelles ou craignant de l'être dans son pays d'origine, soit examinée par un médecin légiste au sein d'une unité médico-judiciaire. Le certificat médical établi à l'issue de cet examen doit être remis à l'OFPPA par le représentant légal au cours de l'instruction du dossier.

Le **PROJET DE LOI DE FEVRIER 2018** (8) prévoit que ce certificat soit transmis directement par le médecin afin de limiter les oublis et retards de transmission.

Pour les hommes, nous pouvons noter qu'ils subissent aussi des violences à caractère sexuel comme les sodomies et les fellations. Il est aussi important de regarder s'il existe des cicatrices ou plaies consécutives à des coups portés, des perforations ou des brûlures au niveau des organes génitaux externes.

Ainsi, un examen gynécologique complet doit être réalisé avec l'examen des organes génitaux externes, des parois vaginales grâce à un examen au spéculum chez la femme, et de la marge anale avec un examen avec un anoscope chez l'homme et la femme. Ces examens sont nécessaires afin de rechercher des fissures,

plaies ou cicatrices des muqueuses vaginales et/ou anales.

II- Violences psychologiques

Du point de vue des séquelles psychologiques il est important de connaître la symptomatologie et certaines pathologies spécifiques aux évènements traumatiques afin d'essayer d'accompagner au mieux les demandeurs d'asile.

1 - Violences psychologiques directes

Dans certains pays de provenance, il est de coutume de faire croire à de fausses exécutions, d'utiliser la menace et les harcèlements répétés pour obtenir des aveux. Dans d'autres pays, les agresseurs vont obliger les proches à assister à des actes de torture voire même à une exécution. Enfin, il semble évident que les violences physiques subies vont laisser des séquelles à la fois organiques et psychologiques, d'autant plus si elles sont répétées ou prolongées. Les pathologies les plus souvent rencontrées chez les demandeurs d'asile sont les syndromes anxieux ainsi que les états de stress post traumatiques.

Réactions péri-traumatiques

Les demandeurs d'asile sont le plus souvent vus en consultation plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'évènement traumatique. Cependant, des éléments permettant de définir un état de stress dépassé peuvent être recherchés rétrospectivement (41). Ces signes sont des facteurs de mauvais pronostic car sont précurseurs d'une évolution vers un psycho-traumatisme. Il est aussi important de les connaître car ils peuvent expliquer le discours incomplet de certains demandeurs d'asile. Nous retiendrons principalement :

- L'amnésie dissociative qui empêche de se souvenir de tout ou partie de l'évènement traumatique.
- La stupeur dissociative qui est liée à un état de sidération et de confusion. La personne semble indifférente à l'expérience traumatique vécue. Cette stupeur peut entraîner a posteriori une distorsion du déroulement précis des faits.
- La dépersonnalisation correspond à des sensations de dédoublement, à l'impression de ne pas vivre l'action en personne.
- La déréalisation est le sentiment d'être détaché de l'évènement et de ressentir de fausses perceptions du traumatisme.

Etat de stress post traumatique

L'état de stress post traumatique correspond à une pathologie réactionnelle à un évènement traumatique ayant occasionné un vécu de violence d'une intensité majeure et un sentiment de mort imminente. Il peut

survenir à la suite d'un état de stress aigu, ou après un intervalle libre, de façon retardée. Les principaux signes à rechercher sont (42) :

- *Un syndrome de répétition* qui comprend des souvenirs et cauchemars répétitifs, involontaires et envahissants de l'élément traumatique. Il peut être accompagné d'éléments dissociatifs comme la visualisation de scènes, au cours desquelles le patient a le sentiment que le traumatisme se produit de nouveau.
- *Des conduites d'évitement* afin d'éviter de se retrouver dans des situations qui rappellent les événements et entraîneraient un sentiment de détresse importante.
- *Une altération négative des pensées et de l'humeur* empêchant par exemple de se souvenir d'un aspect important de l'expérience traumatisante, ou alors entraînant un sentiment de culpabilité vis-à-vis de cet événement.
- *Une altération de l'éveil et de la réactivité* qui comporte par exemple une hypervigilance, des troubles de concentrations et des troubles du sommeil.

Il est important de préciser qu'une dissociation peut persister et donc modifier ou empêcher le récit précis des scènes traumatisantes.

2 - Violences psychologiques indirectes

Les séquelles psychologiques des migrants peuvent être secondaires au parcours de migration, notamment chez les demandeurs d'asile pour raison économique. Ces violences psychologiques indirectes peuvent aussi venir majorer la détresse déjà présente chez ceux ayant subi des violences dans leur pays d'origine. Une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive est donc à rechercher.

Traumatisme lié à l'exil

Dans les témoignages des demandeurs d'asile beaucoup parlent de la difficulté de quitter leur pays, leurs origines, leur famille. La majorité de ces demandeurs d'asile partent avec l'espoir d'un avenir meilleur à l'arrivée dans le pays d'asile mais sans imaginer la difficulté du parcours migratoire.

Désillusion à l'arrivée dans le pays d'accueil

Pour certains, l'arrivée en France est initialement empreinte d'espoir mais une fois arrivés sur le territoire, la peur, la précarité, les démarches et le choc culturel peuvent s'inscrire dans un réel phénomène de vulnérabilité psychique.

Insoutenable attente de la décision

L'attente de la décision de l'OFPPA peut de nouveau occasionner un traumatisme chez certains des demandeurs d'asile. En effet, ils doivent raconter ce qu'ils ont vécu dans les détails afin d'espérer avoir le

statut de réfugié. Enfin, la peur de se voir débouter et de devoir retourner dans leur pays d'origine peut pour certains majorer les séquelles déjà présentes, d'autant que les motivations de rejet peuvent être parfois difficiles à entendre, comme dans la décision de rejet que nous avons mis en annexe dans ce travail (annexe 1).

E/ Concept de vulnérabilité

Une évaluation de la vulnérabilité est effectuée pour chaque demandeur d'asile, cependant, cette évaluation n'est pas faite au sens médical du terme. En effet, la [DIRECTIVE 2013/33/UE DU 26 JUIN 2013](#) (43), établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale impose que chaque pays de l'Union Européenne évalue la vulnérabilité des demandeurs d'asile afin qu'ils puissent bénéficier si nécessaire des structures et aides adaptées. Cependant, le terme de vulnérabilité au sens juridique du terme, et plus précisément dans le cadre de la procédure des demandes d'asile manque de définition exacte. [L'ARTICLE L744-6 DU CESEDA](#) (44) précise quelles sont les personnes particulièrement concernées par cette évaluation, en établissant une liste non exhaustive et regroupant de nombreuses catégories de personnes différentes n'ayant pas les mêmes besoins de prise en charge d'un point de vue sanitaire :

« L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations génitales féminines. »

En France, cet examen est réalisé par les agents administratifs de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) dans le cadre du projet Protectable mis en place par les pays membres de l'Union Européenne (45). Un questionnaire succinct, traduit en plusieurs langues, a été établi afin de hiérarchiser les souffrances pour chaque demandeur d'asile, dans le but d'adapter la procédure administrative, et les conditions d'accueil et d'hébergement du demandeur en fonction de ses besoins.

Si l'on se base sur les critères de ce questionnaire, ce dernier ne semble donc pas adapté et assez spécifique aux problématiques des demandeurs d'asile, car comme dit précédemment, la majorité de ces patients présente un syndrome de stress post traumatique et donc un fort risque de vulnérabilité. Cette notion juridique de vulnérabilité et cette évaluation non médicale risquent donc de majorer les inégalités entre demandeurs d'asile considérés comme vulnérables par l'OFII et les autres.

Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

PROTECT ne peut servir à déterminer le statut juridique de la personne ni ne peut être utilisé pour limiter ses demandes et ses droits au cours des démarches ultérieures.

Quel est le but de ce questionnaire ?

Ce questionnaire PROTECT a été conçu afin de faciliter la procédure d'accueil des demandeurs d'asile conformément aux directives du Conseil de l'Union Européenne¹.

Le questionnaire facilite l'identification précoce des personnes susceptibles d'avoir subi des expériences traumatiques, telles que les victimes de torture ou de violences psychiques et/ou physiques.

Les demandeurs d'asile ayant subi de tels traumatismes doivent être orientés vers des professionnels de santé dès le début de leur procédure d'asile afin d'éviter la détérioration de leur état de santé et la chronicisation de leurs problèmes médicaux et de permettre l'adaptation de leurs conditions d'accueil et de leur procédure d'asile.

Quand utiliser ce questionnaire ?

Dès l'arrivée dans le pays d'accueil, une protection physique et des premiers soins doivent être fournis. Il est recommandé de ne soumettre ce questionnaire qu'après une période de repos (par exemple de 7 à 10 jours).

Il est préférable de l'appliquer aux demandeurs d'asile, y compris dans des circonstances difficiles, plutôt que de ne pas le faire en attendant des conditions idéales.

Parfois, les problèmes psychologiques causés par des expériences traumatiques se manifestent tardivement. C'est pourquoi il est alors utile de réaliser une évaluation différente, ou de remplir le questionnaire une seconde fois à un moment ultérieur, la notation pouvant parfois changer.

¹ Notamment l'article 17 et les articles 15 et 20 de la directive du Conseil relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile (2003/9/CE du 27 janvier 2003) et plus particulièrement l'article 12 §3 et l'article 13 §3 alinéa a) de la directive du Conseil relative aux normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres (2005/85/CE du 1er décembre 2005).

Comment soumettre ce questionnaire?

Avant de poser l'ensemble des questions, merci de lire l'introduction qui suit au demandeur d'asile afin de l'informer sur le sens de ce questionnaire et d'instaurer, si possible, un climat de confiance et de sécurité.

Le questionnaire propose une évaluation graduelle (« risque faible », « risque moyen » ou « risque élevé ») des risques consécutifs à une expérience traumatique.

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être donnée au demandeur d'asile afin qu'il puisse la présenter à chaque rendez-vous avec les professionnels de santé, les conseillers juridiques ou les agents de l'administration.

Texte à lire avant de poser les questions :

Chère Madame, cher Monsieur,

L'Union Européenne a adopté des instructions afin de prendre en compte la situation de certains demandeurs d'asile qui auraient des besoins spécifiques.

Ce questionnaire a été créé conjointement par des professionnels de santé et des juristes. Il sera l'occasion de parler de votre santé. Vous pouvez refuser d'y répondre.

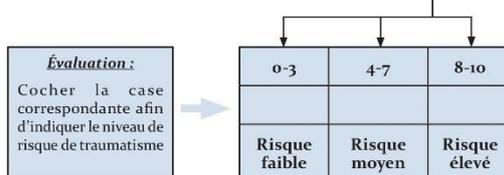
Le but de ce questionnaire est de vous aider au mieux en déterminant si vous avez des besoins spécifiques.

En conséquence, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et il est important que vous vous sentiez aussi libre et naturel que possible quand vous répondez.

Merci de répondre par OUI ou NON. Durant le questionnaire, essayez de vous concentrer sur votre expérience de ces dernières semaines.

Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

Questions		Oui	Non
<i>« souvent » signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance</i>			
1	Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?		
2	Faites-vous souvent des cauchemars ?		
3	Avez-vous régulièrement des maux de tête ?		
4	Avez-vous d'autres douleurs physiques ?		
5	Vous mettez-vous facilement en colère ?		
6	Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?		
7	Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?		
8	Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?		
9	Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?		
10	Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?		
Nombre de réponses répondues par «oui» →			



En cas de risque « moyen » et « élevé », le demandeur d'asile devrait consulter un spécialiste afin de passer des examens médicaux et psychologiques. Un risque « faible » n'exclut pas la possibilité que le demandeur d'asile ait subi des expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard. Une autre détection devrait être menée à bien.

Autres remarques (par exemple : la personne pleure, ne montre aucune réaction, donne l'impression d'être absente... / difficultés liées à la compréhension des questions / conditions particulières de l'entretien...):

Ces observations doivent être partagées avec la personne.

Nom du demandeur d'asile :

Date de naissance :

Pays d'origine :

Date :

J'accepte qu'une copie de ce questionnaire soit gardée par l'organisation de l'intervieweur et soit utilisée pour un usage statistique (signature)

Organisation (tampon si possible)

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être remise au demandeur d'asile avec la recommandation de le présenter chaque fois qu'il/elle rencontre un professionnel de santé, un conseiller juridique ou un agent de l'administration.

Figure 17 Questionnaire Protect

SOURCE : [HTTP://PROTECT-ABLE.EU/WP-CONTENT/UPLOADS/2013/01/PROTECT-QUESTIONNAIRE-FRENCH.PDF](http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/PROTECT-QUESTIONNAIRE-FRENCH.PDF)

DEUXIEME PARTIE : Paroles de médecins

A l'origine de ce travail de thèse résident plusieurs interrogations que nous avons voulu explorer. En effet, lors de notre état des lieux, il nous a semblé qu'il existait plusieurs obstacles à la prise en charge médicale des demandeurs d'asile :

- Une demande de soins plus importante que l'offre sanitaire proposée.
- Une disparité en fonction des départements.
- Une carence de formation médicale sur les demandeurs d'asile et leurs besoins.
- Une absence d'information sur l'impact du certificat dans la demande d'asile et sur ce que ce dernier doit contenir.

Ainsi, lors de nos entretiens avec les travailleurs sociaux, nous avons souvent entendu « *l'offre de soin n'est pas suffisante...* » ou encore « *nous avons des difficultés à adresser les demandeurs aux médecins qui sont nombreux à refuser de les voir* », ou bien « *ils finissent aux urgences pour des situations qui n'en sont pas* ». Les travailleurs sociaux rencontrés en CADA et dans les structures associatives, exprimaient aussi qu'il y avait souvent « *un décalage entre les attentes des patients et les médecins...Une fois, on a envoyé un patient pour son suivi médical et il est revenu avec un certificat et sans traitement...* ». Une travailleuse sociale, nous a indiqué par la suite qu'une des difficultés essentielles pour ces patients était d'obtenir un certificat médical pouvant corroborer leurs dires vis-à-vis des violences physiques et psychiques subies dans leur pays d'origine.

Enfin, un avocat et un travailleur social ont aussi évoqué l'idée d'une structure médicale dédiée aux demandeurs d'asile.

En nous intéressant de plus près à la formation médicale reçue au cours des six années d'externat, puis à celle reçue au cours de l'internat, et notamment la formation des médecins généralistes, il n'existe pas de formation quant à :

- La prise en charge des patients migrants dans leur globalité et encore moins sur la prise en charge du patient demandeur d'asile.
- La clinique particulière liée à la différence de culture et d'histoire de vie de ces patients.

Il existe cependant quelques stages dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et dans le Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) mais peu accessibles car limités en place et non obligatoires.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ont bien publié des référentiels, respectivement sur la prise en charge du patient

migrant accompagné s'exprimant mal en français, et sur les soins et l'accompagnement des migrants et étrangers en situation précaire, mais sont-ils connus des médecins et sont-ils utilisables en pratique ?

Enfin, il existe des diplômes universitaires traitant de la santé et de la précarité, mais ces formations sont payantes, et s'adressent bien souvent à des professionnels déjà ancrés dans les soins de cette population.

Nous avons donc voulu savoir si les obstacles mis en exergue à la suite de notre travail préliminaire étaient présents en pratique courante chez les principaux acteurs du parcours de soins des demandeurs d'asile.

A/ Matériel et méthode

Nous rappelons que l'objectif principal de ce travail est d'évaluer les principales difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge des demandeurs d'asile. Il nous semble primordial de définir ce que nous entendons par prise en charge médicale dans ce travail. Il va s'agir essentiellement de trois choses :

- L'évaluation par le médecin d'éventuelles séquelles physiques ou psychiques liées à ce qu'ils ont vécu dans leur pays d'origine ou lors du parcours d'exil.
- La réalisation d'un certificat descriptif des lésions en cas de séquelles, du fait de la violence et des traumatismes qui rendent si particulière la relation de soins avec ces patients.
- Le suivi médical du patient et le dépistage de pathologies.

Nous avons volontairement décidé d'exclure :

- Les urgentistes, qui interviennent de façon ponctuelle dans la prise en charge de ces patients.
- Les psychiatres car de nombreux travaux concernant les troubles psychiatriques des demandeurs d'asile ont déjà été réalisés et qu'ils arrivent en second temps dans la prise en charge spécialisée de cette population.

Il nous a semblé intéressant d'interroger des médecins travaillant dans différentes structures afin de tenter de suivre le parcours médical du demandeur d'asile et d'essayer de refléter au mieux les problématiques des médecins en fonction de l'évolution de la situation sociale du demandeur d'asile. En effet, nous avons pu déterminer lors de notre état des lieux, un accès progressif aux différentes structures médicales en fonction du statut des demandeurs d'asile.

Nous avons donc inclus :

- Les médecins des associations qui reçoivent les migrants et demandeurs d'asile, avec ou sans droits de sécurité sociale.
- Les médecins des PASS qui travaillent dans des structures hospitalières, recevant des patients

n'ayant ni AME, ni CMU, ni sécurité sociale.

- Les médecins généralistes qui prennent le relais dans la prise en charge, une fois les droits de sécurité sociale ouverts. Ils permettent aux patients de s'intégrer dans les réseaux de ville.
- Les médecins légistes intervenant plus particulièrement dans l'évaluation des séquelles traumatiques, la détermination de l'âge osseux et pouvant être sollicités lors des recours auprès de la CNDA.

I - Méthode

1- Recherches bibliographiques

Il a tout d'abord fallu nous informer sur le droit d'asile en France au niveau juridique. Les sites internet du Comité Médical pour la santé des Exilés (COMEDE), de France Terre d'Asile (FTA) et de Forum Réfugiés nous ont particulièrement aidés. Nous avons aussi trouvé des informations sur les sites de l'OFPRA et de la CNDA.

Nous avons ensuite essayé de réunir le plus d'informations possibles sur la prise en charge médicale des demandeurs d'asile.

La bibliographie médicale en rapport est relativement pauvre si on se place du point de vue des médecins, et se concentre surtout soit sur le ressenti des demandeurs d'asile, soit sur le suivi des demandeurs d'asile en ce qui concerne les pathologies infectieuses telles que le Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise (SIDA), la tuberculose ou les hépatites. Il existe aussi des articles sur la prise en charge psychiatrique de ces patients, notamment sur le syndrome de stress post-traumatique. Enfin, une thèse a été publiée sur le rôle du certificat médical dans la demande d'asile.

Les recherches ont été effectuées sur :

- Sudoc : catalogue du système universitaire de documentation.
- Pubmed : base de données en sciences biologiques et biomédicales.
- Cismef : catalogue des sites médicaux francophones.
- Cairn.info : base de données en sciences humaines et sociales.
- BDSP : banque de données en santé publique.
- Bibliothèque de Lyon 1.

Les mots clé utilisés étaient :

- En français : « demandeur d'asile », « réfugiés », « soins », « accès aux soins » et « certificat médical »
- En anglais : « asylum seekers », « refugees », « health » « medical certificate » et « medical care ».

Contrairement aux articles et thèses trouvés sur les demandeurs d'asile, notre étude s'intéresse au point de vue du médecin dans la prise en charge globale du patient demandeur d'asile. La recherche bibliographique nous a donc conforté dans le choix de notre sujet. Nous avons tout de même trouvé une thèse s'intéressant au ressenti des médecins généralistes lyonnais, quant à la prise en charge des patients en situation de précarité, ce qui élargissait le champ d'étude, mais avec finalement peu d'abord des demandeurs d'asile.

2- Recherches sur le terrain

Nous avons contacté des avocats, des travailleurs sociaux et des médecins de la MédA afin de compléter nos informations à la fois théoriques et pratiques. Nous avons essayé, en vain, de contacter l'OFPPRA et la CNDA qui sont restés peu accessibles à nos sollicitations.

Nous avons aussi assisté à des audiences publiques de la CNDA, pour avoir un petit aperçu du déroulement des jugements. Il nous est alors apparu que la recherche d'incohérences dans le récit du demandeur d'asile était une question centrale pour les magistrats lors de l'audience. Nous avons eu l'impression que le critère majeur déterminant l'accord ou le rejet est donc la cohérence du discours et la possibilité de le répéter à différents intervenants sans en modifier ne serait-ce qu'une virgule. Ainsi, les certificats médicaux décrivant les séquelles physiques ou psychiques du patient revêtent une importance relative mais non négligeable puisque, le président et ses assesseurs ne s'y intéressent que pour corroborer les dires, leur priorité principale étant la recherche des éléments contradictoires du récit, la qualité et la fluidité du discours du demandeur d'asile.

3 - Choix de la méthode

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative pour répondre à notre question. Cette méthode décrite par Taylor et Bogdan en 1984, permet de réaliser un travail de recherche à partir de la production de données descriptives et du comportement des personnes. En effet, elle permet de recueillir l'opinion et les impressions des sujets interrogés afin d'évaluer un phénomène social. Elle est établie sur la base de questions ouvertes, sans indiquer les enjeux de l'étude pour ne pas influencer les sujets participants. Ainsi, nous avons pu avoir une vision globale des difficultés rencontrées dans la prise en charge actuelle des demandeurs d'asile, selon le point de vue des différents médecins. Le fait d'interroger des médecins travaillant dans des structures différentes nous a aussi permis d'élargir notre panel de réponses.

Nous avons réalisé des entretiens semi structurés, sous forme d'un questionnaire préétabli, afin de répondre aux axes que nous souhaitons explorer, sans pour autant cloisonner l'interrogatoire. Cette

technique nous a donc permis de structurer les entretiens tout en nous permettant, quand cela était nécessaire, d'approfondir certaines idées de la personne interrogée. L'ordre des questions est donc resté aléatoire en fonction de l'interaction au cours de l'entretien. Des questions ont été rajoutées au canevas à la suite des premières entrevues, car des points pertinents ont été soulevés au fur et à mesure.

Dans notre étude nous nous intéressions à :

- La prise en charge médicale actuelle.
- L'évaluation des séquelles des violences subies.
- La réalisation des certificats médicaux pouvant corroborer les dires du demandeur d'asile.
- L'intérêt de la mise en place d'une formation dédiée.
- L'utilité d'une structure médicale dédiée.

4 - Réalisation du questionnaire

Nous avons réalisé le questionnaire après avoir fini notre état des lieux, c'est-à-dire après avoir fait notre bibliographie et avoir rencontré des travailleurs sociaux et des avocats. Ainsi, le canevas d'entretien reprend en premier lieu les interrogations éprouvées suite à la découverte des principes du droit d'asile en France et du parcours des demandeurs d'asile, ainsi qu'à nos recherches bibliographiques regroupant des travaux de thèses, des articles de revue et des rapports et textes de lois en relation avec l'asile. En second lieu notre canevas reprend aussi les problématiques et interrogations soulevées par le personnel non médical interrogés, notamment les travailleurs sociaux et les avocats, auxquelles nous espérons pouvoir donner quelques éléments de réponse grâce à notre travail.

Le questionnaire a ensuite été testé sur deux médecins ne faisant pas partie de l'étude pour vérifier que les questions étaient compréhensibles et se rendre compte de sa durée. Cela nous a aussi permis de nous entraîner à réaliser un entretien de la façon la plus neutre possible pour éviter toute influence lors des réponses. Quelques modifications ont donc été faites avant d'avoir notre canevas d'entretien final (annexe 2).

5 - Analyse des entretiens

Nous avons retranscrit mot à mot les propos de chaque médecin interrogé. Nous avons choisi d'analyser les données de l'ensemble des entretiens réalisés, en fonction des axes thématiques dans un premier temps, puis par sous-groupes de médecins exerçant dans une même structure, lorsque cela nous a semblé pertinent dans un second temps.

Le logiciel Nvivo® a été utilisé pour réaliser l'encodage des données et vérifier que nous étions bien arrivés à saturation.

Le logiciel Freemind® a quant à lui été utilisé pour la réalisation des cartes heuristiques.

II - Matériel

1- Population étudiée

La région Auvergne-Rhône-Alpes comprend douze départements, nous avons donc décidé initialement d'interroger au moins un médecin par département sans tenir compte de son lieu d'exercice. Les médecins interviewés pour l'étude étaient soit :

- Médecin d'une association prenant en charge des patients demandeurs d'asile.
- Médecin travaillant dans une PASS ou un CSP.
- Médecin généraliste en cabinet libéral, de groupe ou seul.
- Médecin travaillant dans une UMJ ou un IML.

Certains médecins de l'étude avaient une double spécialité et travaillaient donc dans différentes structures pouvant être prises en compte pour l'étude. Nous avons sélectionné les médecins généralistes libéraux au hasard, sur les Pages Jaunes et via le site internet Ameli.fr. Nous avons contacté les médecins des PASS, CSP, IML et UMJ des Centres Hospitaliers (CH) de la région.

2- Réalisation des entretiens

Les médecins étaient contactés par téléphone et après une brève présentation du sujet de thèse, nous fixions un rendez-vous sur leur lieu de travail afin de réaliser l'entrevue.

Une fois les présentations faites et après avoir apporté de plus amples précisions sur le sujet de thèse et l'anonymisation des entretiens, nous pouvions passer aux enregistrements. Ils ont été réalisés soit avec l'aide d'un smartphone et d'une tablette, soit avec l'aide d'un smartphone et d'une caméra numérique.

Les entretiens ont été menés du 19/06/2017 au 31/08/2017. Nous avons établi un questionnaire général pour les médecins exerçant en libéral et dans les structures hospitalières, et un questionnaire complémentaire pour les médecins des structures associatives.

B/ Résultats

I - Description de l'échantillon

Dix-neuf médecins ont participé à cette étude dont sept médecins généralistes, sept médecins exerçant en PASS ou CSP, cinq médecins légistes et deux médecins exerçant dans une structure associative. Il est important de préciser que certains médecins interrogés avaient des spécialités multiples.

Deux départements (le Cantal et la Haute-Savoie) n'ont pas été étudié conséquemment à la difficulté de trouver une date d'entretien qui convenait.

L'entretien le plus court a duré 14,21 minutes le plus long a duré 49,23 minutes.

Le tableau suivant décrit les principales caractéristiques pour chaque médecin interrogé.

	Age	Sexe	Département d'exercice	Début d'exercice	Spécialité(s)	Structure	Durée	Particularité(s)
Dr A	31	M	42 – Loire	2014	Généraliste	cabinet de groupe	24'57	
Dr B	57	F	01 – Ain	1988	généraliste / légiste / sport	MSP/UMJ	20'16	
Dr C	32	M	42 – Loire	2014	Généraliste	association SEMAD	20'51	
Dr D	37	F	63 – Puy de Dôme	2008	généraliste / légiste	IML	25'57	
Dr E	38	F	01 – Ain	2011	Généraliste	CSP	25'59	Brésilienne
Dr F	65	F	69 – Rhône	>30 ans	Généraliste	association MDM	31'14	a travaillé en Côte d'Ivoire
Dr G	41	F	38 – Isère	2006	généraliste	PASS/médecin e interne	14'21	
Dr H	51	M	73 – Savoie	>20ans	Généraliste	PASS	28'15	
Dr I	30	M	38 – Isère	2013	généraliste / légiste	IML	36'56	médecin pénitentiaire

Dr J	66	M	69 – Rhône	1978	généraliste / gériatre	cabinet libéral	26'29	secteur 1 depuis 2 ans / a travaillé au Togo
Dr K	66	M	69 – Rhône	1979	généraliste puis psychiatre	association ESSOR	27'21	médecin militaire
Dr L	33	M	26 – Drôme	2011	Généraliste	cabinet de groupe	29'46	
Dr M	48	F	07 – Ardèche	1999	Généraliste	cabinet de groupe	16'56	
Dr N	52	M	43 – Haute Loire	1993	urgentiste / légiste	UMJ	21'37	
Dr O	68	M	69 – Rhône	> 40 ans	Interniste	PASS	47'28	binôme (médecin/AS) / a travaillé en centre de rétention
Dr P	57	F	03 – Allier	27 ans	Généraliste	cabinet de groupe	20'05	centre d'action sociale 1/2 journée par mois
Dr Q	57	F	69 – Rhône	1993	Généraliste	PASS	25'22	
Dr R	42	M	42 – Loire	2009	interniste / légiste	IML	32'45	
Dr S	54	F	42 – Loire	1988	généraliste/ légiste	PASS	49'43	

Figure 18 Caractéristiques des médecins interrogés (F=féminin et M=masculin /AS=assistante sociale)

Nous avons été confrontés à quelques refus dont nous avons répertorié les motifs dans le tableau suivant.

Medecins / structure	département	motif
généraliste	42	manque de temps
généraliste	69	manque d'intérêt / manque de temps
généraliste	69	absence de réponse
généraliste	7	absence de réponse
généraliste	7	manque de temps
généraliste	3	absence de réponse
associatif	38	absence de réponse
généraliste	38	oubli du rendez-vous fixé
hospitalier	26	absence de réponse
généraliste	15	impossibilité de fixer une date avant congé maternité
hospitalier	69	manque d'intérêt
généraliste	74	absence de réponse
généraliste	15	manque d'intérêt
généraliste	74	réponse après saturation des données

Figure 19 Motifs de refus

De plus, nous avons dû faire face à un dysfonctionnement dans certaines PASS, où nous avons constaté l'absence de médecin depuis plusieurs mois, soit à la suite d'un départ en retraite, soit pour cause d'arrêt de travail.

II - Analyse thématique

Nous avons décidé dans un premier temps de faire une analyse thématique de l'intégralité des entretiens réalisés, après la retranscription de toutes les données.

En premier lieu, nous avons réalisé une lecture détaillée et séquencée en fonction des questions que nous souhaitons étudier, afin de mettre en lumière les points forts de chaque entretien. Une fois ce travail effectué, nous avons utilisé le logiciel Nvivo® afin de regrouper les points importants soulevés par les médecins interrogés et les thèmes que nous souhaitons évaluer. Ainsi, six axes se sont démarqués des différentes entrevues :

- La prise en charge actuelle des demandeurs d'asile,
- La problématique de l'interprétariat,
- L'évaluation des séquelles psychiques,
- L'évaluation des séquelles somatiques,
- L'utilité d'une formation dédiée,
- L'intérêt de créer une structure dédiée.

Afin de rendre notre travail plus lisible, nous avons retranscrit les propos des médecins en bleu, entre guillemets et en italique ; nos analyses descriptives et interprétatives apparaissant ensuite respectivement en noir et en italiques.

1 – Etat des lieux du parcours de soins des demandeurs d'asile

Augmentation du nombre

« ...par rapport à l'année dernière, on a déjà explosé nos chiffres des dépistages de demandeurs d'asile [...] ils arrivaient par saison et maintenant c'est toute l'année... » Dr E

« ...le problème de la barrière de la langue, donc euh c'est pour ça, moi je vois pas à qui les adresser ...» Dr J
« ...augmentation du nombre des migrants, c'est une réalité [...] ce qui m'inquiète c'est la façon dont c'est géré... » Dr H

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que le nombre de demandeurs d'asile tendrait à augmenter dans les mois ou années à venir. Certains médecins interrogés avaient d'ailleurs constaté une augmentation du nombre de patients demandeurs d'asile entre l'année 2016 et 2017.

L'augmentation incessante du nombre de demandeurs d'asile semble inquiéter les médecins qui estiment qu'il est important de trouver des solutions pour mieux gérer la prise en charge globale de ces patients et mieux les intégrer dans les cabinets de ville.

Nous avons noté lors de nos entretiens, qu'il a été très difficile pour la plupart des médecins de dissocier la prise en charge des demandeurs d'asile de la prise en charge des patients en situation de précarité, quel que soit leur statut administratif. Ainsi, pour certains médecins, nous ne savons pas si cette augmentation de consultations concerne la totalité des migrants ou uniquement les demandeurs d'asile.

Influence des conditions sociales

« ...je considère que c'est de la médecine sociale... » Dr D

« ...toutes les pathologies, même les plus simples, sont souvent aggravées par les conditions de vie, les conditions d'exil... » Dr F

« ...je vais faire la différence dans la prise en charge au bout d'un moment puisqu'il va y avoir la question de l'environnement qui va, qui va jouer... » Dr H

« ... exposant à la fois la problématique sociale et médicale en même temps ce qui leur évite de répéter, puis nous chacun se saisit de, se saisit de ce qui, ce qui l'intéresse [...] coordination des soins par rapport à l'avancée de la problématique sociale... » Dr O

« ...à la demande des services sociaux quand ils ont besoin de consultation de médecine générale... » Dr P

Le lien étroit entre l'environnement du demandeur d'asile et son parcours de soins a été souligné par tous les médecins interrogés.

Nous avons eu l'impression au cours de nos entretiens que pour certains médecins de l'étude, le parcours de soins des demandeurs d'asile est en fait une prise en charge médico-sociale dans laquelle la situation précaire des demandeurs d'asile et les migrations constantes constituent des freins dans la réalisation des soins, voir augmentent le risque de complications de certaines pathologies.

Un des entretiens a notamment été réalisé en binôme, (médecin et assistante sociale), car le fonctionnement de cette PASS se fait systématiquement de façon couplée, ce qui souligne bien l'importance de l'aspect social pour ces patients. Nous avons d'ailleurs pu constater que pour la majorité des médecins, les demandeurs d'asile étaient adressés par des travailleurs sociaux, pierre angulaire du parcours de soins de cette population, nous semble-t-il.

Insuffisance de prise en charge

« ...la prise en charge n'est pas suffisante et ne répond pas justement à cette orientation... » Dr F

« ...optimale non, mais je pense que y a quand même des efforts qui sont fait... » Dr E

« ...c'est vraiment du bricolage [...] on est sur la pente descendante [...] on n'est pas dans l'accueil là, on est dans la gestion de la crise... » Dr K

« ...mineurs qui arrivent euh dans ces conditions là euh dramatiques ; ça on en a vraiment beaucoup [...] la loi française qui dit que les mineurs isolés doivent être pris en charge, euh ce qui n'est pas tout à fait le cas... » Dr F

« ... mineurs sont très mal accompagnés hein ça c'est la catastrophe... » Dr S

« ... ce qui est dramatique, vous en avez sûrement, sûrement entendu parler, c'est que leur minorité est des fois mise en doute... » Dr F

Les médecins interrogés ont tous le même avis sur ce point. La prise en charge médicale proposée actuellement est inadaptée aux problématiques de ces patients.

Un des médecins de l'étude (médecin associatif) a l'impression que la prise en charge est moins bonne et moins efficace ces dernières années.

Quatre médecins (généraliste, médecin associatif et deux médecins de PASS) ont d'ailleurs évoqué le parcours d'accueil chaotique des mineurs isolés.

Les efforts faits par le gouvernement pour permettre aux demandeurs d'asile d'avoir accès aux soins restent encore à faire, notamment en ce qui concerne la question des mineurs isolés. En effet, malgré les dispositifs prévus par la législation, en pratique leur accueil et leur accompagnement restent peu efficient sur le territoire.

Insuffisance de connaissances du parcours des demandeurs d'asile

« ... elle peut faire des ITT... »

« ... on en établit pas beaucoup, je pense qu'il y a plus une enquête qui est faite par l'OFPPRA [...] je ne sais

pas à qui l'OFPPRA les demande... » Dr J

« ... de manière générale des certificats pour la vulnérabilité psychique j'en fais pas [...] effectivement si y a nécessité je marque nécessitera l'avis d'un psy et effectivement c'est le psy qui fait le certificat psychique. De toute façon si je dis pas de bêtise mais je suis pas sûr après c'est soumis à expertise psychiatrique et effectivement les certificats pour le psy faut que ce soit un psy qui le revoit après parce que sinon ça a pas de valeur juridique donc euh bon autant pas le faire quoi... » Dr L

« ...des espèces de conseillers si tu veux, médicaux... » Dr O

« ...je pensais qu'il y avait des médecins qui était attachés ou des médecins experts qui étaient chargés de faire ces certificats... » Dr P

Quatre médecins interrogés (généralistes et médecin de PASS) pensent que les certificats médicaux sont réalisés à la demande de l'OFPPRA et que des experts les réalisent.

En ce qui concerne l'évaluation des séquelles il nous a paru important de relever certaines idées reçues que pouvaient avoir quelques médecins qui pensaient que chaque demandeur d'asile bénéficiait à son arrivée sur le territoire, d'une évaluation systématique de sa vulnérabilité psychique par une commission d'experts et de ses séquelles physiques à la demande de l'OFPPRA.

Ils pensaient d'ailleurs que ces certificats étaient réalisés par des médecins experts.

Nous tenons à préciser que lors de nos entretiens la circulaire d'août 2017 n'était pas encore en vigueur.

Il est aussi apparu que pour certains médecins il existait une confusion entre les examens de victimes de coups et blessures, et les examens des demandeurs d'asile, puisque certains nous ont parlé de réalisation d'incapacité totale de travail (ITT).

2 – Problématique de l'interprétariat

Barrière linguistique

« ...le problème de la barrière de la langue, donc euh c'est pour ça, moi je vois pas à qui les adresser ...» Dr J

« ... j'crois pas qu'un travail de psychothérapie entre guillemets (geste) ça puisse se travailler avec un traducteur... » Dr L

« ...je ne peux pas aller vraiment profondément dans l'origine du traumatisme, et je pense que le psychologue qui la suit aussi euh a sûrement des problèmes aussi pour le faire... » Dr P

Tous les médecins sauf un évoquent comme difficulté la barrière linguistique. Un seul médecin n'est pas confronté à cette problématique car il nous a expliqué que jusque-là, tous les demandeurs d'asile qu'il a pu rencontrer étaient francophones.

« ...Alors après quand ils viennent sans traducteur je les houspille un p'ti peu, je leur dis que ça sert pas à grand chose et que du coup euh, faut revenir avec quelqu'un [...] la crainte d'une incompréhension.. » Dr C

« ...on demande à ce qu'il y ait un interprète, parce que c'est quand même très précieux [...] on exige rien à ce niveau-là. On est laxé ... » Dr D

« ... y a besoin euh occasionnellement vraiment d'un interprète professionnel sur place ou par téléphone [...]

On utilise beaucoup Traducmed [...] un peu Google traduction [...] des professionnels de l'hôpital qui savent parler la langue... » Dr H

«... quand on avait l'aide d'un interprète c'était plus facile [...] prescription, de si voilà ce sera bien mis en œuvre, et si elle est bien comprise... » Dr M

« ...en mettant systématiquement, un interprète professionnel à disposition... » Dr M

« ...une seule fois et c'est pas allez guère plus loin parce que il parlait pas français, on n'a pas d'interprète sur place... » Dr N

« ...il faut des interprètes, des interprètes si possible professionnels... » Dr R

Les médecins interrogés souhaiteraient des interprètes afin de pouvoir faire les consultations des demandeurs d'asile dans de bonnes conditions.

« ...les interprètes aussi peuvent avoir, créer disons euh une certaine distance... » Dr O

« ...l'interprète est plus une gêne en fait euh parce que l'interprète il comprend rien à la maladie... » Dr S

La présence d'un interprète constitue un frein pour certains médecins interrogés.

La question de l'interprétariat est au centre du parcours de soins des demandeurs d'asile puisqu'elle intervient de façon omniprésente. Les raisons de cette demande sont principalement la crainte d'une incompréhension mais aussi et surtout l'importance de pouvoir expliquer au demandeur d'asile la prise en charge que l'on va lui proposer et les médicaments prescrits afin qu'il soit impliqué dans la décision. Enfin, il est indispensable de comprendre le demandeur d'asile et son récit de vie afin de pouvoir mieux évaluer ses séquelles à la fois physiques et psychiques.

Cependant, de façon paradoxale, la présence d'un interprète peut être considérée comme néfaste à la relation de soin pour certains médecins, qui voient en l'interprète un tiers interférant de façon négative dans l'entretien avec le patient.

Dans la pratique actuelle, en l'absence d'interprète professionnel, les principaux moyens utilisés par les médecins interrogés pour remédier au problème de la barrière linguistique sont le traducteur de proximité (un proche), l'interprète par téléphone, les logiciels et applications de traduction, le personnel soignant parlant la langue et enfin le langage non verbal (gestes, images).

Interprète professionnel

« ... problème d'interprétariat puisque les hôpitaux sont, ont des difficultés pour mobiliser des interprètes... » Dr K

Presque tous les médecins interrogés disent n'avoir que rarement la possibilité d'avoir un interprète professionnel.

« ...depuis le début d'année l'ARS a mis à disposition donc un service de traduction par téléphone [...] demander à la direction euh des traducteurs, euh la direction ne refuse jamais [...] professionnels qui se freinent eux-mêmes parce que y a des pressions un peu budgétaires... » Dr S

Un seul médecin (médecin de PASS) dit ne pas avoir de problème pour obtenir l'assistance d'un interprète professionnel lors de ses consultations.

Si nous nous concentrons sur ce dernier avis, nous pouvons constater que les médecins ne semblent pas être au courant des dispositifs d'interprétariat mis en place par l'ARS ou les structures hospitalières, alors que la barrière linguistique est l'un des premiers freins évoqués en ce qui concerne le parcours de soins des demandeurs d'asile.

Cela montre l'absence d'informations et de communications quant à la prise en charge des patients migrants ou étrangers et plus particulièrement, des demandeurs d'asile.

Cependant, nous pouvons nous demander s'il ne s'agit pas d'une particularité de cette structure, les disparités entre départements et structures hospitalières étant présentes et importantes.

Nous tenons par ailleurs à préciser que certains CADA mettent à disposition des interprètes professionnels, à leurs frais, pour les consultations médicales.

Interprétariat téléphonique

« ...on privilégie l'interprétariat par téléphone... » Dr F

« ...c'est vraiment très confortable d'avoir un interprète au téléphone qui euh bon qui a un très bon niveau de langue, on est dans l'anonymat [...] interprètes professionnels euh bon ont aussi euh ce devoir de neutralité... » Dr S

L'interprétariat par téléphone peut pallier le manque de présence physique d'un interprète professionnel.

« ...ça coûte vraiment trop chère... » Dr C

« ...avoir un traducteur au téléphone, ça rallonge nettement le temps de consultation... » Dr E

« ...l'interprétariat par téléphone [...] faut regrouper les euh, les temps d'interprétariat... » Dr F

« ...par téléphone c'est presque impossible... » Dr N

« ... traduction euh téléphonique et ça marche pas mal à condition, ça c'est l'autre, l'autre difficulté que les gens ils viennent bien à l'heure [...] y aura la facturation des 2 heures, 'fin des heures, de l'heure qui a pas été honorée et puis de la nouvelle heure... » Dr S

Ce type d'interprétariat peut donc présenter des contraintes pour certains médecins qui estiment qu'il s'agit d'une solution coûteuse et difficile à appliquer lors des consultations.

L'interprétariat par téléphone semble être une solution à envisager puisqu'il s'agit de traducteurs professionnels et anonymes. Le fait qu'ils ne soient pas présents en consultation peut limiter l'intrusion dans la relation de soins, comme soulignée précédemment avec un interprète professionnel présent physiquement.

Cependant, une des difficultés de l'interprétariat par téléphone est qu'il allonge la durée de consultation qui est déjà conséquente pour les demandeurs d'asile. Un autre frein à son utilisation est la contrainte logistique et financière, notamment en cas de retard ou d'annulation de la consultation.

Traducteur de proximité

« ...ça peut poser difficulté je dirai sur la retranscription des, des doléances euh, des conséquences psychologiques des violences... » Dr D

« ...question de la confidentialité euh, est-ce que c'est une personne qui, qui va traduire bien fidèlement ?[...] monnaye un peu son interprétariat... » Dr F

« ... famille ou des, beaucoup de gens de leur pays qui sont déjà en France... » Dr J

« ...y a une simplification qui est faite entre ce que je raconte et ce qui est traduit, euh mais du coup effectivement j'essaie de m'en tenir à l'essentiel [...] c'est les enfants qui finissent par faire les traducteurs parce qu'ils apprennent très rapidement et très facilement la langue... » Dr L

« ...je peux pas savoir ce qu'ils racontent donc euh, donc je fais confiance à l'interprète... » Dr N

« ... les capacités linguistiques du traducteur parce qu'elles sont pas, c'est variable aussi [...] la relation qui existe entre le patient et le proche, voilà ça peut être favorisant et ça peut être handicapant... » Dr Q

« ...obligé de se débarrasser du jargon médical pour euh essayer d'être euh vraiment compris... » Dr R

« ... et puis y a celui qu'ils viennent de rencontrer parce que il vient de prendre le tram et puis qui se demandait euh, je sais pas il a dit quelques mots dans sa langue et puis y avait quelqu'un qu'était là qui a dit « ah ben on parle la même langue » et puis qui, qui propose ses services parce qu'il voit la personne perdue donc ça peut être des connaissances de il y a 5 minutes... » Dr S

Les médecins faisant appel à des interprètes de proximité évoquent comme difficultés le manque de fiabilité de la traduction comparé à un interprète professionnel. Certains évoquent aussi la peur d'une certaine mafia ou d'un certain commerce autour de l'activité d'interprétariat pour les demandeurs d'asile.

« ...quand je sens qu'il y a un problème je fais sortir... » Dr E

« ...en ce qui concerne les problèmes psychologiques si c'est évident [...] d'être un petit peu attentif... » Dr C

« ...après quand on les sent pas ou quand y a des choses euh quand c'est des diagnostics compliqués euh d'annonce tout ce qui est séropositivité etc., après on passe sur des, sur des interprètes professionnels... » Dr G

« ...et inversement nous, moi je n'ose pas aborder certaines choses parce que y a un ami qui traduit... » Dr H

« ...on veut pas mêler la famille hein aux problèmes des gens... » Dr K

« ...c'est vrai que c'est compliqué effectivement de passer par l'enfant pour traduire effectivement les choses... » Dr L

« ... on peut pas trop poser les questions de la sexualité quand c'est un membre de la famille... » Dr Q

« ... je pense pour le patient mais aussi pour le médecin pour essayer d'aborder ce type de violences... » Dr R

Pour certains médecins, la présence d'un interprète de proximité peut empêcher l'abord de certains problèmes de santé.

« ...au niveau du secret médical on est, on est mauvais... » Dr G

« ...ça se passe bien avec le souci du secret médical quand même parce que ils sont pas assermentés [...] on donne euh des recommandations à l'oral que « ce qui est dit, vu et compris euh est soumis au secret médical » Dr I

L'interprète de proximité constitue un problème vis-à-vis du secret médical pour quelques médecins de l'étude.

« ...ont parlé ouvertement euh, des violences euh, de, de, de violences atroces euh, par exemple, de, de violences sexuelles notamment, où ils ont réussi à le verbaliser euh, face à l'autre, face au proche [...] une certaine honnêteté parce que euh, ils en ressentent le besoin, à mon sens dans le cadre de leur demande... »

Dr D

« ... solution de facilité aussi, ça nous fait gagner du temps... » Dr G

« ... ils viennent avec qui ils ont confiance, c'est surtout ça, avec qui ils savent qu'ils peuvent raconter même si la personne entend... » Dr N

« ...ça les rassure beaucoup... » Dr S

Il existe des avantages au traducteur de proximité qui peut constituer une figure rassurante pour le demandeur d'asile. Pour certains médecins, c'est la solution de traduction la plus facile à organiser.

L'interprète de proximité présente donc des avantages et des inconvénients.

Au niveau des avantages, il constitue une présence rassurante pouvant mettre en confiance le demandeur d'asile, ce qui peut faciliter la communication. De plus, pour les médecins, cette solution est la plus avantageuse économiquement et la plus facile à mettre en œuvre en pratique, même si ce n'est pas la situation idéale.

Cependant, la traduction peut être moins fiable et moins fluide qu'avec un interprète professionnel, ce qui peut poser un problème dans les explications des soins ou dans la retranscription du récit et des demandes du patient.

Il peut aussi exister une crainte du demandeur d'asile ou du médecin pour aborder certains sujets dits sensibles tels que les problèmes de sexualité, les problèmes psychologiques ou encore l'annonce de diagnostic. Pour éluder cette difficulté, les médecins disent adopter une attitude plus attentive afin de détecter s'il est nécessaire de faire sortir le traducteur pour amener si possible à la confiance. Cette dernière difficulté est en lien avec la question du secret médical que quelques médecins ont évoqué, bien qu'il soit systématiquement stipulé au traducteur qu'il est, tout comme le corps médical, soumis au secret dans ce cadre-là.

Enfin, une dernière problématique de l'interprète de proximité est qu'il peut s'agir d'une personne que le demandeur d'asile vient de rencontrer, ce qui une fois encore semble problématique pour l'abord de certains sujets ou le maintien du secret médical.

Logiciels de traduction

« ...sont illettrés, ils savent pas lire, du coup Google traduction ne marche pas... » Dr E

« ... on utilise beaucoup Traducmed... » Dr H

« ... on fait avec les moyens du bord [...] Google traduction... » Dr I

Des médecins de l'étude disent utiliser des logiciels de traduction même si l'un d'entre eux évoque la problématique de l'illettrisme.

Les contraintes en rapport avec les logiciels de traduction sont l'approximation de la traduction en fonction des langues, mais aussi l'obligation d'avoir un patient lettré, ce qui n'est pas toujours le cas.

3- prise en charge des séquelles psychiques

Difficulté d'évaluation des traumatismes

« ... compliqué d'aborder ce genre de sujet [...] forcément très délicat d'en discuter... » Dr A

« ... je leur ai proposé de les revoir et ils revenaient pas... » Dr B.

« ...ils vont présenter les choses de manière assez intériorisée, c'est-à-dire qu'ils vont pas forcément verbaliser énormément de choses sur les éléments psycho traumatiques ... » Dr D

«... il faut que lui il soit à l'aise pour dire tout ce qui ressent aussi au médecin ...» Dr E

« ... faut qu'on leur laisse le temps de digérer un petit peu leur histoire et de se poser un petit peu en France à leur arrivée avant de pouvoir envisager le, de déposer leur histoire... » Dr F

« ...y aller très, très doucement et très précautionneusement et encore une fois de rétablir ce qui est du lien hein, du lien, parce que ce qui est attaqué dans la violence c'est vraiment le lien interhumain hein, donc la confiance, le pouvoir ... » Dr K

« ...ça fait pas parti de mon interrogatoire... » Dr L

« ... les suivre sur plusieurs euh sur plusieurs consultations ou plusieurs entretiens pour avoir un lien de confiance qui s'établit [...] la plupart du temps ça passait inaperçu, on n'avait pas le temps ni les moyens... » Dr M

« ... on essaye d'éviter [...] leur faire raconter leur misère si tu veux, en général... » Dr O

« ... je suis pas sûre que ça les aiderait que ça vienne en consultation c'est tellement violent [...] c'est extrêmement difficile de poser des questions trop précises, ben disons que moi je pars toujours d'un examen clinique [...] symptôme très banal quand même, alors je suis sûre que c'est, c'est simplement l'émergence de l'iceberg qui cache peut être euh quelque chose de plus important » Dr P

« ... je le souhaite pas, je pense que les gens ont déjà bien répété ça un certains nombres de fois... » Dr Q

« ... l'appréciation du psycho-trauma euh sur 20-30 minutes c'est difficile, c'est pas possible même [...] le parcours, la fuite du pays tout ça c'est euh, c'était pas euh très abordé.. » Dr R

« ...ça peut être très douloureux... » Dr S

L'ensemble des médecins exprime sa difficulté à évaluer les séquelles psychologiques et notamment la complexité d'aborder le sujet des violences subies au cours de la consultation.

«... qu'au fur et à mesure de, des consultations [...] faut que la confiance s'installe [...] je ne pratique pas la langue de bois donc euh je leur demande de quel pays ils viennent, pourquoi ils sont là, s'ils ont subis des sévices, moi je pose d'emblée la question, s'ils ont été torturés, s'ils ont été en prison, voilà moi je pose d'emblée ces questions parce que en général la réponse est oui... » Dr J

Un seul médecin (généraliste) dit aborder de façon systématique dans son interrogatoire la problématique des violences.

Une des principales difficultés dans l'évaluation des séquelles psychologiques est le manque de temps, ou plus précisément le manque de suivi dans la prise en charge de ces patients. Le fait de voir de façon ponctuelle les demandeurs d'asile constitue un frein dans la relation de confiance et donc une réelle difficulté pour aborder tout ce qui concerne le côté psychologique et de ce fait instaurer une prise en charge efficiente.

La peur de réactiver un traumatisme, la formation lacunaire sur les mécanismes lésionnels et le manque d'outils de communication permettant d'aborder sereinement le sujet constituent un obstacle à l'abord des traumatismes et à leur diagnostic par la majorité des médecins.

Certains médecins disent aborder le sujet des violences grâce à l'examen somatique. Selon eux, cela rend l'interrogatoire plus confortable pour eux et moins intrusif pour le patient.

Enfin, ce qui ressort de cette thématique est que le fait de prendre le temps, d'écouter et de s'intéresser à la posture non verbale des patients semble être nécessaire dans l'évaluation des séquelles psychologiques.

Séquelles constatées

« ...y avait beaucoup d'anxiété quoi... » Dr B

« ...grosse euh prévalence des stress post traumatique... » Dr S

« ... anxieux de leur avenir quoi. ... » Dr B

« ...racontent aussi les difficultés d'être en France, d'être éloignés de chez eux, d'habiter dans un hôtel, de pas pouvoir manger... » Dr E

« ...troubles psychologiques euh d'ordre anxio-dépressif liés à ces difficultés de, de l'exil et les violences subies... » Dr F

« ...le traumatisme psychique vécu au pays, vécu pendant le trajet de migration, et troisième traumatisme des difficultés d'accueil dans le pays d'accueil... » Dr H

« .. dans la souffrance c'est difficile de faire la part des choses entre euh le vécu euh traumatique euh lié aux violences et puis le vécu de départ euh, le fait de quitter euh, le pays, la famille, etc parce qu'ils se retrouvaient euh parfois, même souvent seuls, isolés dans le pays, en France.. » Dr R

« ...diagnostic psychiatrique chez quelqu'un qui n'est pas francophone est très long à faire.... » Dr I

Les principales séquelles psychologiques évoquées par les médecins sont les troubles anxieux et les états de stress post traumatiques.

Un seul médecin (légiste) évoque la difficulté de faire un diagnostic précis à cause notamment de la barrière linguistique.

Nous pouvons remarquer qu'en pratique, les principales séquelles constatées par les médecins sont celles que nous évoquions précédemment dans le chapitre de la clinique particulière des demandeurs d'asile. Concernant les tableaux anxieux, leurs origines multiples, à la fois liées au parcours d'exil, à la situation administrative en France et à leur avenir incertain, semblent constituer une difficulté pour les médecins, notamment pour mettre en place une prise en charge adaptée.

Difficulté d'orientation vers les structures adaptées

« ... le délai est assez long [...] il manque nettement de psychiatres et de psychologues... » Dr F
« ... l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, mais qui sont limités par le nombre de demandes... » Dr H
« moi je les traite [...] je vais dire euh ils sont pris en charge psychologiquement par la, je pense, par la communauté [...] le problème de la barrière de la langue, donc euh c'est pour ça, moi je vois pas à qui les adresser [...] s'ils consultent des spécialistes euh des psychologues je crois pas, je n'sais pas... » Dr J
« ... les CMP ont un mode euh de fonctionnement qui fait que les gens qui sont euh dans les foyers d'hébergement ne sont con-, ne sont pas considérés comme sectorisés [...] la psychiatrie publique, les CMP en particulier, euh pour eux la souffrance psychique liée à l'exil ne rentre pas dans leur domaine de compétences... » Dr K
« ... psychologues en ville ben c'est tous euh contre rémunération donc c'est pas possible [...] j'crois pas qu'un travail de psychothérapie entre guillemets (geste) ça puisse se travailler avec un traducteur... » Dr L
« ... je ne peux pas aller vraiment profondément dans l'origine du traumatisme, et je pense que le psychologue qui la suit aussi euh a sûrement des problèmes aussi pour le faire... » Dr P

Pour beaucoup de médecins, il est difficile d'orienter correctement les patients vers des structures de prise en charge adaptée.

« ... j'en n'ai pas eu qui avaient des gros problèmes euh, fin ils sont traumatisés mais euh pas jusqu'à les faire suivre euh au niveau psychologique, ceux-là ils sont directement vus sur la PASS psy du coup nous on les voit pas... » Dr G
« ... quand c'est nous qui prenons les rendez-vous par téléphone y a trop de gens qui ne viennent pas [...] dépenses engagées et perdues si les gens viennent pas [...] le fait que le patient se déplace et demande et du coup euh enclenche déjà le soin là-bas pour eux c'est une condition nécessaire,... » Dr Q
« ... assez rapidement par les infirmiers et puis après ça peut, la prise en charge passe sur le psychologue et ou un psychiatre, alors par contre le psychiatre il a très peu de rendez-vous [...] je sois amenée à donner les traitements psychotropes... » Dr S

Trois des médecins interrogés (médecins de PASS) n'avaient pas de difficulté à orienter les demandeurs d'asile vers une structure adaptée. Ils nous ont expliqué qu'un accord existait entre la PASS somatique et la PASS psychologique pour permettre la prise en charge psychologique des patients demandeurs d'asile.

« ... en fait souvent ils avaient déjà un suivi mis en place euh, souvent avec un médecin psychiatre. [...] Ou alors le médecin traitant par exemple, qui était euh, qui était aussi à l'écoute, et qui faisait de l'accompagnement, du soutien et des prescriptions adaptées à certaines symptomatologies... » Dr F

Un seul médecin de l'étude (légiste) a souligné le fait que lorsqu'il voyait les patients ils étaient pour la plupart, déjà suivi sur le plan psychologique.

La prise en charge actuelle des pathologies psychiatriques et psychologiques se fait soit via des structures privées, ce qui rend impossible la prise en charge des demandeurs d'asile du fait de leur situation précaire ; soit via les CMP, mais les délais sont longs et certains demandeurs d'asile n'ayant pas encore de domiciliation sont considérés comme sans domicile fixe et donc non sectorisés.

Parmi les médecins de PASS, l'un d'entre eux précise que malgré l'accord avec la PASS psychiatrique, il appartient au patient de prendre son rendez-vous, ce qui permettrait d'améliorer la compliance aux soins. Il nous semble cependant que cela reste une démarche compliquée pour les demandeurs d'asile, ne connaissant pas le système de soins français.

Ainsi, devant la difficulté d'orientation dans les structures adaptées, il nous semble que pour les patients ayant un suivi psychologique, ce dernier est majoritairement réalisé par les médecins généralistes.

Barrière culturelle

« ...ils veulent même pas un pti traitement [...] le côté psychologique, pour eux ça se soigne pas... » Dr B

« ... la santé psychique même les gens ils ont tendance à se, vachement négliger... » Dr E

« ...faire prendre conscience que cette somatisation est liée aussi à d'autre euh, d'autre chose, et oui c'est compliqué... » Dr H

« ...souvent les gens qu'on voit ne savent même pas ce que c'est qu'un psychiatre, c'est des filières qui, qui n'existe pas dans les pays d'origine... » Dr O

Certains médecins estiment qu'une des difficultés à la prise en charge des séquelles psychologiques est la différence culturelle.

La barrière culturelle semble être un problème dans l'acceptation du diagnostic des séquelles psychiques du fait de l'absence de diagnostic et de prise en charge des pathologies psychiques dans certains pays de provenance.

De plus, les médecins disent avoir des difficultés à faire comprendre aux demandeurs d'asile que certaines manifestations somatiques sont le reflet des traumatismes psychologiques vécus.

Or l'acceptation du diagnostic et l'adhésion aux soins sont deux choses primordiales dans la prise en charge psychologique.

Certification des séquelles

« ...l'évaluation des conséquences psychologiques. Et ça je pense pas que j'ai le niveau [...] un psychiatre je pense que, il est quand même plus à même pour évaluer les... surtout quand ça doit être utilisé à voie, pour des voies judiciaires... » Dr A

« ... syndrome de stress post traumatique, euh souvent je demande à ce que ça soit réalisé par un psychiatre [...] le premier critère va être que les gens soient cohérents ; quand on a été bien torturés on n'est plus cohérent... » Dr H

« ... des certificats pour la vulnérabilité psychique j'en fais pas [...] effectivement si y a nécessité je marque nécessitera l'avis d'un psy... » Dr L

« ... d'autres certificats qu'on pourrait faire et puis je pense à la limite qu'on n'est pas assez sollicité pour ça, c'est quand les gens ont des difficultés d'expression... » Dr S

En ce qui concerne la réalisation de certificats médicaux décrivant les séquelles psychiques ou psychiatriques pouvant être rencontrées chez les demandeurs d'asile, la majorité des médecins interrogés dit ne pas les faire, préférant qu'ils soient réalisés par les psychiatres.

Un des médecins précise qu'il réalise des certificats quand il y a des difficultés d'expression mais sans préciser les séquelles psychiques.

« ... on n'est pas vraiment dans le cadre d'expertise très poussée, en tout cas sur ce plan là... » Dr D
«... les psychologues font des certificats sur des problèmes d'ordre psychique surtout quand elles estiment que ça va avoir un impact sur les auditions à l'OFPRA ou à la CNDA... » Dr K
« ... l'appréciation du psycho-trauma euh sur 20-30 minutes c'est difficile [...] finalement c'est essentiellement ce qui restait... » Dr R

Deux des médecins interrogés (légistes) ont cependant souligné le fait qu'ils arrivaient à évaluer les éventuelles séquelles psychiques, de par leur spécialité, mais que cette évaluation était peu satisfaisante pour eux. Un autre (médecin associatif) confie cette mission aux psychologues de sa structure, mais lui, ne les réalise pas.

L'évaluation des traumatismes psychologiques nécessite d'instaurer une relation de confiance et donc un suivi au long cours de ces patients. Or, les migrations géographiques fréquentes des demandeurs d'asile constituent un obstacle à ce suivi. De plus, l'absence de domiciliation des demandeurs d'asile rend considérablement compliqué leur adressage vers les CMP et donc leur évaluation et prise en charge vers les psychologues et psychiatres.

Les médecins estiment qu'il pourrait être opportun de faire appel à un psychiatre pour réaliser les certificats concernant les séquelles psychiques, ce d'autant que certains précisent que bien souvent ce sont les seuls stigmates des violences vécues.

Des médecins déplorent aussi le fait qu'il serait plus pertinent de réaliser des certificats lorsqu'il existe des difficultés d'expression liées au psycho-traumatisme, plutôt que des certificats donnant le diagnostic de l'atteinte psychique.

4 – séquelles physiques et réalisation des certificats

Types de séquelles

« ... lésions physiques cicatricielles euh, observées qui sont éventuellement en cohérence avec les, le discours de, des violences et éventuellement des éléments psycho traumatiques, euh à retranscrire [...] y a par exemple toutes les problématiques de, de mutilations sexuelles, on a beaucoup de femmes qui viennent nous voir et la seule thématique de violence qu'elles abordent c'est ça, c'est la mutilation sexuelle abordée fin, euh, qui a été vécue généralement dans l'enfance et sur lesquels le, le motif de départ de manière assez, assez récurrente c'est je ne veux pas que mon enfant vive la même chose et je l'extirpe de ce milieu culturel

traditionnel, je ne veux pas de ça. Mais ça pose énormément de difficultés... » Dr D

« ...ils exposent assez facilement leurs traumatismes physiques sans dire forcément comment ça s'est passé... » Dr H

« ... c'est difficile d'avoir la preuve... » Dr J

« ...plus on est loin du traumatisme moins on peut marquer de chose [...] le souci particulier après c'est de le rattacher à une date précise après ça c'est impossible... » Dr L

« ... violences qui sont très anciennes et euh pour lesquelles y a plus rien physiquement à contac- euh à constater [...] c'était pas les mêmes violences, c'était des violences dans le cadre de, de guerre, de guerre civile... » Dr R

« ... dire qu'une cicatrice euh est lié à un traumatisme euh par un tiers, franchement c'est très difficile, c'est excessivement difficile... » Dr S

Les séquelles les plus souvent constatées sont des lésions cicatricielles anciennes.

Un médecin (légiste) évoque les violences sexuelles.

Les médecins de l'étude ont considéré que l'ancienneté des lésions était une difficulté à la rédaction des certificats médicaux, ce d'autant que la majorité des demandeurs d'asile ne précise pas le mécanisme lésionnel ayant occasionné l'élément cicatriciel constaté. Il est donc difficile pour les médecins d'établir un lien de causalité entre la séquelle et la violence subie. Les seuls médecins ne rapportant pas de difficulté dans ce domaine sont les médecins légistes ; nous supposons que grâce à leur formation et leur pratique quotidienne, leur interrogatoire est plus précis et donc de meilleure qualité, ce que nous reverrons dans l'analyse par spécialité.

Un médecin légiste a d'ailleurs insisté sur le fait que l'absence de lésions spécifiques en rapport avec les violences décrites par les demandeurs d'asile était une réelle contrainte puisque c'est précisément ce lien de causalité qui est recherché par l'OFPRA ou la CNDA.

Les violences de type sexuel ne sont pas ou peu évoquées par les médecins interrogés, à l'exception de deux médecins (légistes) qui évoquent la problématique des mutilations sexuelles. Nous tenons à préciser, encore une fois, qu'au moment des entretiens, la circulaire d'août 2017 n'était pas entrée en vigueur.

Certification des séquelles

«... si c'est un constat de violences physiques, conséquences, c'est pas difficile » Dr A

« ... je pense que tout médecin doit pouvoir faire ces certificats. Après y en a qui, on voit bien, qui sont moins à l'aise hein c'est sûr, mais normalement, tous les généralistes devraient pouvoir le faire... » Dr B

« ...j'essaye vraiment d'être factuel, pas de me dire ça fera tel effet ou pas puisque c'est pas, pas notre boulot finalement... » Dr C

« ... plus le champ des médecins qui les suivent de manière habituelle, médecin traitant, médecin généraliste, dans le cadre de la rédaction de certificat on va dire de manière un petit peu simplifiée de coups et blessures... » Dr D

« ...n'importe quel médecin peut faire ce certificat... » Dr E

« ... si possible même le médecin traitant quand on arrive à ce que les gens ait un médecin traitant... » Dr H

« ... quelqu'un qu'est formé pour ça, qui en pratique régulièrement puisque en médecine d'urgence et en

médecine générale c'est une pratique qui se fait qu'à la marge... » Dr I

« ... c'est le médecin qui les voit de toute façon, je crois pas qu'il y ait un médecin spécialisé dans les certificats de guerre... » Dr L

«... c'est comme pour tous les certificats, la, les où serait la difficulté ? [...] que ça a eu lieu à tel endroit, à telle journée, à telle heure ça personne ne peut [...] quelque fois c'est moi qui le propose aussi [...] pas de critère légal par rapport à ça ... » Dr Q

La majorité des médecins de l'étude considère que la réalisation des certificats de constatations des séquelles peuvent être fait par tous les médecins, peu importe leur spécialité.

«... ce serait des années après leurs blessures euh, ça moi je me renseignerai, parce que moi j'ai jamais fait ça [...] j'ai jamais fait ce type de certificat [...] je sais même pas quel formulaire c'est, ni ce qu'il faut marquer dedans, et puis quel critère d'ancienneté... » Dr E

« ... pas chez des demandeurs d'asile non [...] ça appartient à un médecin forcément, sous quelle forme, est-ce que ça doit être dans une structure dédiée, est-ce que ça doit être un médecin habilité à faire ça ou est-ce que tout médecin... » Dr M

«...ça prend énormément de temps, alors je le fais très, très rarement, je dirai en dépannage... » Dr S

Dix médecins interrogés rapportent n'avoir jamais rédigé ou alors très peu rédigé de certificats médicaux pour des patients demandeurs d'asile.

« ... des armes de tortures très, avec éventuellement des lésions qui sortiraient éventuellement de l'ordinaire, pourquoi pas faire appel ponctuellement à la médecine légale, mais pas d'une manière courante. » Dr D

« ... avis aux assistants sociaux qui connaissent bien un peu la légalisa-, la légalité là dessus et éventuellement j'adresserai si possible cette personne à un service de médecine légale [...] il faudrait que ce soit une consultation qui soit gratuite et pas payante, ça je sais pas si dans les services médico légaux ça existe... » Dr F

« ...des gens qui ont l'habitude de le faire, qui ont une bonne connaissance de l'exil euh de l'asile, de la violence, du trauma [...] la qualité du certificat et que les comment dire, et que les praticiens qui le font soient aussi reconnus dans leurs compétences [...] pour ce qui est de la certification de séquelles physiques y a à Lyon, je sais pas si vous connaissez, MéDA... » Dr K

« ... on constate rien et ça veut pas dire qu'il aura rien subi [...] la médecine légale est bien placée là-dedans parce que on est plus habitué à détecter des toutes petites lésions qui peuvent être suspectes [...] plus habitué à avoir des violences euh, j'allais dire violence euh pas là sur place mais à détecter les signes qui peuvent euh indiquer, ou quand on les interroge euh suivant leur comportement, suivant comment ils en parlent, suivant s'ils ont du mal à exprimer ou si, si c'est plutôt fluide ou si, on arrive à ressentir quand même euh, parce que on en écoute souvent... » Dr N

« ... je ne suis pas habitué à la médecine de guerre, c'est quand même ça et, et on n'a pas les réflexes, on a un peu de mal à imaginer ce genre de choses [...] hyper important pour les gens et hyper difficile pour le médecin... » Dr O

« ...je me renseignerais, je le ferais peut-être pas tout de suite ou je leur demanderais un moment de réflexion [...] je pense que c'est un peu plus compliqué qu'un certificat pour un de mes patients... » Dr P

« ... je ne pense pas que ça soit du, du ressort de tous les médecins [...] pour justement que le certificat serve, faut que ce soit fait par des gens qui ont une réelle formation [...] ça pose moins de problème que quelqu'un qui fait ça une fois de temps en temps [...] le service de médecine légale, le service « spécialisé dans les violences » ... » Dr R

« ... on prend bien des conseils auprès du COMEDE [...] si c'est des traumatismes visibles, si ils se sont fait coupé un doigt hein ils peuvent le montrer y a pas besoin de certificat médical [...] service Ethique et Santé euh donc à Lyon... » Dr S

Certains médecins estiment que la rédaction des certificats de constatations des séquelles ne peut être réalisée par tous les médecins. Ils préconisent que ces certificats soient réalisés par des médecins ayant l'habitude.

«... parce qu'ils sont médecins légistes, j'imagine que ça a plus de poids que un certificat d'un médecin généraliste, d'une PASS... » Dr H

« ... toujours le soupçon de complaisance... » Dr K

« ... le service de médecine légale, le service « spécialisé dans les violences », bon ça avait peut être un peu, ça faisait peut être un peu plus fois qu'un certificat qui émanait d'un autre médecin... » Dr R

« ...c'est des non médecins qui les lisent, on peut être mis en doute sur notre impartialité, neutralité [...] je pense que le certificat qui émanerait, émanerait d'un, d'un médecin légiste aurait beaucoup plus euh de, d'impact, c'est certain... » Dr S

Quatre médecins ont même précisé (médecins de PASS, médecin associatif et légiste) qu'ils craignaient qu'un certificat établi par un autre médecin qu'un légiste soit considéré comme un certificat de complaisance et donc moins pris en compte lors de l'évaluation du dossier de demande d'asile.

« ... le secret médical aussi qu'il faut respecter... » Dr E

« ...d'écrire des bêtises ou des insuffisances ou des, mal, mal rédiger [...] pas du tout formée à ça... » Dr F

«... faut pas qu'il aille dans n'importe quelles mains euh, mais on peut pas en être sûre... » Dr G

«... grève complètement la relation de soins [...] questions éthiques sur la sensation éventuellement d'une certaine manipulation sur la question des certificats, pas par les gens hein, par les, par la, le système hein ... » Dr H

« ...l'optique elle est médico-légale quoi et c'est pas évident [...] avec ma subjectivité raconter des choses qui seront retenues contre les gens... » Dr O

« ...l'impression de, de formalités administratives... » Dr R

Les craintes listées par les médecins dans la rédaction de ces certificats sont de faire défaut au secret médical et d'écrire des éléments nuisibles au demandeur d'asile.

Deux médecins (médecin de PASS et légiste) évoquent plutôt qu'une crainte, une impression que la réalisation de certificats de « coups et blessures » ne soit qu'une étape obligatoire au parcours administratif de ces patients.

« ... je les mets plutôt en garde en disant qu'ils sont en train de mélanger les choses, que euh, que, que il faut qu'ils fassent leur demande d'asile et que si ils sont déboutés ils pourront faire une demande de séjour pour soins... » Dr Q

Un seul médecin de l'étude (PASS) évoque la confusion qu'il peut y avoir chez les demandeurs d'asile, entre les certificats de constatations des séquelles et ceux réalisés dans le cadre de raisons médicales.

Concernant la thématique de la réalisation des certificats de constatations de séquelles, même si presque tous les médecins s'accordent à dire que peu importe sa spécialité n'importe quel médecin peut le réaliser, il existe néanmoins certaines difficultés. La principale crainte soulignée par les médecins est la peur d'être nuisible au demandeur d'asile en inscrivant des propos ou des détails de l'examen qui pourraient jouer en sa défaveur.

La seconde crainte est la peur de ne pas respecter le secret médical et pour certains médecins interrogés, la peur que le certificat soit confié à quelqu'un de malhonnête qui pourrait porter préjudice au demandeur d'asile.

La moitié des médecins de notre étude disait ne réaliser que très peu voire jamais de certificat dans le cadre des demandes d'asile. Le principal motif était que cela ne leur était pas demandé. Néanmoins, certains précisent que la rédaction de ces certificats appartient à des médecins formés et ayant l'habitude de les réaliser, en citant comme exemple les médecins légistes. Selon eux, un certificat émanant d'un médecin légiste serait plus opportun et aurait plus d'impact dans la procédure d'asile.

Nous avons choisi d'évaluer le positionnement des médecins légistes quant à cette problématique dans notre analyse par spécialité.

Enfin, certains médecins ont aussi évoqué la peur d'une certaine dérive administrative dans laquelle le certificat ne serait qu'une sorte de faire-valoir pouvant impacter négativement la relation de soins déjà précaire de ces patients.

Impact des certificats

« ... on n'a aucun retour c'est ce qui manque je trouve à cette activité, même si encore une fois on le fait volontiers parce que voilà c'est de la médecine sociale [...] il faudrait voir si réellement ça a un, ça a un impact positif sur leur demande ou pas... » Dr D

« ... il doit avoir quand même un impact certain sur le séjour hein, je pense que ça permet d'entamer des papiers, des procédures pour qu'ils puissent rester au long terme au pays, je pense hein... » Dr E

« ...comment ils font pour accepter ou pas les demandes d'asile hein, je, j'ai aucune idée de leurs critères... » Dr G

« ... mon retour il est simple ils ne servent à rien... » Dr H

«... je sais pas quelles sont les questions spécifiques, les choses spécifiques à y faire figurer [...] je le sais pour l'âge osseux parce que en général ça a un impact qui est nul... » Dr I

« ... ça peut peser quelque part sur le déroulement de l'entretien voilà, sur la décision je sais pas [...] toujours le soupçon de complaisance [...] d'avocats avec qui on travaille, qu'on connaît bien, qui nous connaissent bien... » Dr K

« ... que ça ait un impact derrière je suis pas sûre que ce soit si conséquent que ça... » Dr Q

« ... on n'a jamais aucun retour [...] ce qu'on pouvait faire pour ces gens-là était très, très limité, je sais pas vraiment si ça leur servait... » Dr R

Aucun médecin de l'étude ne connaît de façon certaine l'impact que peuvent avoir les certificats dans l'acceptation ou non de la demande d'asile. Un seul (médecin associatif) nous a dit travailler en collaboration avec des avocats afin d'essayer d'avoir un retour sur les certificats.

« ... les déboutés de l'OFPPRA je les oriente vers la structure lyonnaise, qui a changé de nom, qui était Droit et Ethique [...] parce qu'ils sont médecins légistes [...] sans savoir si effectivement ça a une influence également au niveau de la CNDA... » Dr H

La même interrogation est faite pour les patients déboutés de leur demande d'asile, quant à l'impact des certificats, par un des médecins de l'étude (médecin de PASS).

« ... ça vient à l'appui de leur récit... » Dr Q
« ... c'est pas un bout de certificat sur des cicatrices, parce que moi je suis somaticienne, qui, qui peut de façon certaine faire basculer euh l'avis du jury hein, c'est pas ça, c'est moi je le fais pour rassurer les gens [...] ce qui compte beaucoup c'est le récit que vous allez faire, parce que ils partent du principe euh que c'est pas authentique, donc racontez même si c'est dur pour vous [...] si on épure leur récit ça devient très stéréotypé, comme je dis bon la guerre, les violences c'est stéréotypé donc c'est pas autrement, donc il faut que, que, qu'il y ait du vécu... » Dr S

Deux médecins (PASS) disent conseiller aux demandeurs d'asile de mettre l'accent sur leur récit de vie plutôt que sur le certificat de constatations des séquelles.

Il nous semble important de relever qu'aucun médecin ne puisse donner l'impact des certificats sur la demande d'asile, que ce soit en première instance à l'OFPPRA ou en seconde instance à la CNDA, alors qu'il s'agit d'un élément paraissant primordial dans le dossier administratif des personnes lorsqu'elles rapportent des violences.

Certains médecins pensent même qu'il n'y a aucun impact si ce n'est de rassurer le demandeur d'asile et les travailleurs sociaux qui les accompagnent. Les médecins donnant cet argument précisent que le plus important dans la demande d'asile c'est d'être le plus cohérent possible. Ils indiquent donc qu'ils préfèrent aider les demandeurs d'asile à verbaliser les traumatismes vécus au pays ou pendant le parcours d'exil, plutôt que de réaliser un certificat dont l'impact et la valeur peuvent être discutés.

5 – Formation dédiée

Intérêt d'une formation

« ... en médecine générale on n'a aucun support... » Dr A
« ... pas du tout formée à ça [...] au cours des études de médecine euh, un minimum d'informations serait bien [...] formation plus, un peu plus poussée pour les gens qui euh au quotidien euh sont amenés à voir des gens qui ont subies des violences... » Dr F
« ... il y a des manques, d'abord sur ce que, sur le bilan euh basique de santé... » Dr G

« ... sur les questions éventuellement de torture effectivement parce que y a quand même quelques spécificités [...] la question du traumatisme psychique après et sur la question du parcours d'asile [...] n'est pas très médical mais qui permet de comprendre [...] pour essayer d'expliquer attention à qui il va donner le certificat, pour faire quoi ... » Dr H

« ... des besoins de formations parce que, on, on a intérêt à se former à, aux pathologies spécifiques aux migrants, aux problématiques sociales aussi qui sont spécifiques aux migrants... » Dr I

« ... la crainte c'est de mal les soigner parce que y a la barrière de langue, parce que on ne connaît pas toutes leurs pathologies, parce qu'on sait que à l'esprit, on découvre des tas de choses au bout de trois mois... » Dr J

« ... quand on prend en charge régulièrement des demandeurs d'asile on a plus de facilités à aller directement à l'essentiel et à, euh, et à diagnostiquer plus rapidement ... » Dr M

« ... politiques de santé publique des pays d'origine on les connaît pas [...] réaction adaptée en face de quelqu'un [...] situations qui sont anormalement difficile à vivre et euh qui sont des situations plutôt nouvelles hein pour un médecin d'une ville euh plutôt bourgeoise... » Dr P

« ... connaître les, les violences qui sont infligées pour pouvoir ensuite les rechercher [...] pour la production du certificat ce serait plus pertinent [...] connaissances sur le, les pays où les droits de l'Homme ne sont pas respectés... » Dr R

La majorité des médecins de l'étude a estimé qu'une formation médicale dédiée à la prise en charge des demandeurs d'asile pourrait être intéressante.

« ... on intervient à la fac pour la rédaction des certificats médicaux... » Dr D

« ... à l'ENC je pense qu'il y a euh le stress post traumatique ouais, euh bon et y a euh bon tout ce qui est infectieux donc on va dire euh épidémiologie euh donc des pays de provenance [...] faire la synthèse pour la prise en charge ... » Dr S

Seuls deux médecins (un légiste et un médecin de PASS) ont estimé que la formation actuelle était adaptée, bien qu'il faille réussir à combiner plusieurs items de l'ECN afin d'être pertinent et efficace.

Type de formation

« ... des stages de terrain, je pense que des stages de terrain en CMP, des stages de terrain dans différents cabinets, notamment dans des quartiers, c'est important pour voir des patients qui viennent de milieux sociaux différents... » Dr C

« ... c'est à l'expérience aussi qui fait que on développe tout ça... » Dr E

« ... il faut quand même pratiquer puisque y a des lésions élémentaires qu'on voit pas souvent... » Dr I

« ... pratique [...] plus efficace et plus réactif... » Dr M

« ... pratique, ça va être dur quand même, parce que vu qu'il y a de plus en plus d'étudiants... » Dr N

Quelques médecins ont estimé qu'une formation pratique serait plus efficace dans la prise en charge de ces patients.

Un médecin souligne la difficulté de mettre en place des stages du fait de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine.

« ... formation plus, un peu plus poussée pour les gens qui euh au quotidien euh sont amenés à voir des gens qui ont subies des violences... » Dr F

« ... mettre peut être des unités de formations à la fac... » Dr J

« ... au moins théorique sur les pathologies que l'on peut rencontrer, les sévices qu'ils ont pu subir, les choses qui se font dans ces pays euh voilà donc le ressenti qu'ils peuvent avoir, au moins avoir une notion ce serait déjà bien... » Dr N

« ... si je continue à en voir et à en voir peut être de plus en plus, je pense qu'il faut vraiment que va falloir faire une formation... » Dr P

« ... chaque étudiant soit sensibilisé à travers un cas qui leur soit présenté ou qu'il peut amener aussi euh dans les groupes de pairs, comme ça se fait maintenant, donc voilà il faut comme on peut pas imaginer qu'y est pas un cas clinique sans un diabétique ou une personne handicapée ...» Dr S

Certains médecins pensent qu'une formation théorique serait plus adaptée.

« ... les deux... » Dr P

Un seul médecin (généraliste) pense qu'il faudrait à la fois une formation pratique et théorique.

Elargissement à la précarité

« ... quelque chose sur la précarité à l'internat pour tous les médecins ça c'est important [...] beaucoup de choses différentes sur la précarité, le, les demandes d'asile c'en est un secteur mais c'est pas le seul...» Dr Q

« ... toute cette médecine de la précarité qui demande à être euh peut être mieux enseignée ou mieux comprise euh ou mieux prise en compte par notre médecine moderne... » Dr K

« ... une formation plus générale sur les personnes fragiles et à risque ça pourrait avoir un intérêt... » Dr L

Trois médecins (médecin de PASS, médecin associatif et généraliste) pensent qu'une formation sur les patients en situation de précarité serait plus pertinente.

Selon les médecins, une formation dédiée, qu'elle soit pratique ou théorique, permettrait d'être plus performant et de limiter certaines difficultés dans la prise en charge des demandeurs d'asile. Les principaux axes de formation évoqués par les médecins sont les troubles psychiques, l'évaluation des séquelles et les problèmes infectieux spécifiques aux migrants. Un des médecins soulignera qu'une formation lui permettrait de mieux s'adapter et de mieux réagir aux récits de violences que rapportent ces patients.

De plus, certains médecins précisent que c'est par l'expérience et la pratique que nous serons mieux préparés à la prise en charge sanitaire de ces patients.

Un des deux médecins qui a estimé que la formation médicale générale actuelle était en adéquation avec la prise en charge de ces patients, a néanmoins précisé qu'il serait important de voir apparaître des cas cliniques en rapport avec la prise en charge des migrants dans leur globalité, aux ECN.

Il en ressort néanmoins qu'il faudrait étendre cette formation à la prise en charge des patients en situation de précarité et notamment se renseigner sur les politiques de santé publique des pays de provenance les

plus souvent rencontrés dans ces populations. En effet, les médecins soulignent que cela aurait plus d'impact et plus d'intérêt que de cibler uniquement sur les demandeurs d'asile.

Certains médecins insistent sur le fait qu'il serait intéressant de faire des formations plus approfondies pour les professionnels travaillant de façon régulière avec les patients étrangers, en situation de précarité, incluant les demandeurs d'asile.

6 – Structure dédiée

Risques d'une structure

« ...c'est très stigmatisant [...] faut déjà, faut déjà trouver les médecins pour les mettre dedans, dans ces structures... » Dr A

« ...c'est encore les mettre de côté, je pense que c'est bien qu'ils arrivent à s'intégrer en étant dans les cabinets médicaux... » Dr B

« ... ben non pas spécialement. Moi j'aurai peur que euh, ça soit euh, qu'une structure dédiée soit forcément de parti pris... » Dr C

« ... le fait de créer des centres spécifiques va permettre aux autres de se dédouaner en fait et de pas s'en occuper... » Dr I

« ...très dubitatif sur des problèmes qui sont euh quand même beaucoup humains, aux grandes structures et à une espèce d'industrialisation de la prise en charge,... » Dr O

Cinq médecins interrogés ne trouvent pas d'intérêt à la création d'une structure médicale dédiée et y voient même un risque.

Absence d'intérêt

«... c'est souvent des gens qui sont en bonne santé quand même et qui ont besoin d'un bilan, mais ils ont pas besoin d'avoir un suivi étroit... » Dr E

« ... somatique, je pense pas parce que dans les hôpitaux ils sont quand même pris en charge... » Dr N

Deux médecins (médecin de CSP et légiste) ne voient pas l'utilité d'une telle structure car les demandeurs d'asile n'ont pas de pathologie somatique grave.

Avantages d'une structure

«... budgets alloués spécifiques, je pense que ça serait intéressant ...» Dr D

« ... les PASS sont pas suffisamment développées pour ça, ça c'est très clair et net. Donc pourquoi pas, ... » Dr F

« ... une structure oui, je pense oui, parce que plus on voit un type de patientèle, plus on a de l'expérience... » Dr J

« ... rassembler différents professionnels qui pourraient se, euh, travailler ensemble pour euh améliorer la prise en charge, parce que souvent c'est des problèmes médico-sociaux plus que médicaux [...] l'idéal ce serait ça... » Dr M

« ... il faudrait des structures spécifiquement dédiées à, à ce type de prise en charge parce que euh

effectivement après euh, bon encore une fois c'est des violences qui sont particulières, qu'on n'a pas l'habitude de voir [...] ça devrait être une structure médico-sociale pas uniquement médicale [...] prendre en charge au long cours pour assurer une, une insertion qu'ils soient pas euh complètement démunis... » Dr R

Cinq médecins de l'étude estiment qu'au contraire, la création de structures médicales dédiées à la prise en charge de ces patients serait bénéfique.

Dichotomie milieu rural- milieu urbain

« ... pour les grandes villes oui parce que y aura suffisamment de, de patients qui vont venir, pour créer unité, une unité avec une permanence de médecins, une permanence de psychologues. Pour les tous petits bleds, excusez-moi je parle pas de Roanne mais enfin bon, pour les, pour les, les plus petites euh structures y aura pas de permanence et autant que ce soit tout le monde sur le coin qui soit au courant de la, la question des migrants... » Dr S

Un médecin (PASS) pense que des structures dédiées seraient intéressantes uniquement dans les grandes villes.

Fonction des PASS

« ... les PASS sont pas suffisamment développées pour ça, ça c'est très clair et net. Donc pourquoi pas, ... » Dr F

«...on en est un peu une quand même ... » Dr S

Pour deux médecins de l'étude (médecin de PASS et généraliste), les PASS constituent des structures médicales dédiées à la prise en charge de ces patients.

«... je pense que sur le papier ça peut être intéressant effectivement... » Dr L.

« ... rester quand même dans quelque chose de proximité avec les gens, faut pas que ce soit un truc euh anonymisé... » Dr O

Les autres médecins ont un avis ambivalent. Ils reprennent des arguments déjà évoqués par d'autres médecins.

Concernant cette thématique, les avis des médecins sont mitigés.

Les médecins contre la création d'une structure évoquent la peur d'augmenter la scission entre leur patientèle habituelle et les patients demandeurs d'asile, souvent isolés, ne connaissant pas les arcanes du fonctionnement de la santé publique dans notre pays. De plus, pour certains médecins, cela majorerait les inégalités puisque le fait de créer une structure permettrait aux autres médecins de ne pas s'impliquer, ce qui augmenterait les difficultés d'intégration des demandeurs d'asile. D'autres évoquent la peur d'une stigmatisation et d'une automatisation de la prise en charge de ces patients, ce qui nuirait à l'instauration d'une relation de confiance.

Les médecins favorables à la création d'une structure dédiée ont pour arguments que cela permettrait une certaine « spécialisation » et donc un savoir-faire, primordial dans la prise en charge de ces patients, comme nous l'avons vu dans la thématique de la formation. Un des médecins souligne le fait qu'une structure dédiée permettrait un financement publique spécifique permettant d'avoir des moyens financiers mais aussi humains pour pouvoir accueillir correctement ces patients. Un autre argument est que cela limiterait les obstacles en rapport avec l'orientation des demandeurs d'asile vers les CMP et les cabinets de ville. Enfin, deux médecins de l'étude justifient leur opinion par le fait que créer une structure dédiée permettrait une prise en charge médicale globale, somatique et psychologique, mais aussi sociale en créant un lien étroit entre médecins, psychologues et assistants sociaux. Selon ces médecins, cette articulation médico-sociale serait plus facile à mettre en place et plus efficace au sein d'une structure médicale dédiée.

7 – Réflexions proposées par les médecins

Rôle du médecin et des structures sanitaires en place

« ... on est souvent dans l'irréparable hein [...] quelle est notre place dans ce, dans cette histoire et comment on va peut être favoriser un accès de nouveau à la confiance, au lien, que les gens puissent de nouveau être capable de réfléchir, d'agir en dehors de toute cette traumatologie qui les, qui les invalide, je veux dire elle est là la crainte hein, est-ce que notre action est au niveau de la violence subie ? » Dr K

« ...on est spectateur de ça euh on est un peu interpellé parce que comme on euh voilà, voilà on voit qu'il y a un système qui fonctionne de manière étrange... » Dr Q

Certains médecins ont émis quelques réflexions autour du rôle et de la place du médecin face aux patients demandeurs d'asile. Comme cela a déjà été dit, la prise en en charge de ces patients est complexe et a pour but principal de les accompagner, de les intégrer dans la vie sociale du pays d'accueil et de les aider à se reconstruire. Cependant, des médecins se posent la question de savoir si notre système et nos actions sont assez conséquents pour pouvoir faire face aux différents traumatismes qu'ont pu subir les demandeurs d'asile.

« ...débat au sein même des PASS, sur euh est-ce qu'on est juste une passerelle on voit les gens une fois, deux fois, et dès qu'ils ont des droits il est hors de question de les revoir et il faut que ce soit le droit commun, ou est-ce que on essaye d'adapter en fonction du caractère des gens, de leur parcours, de voilà en risquant d'emboliser le dispositif... » Dr H

Un des médecins (PASS) se pose la question de l'accompagnement et du suivi complet des patients au sein de la PASS même s'il ne s'agit pas de la vocation première de cette structure. Pour lui cela permettrait de pallier la problématique des perdus de vue et du manque de compliance aux soins.

Un suivi au sein de la PASS pourrait aussi instaurer une réelle relation de confiance, sans changement d'interlocuteurs, déterminant essentiel à la reconstruction de ces patients.

Problématique des déboutés

*« ...qu'on retrouve en tant que débouté où les gens espèrent être malades pour pouvoir rester... » Dr H
« ...quand ils sont déboutés alors là on a pleins de craintes hein euh de passage à l'acte suicidaire ... » Dr S*

Deux médecins (PASS) se posent la question de la prise en charge des déboutés qui décident de rester sur le territoire. Ces patients n'ont certes aucune légitimité contrairement aux demandeurs d'asile, mais ils sont tout de même présents, notamment dans les structures telles que les PASS, CSP ou associations qui continuent de les prendre en charge.

Solutions proposées

*« ...qu'il faudrait qu'il y ait plus d'éducs, de psychologues.. » Dr B
« ... en mettant systématiquement, un interprète professionnel à disposition [...] travailleur social aussi qui soit euh vraiment affecté au demandeur d'asile... » Dr M
« ...d'avoir un interprète, d'avoir du temps pour faire ça euh de, de pouvoir revoir les gens éventuellement ... » Dr R*

Les médecins aimeraient que des interprètes soient systématiquement mis à disposition, que des travailleurs sociaux et éducateurs accompagnent de façon continue un demandeur d'asile du début à la fin du parcours administratif, afin d'éviter les changements d'interlocuteurs. Ils aimeraient aussi que le parcours de soins du demandeur d'asile s'intègre dans une prise en charge médicale globale, incluant notamment les psychologues.

*« ... Ce qui manque aujourd'hui, chez les migrants, chez les précaires c'est un dossier national où nous on sait ce qui est fait pas fait, les vaccins qu'ils ont fait, qu'ils ont pas fait, quand ils ont fait la radio, est-ce qu'ils l'ont fait en Allemagne ou en Italie, est-ce que... ? ... » Dr E
« .. faut réellement que ça soit définit euh nationalement avec un programme euh adapté quoi et des moyens [...] ça s'intègre encore une fois dans une prise en charge globale, réfléchie, raisonnée et euh avec un aboutissement ... » Dr R
« ...y aura peut-être quelque chose à faire en terme euh de meilleur dépistage, ça, ça concerne l'Etat... » Dr S*

Un médecin aimerait qu'un dossier médical national voire européen soit mis en place pour chaque demandeur d'asile, ce qui limiterait la problématique de la transmission des informations malgré la mobilité géographique des patients.

D'autres aimeraient que des directives nationales soient prises pour que la prise en charge sanitaire se fasse de façon globale et cohérente en fonction du parcours socio-administratif des demandeurs d'asile.

III – Analyse par spécialité

1 – Etat des lieux du parcours de soins actuel

Nous avons choisi pour cet item d'évaluer le point de vue des médecins en fonction de leur spécialité et/ou de leur lieu d'exercice. En effet, comme dit précédemment, les médecins interviennent à des moments de vie et de parcours administratif très différents, nous voulions donc voir s'il existait des différences de ressentis ou des difficultés en fonction de l'évolution socio-administrative du demandeur d'asile.

a- Médecins associatifs

Motifs de consultations

« ... très variés, toutes les pathologies possibles, euh toute sorte de pathologies qu'on peut imaginer, des plus simples au plus graves, euh au plus importantes, euh dans, dans le premier accueil hein... » Dr F

« ... les centres d'hébergement quand ils repèrent chez les, voilà chez les gens qui sont hébergés hein, euh des signes de souffrances psychiques... » Dr K

Les deux structures associatives ne prennent pas en charge les mêmes problématiques médicales. L'une est à vocation somatique, intervenant en cas de pathologies aiguës ou chroniques, l'autre évalue uniquement les séquelles psychologiques. Dans les deux cas, les patients sont majoritairement adressés par les travailleurs sociaux.

Objectif des consultations

« ... c'est le centre CASO ça s'appelle, Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation où on reçoit les gens en consultation, euh consultations comme toute consultation médicale avec euh un interrogatoire d'abord euh social, qu'elles sont leurs conditions de vie, euh famille, logement, euh administratif euh voilà en particulier on leur demande euh si ils sont passés à la préfecture, est-ce qu'ils ont déposé leur demande, où est-ce qu'ils en sont, est-ce qu'il y a un rendez-vous ... » Dr F

« ...on évalue globalement la situation des gens, euh partiellement je dirai leur histoire parce que c'est pas trop le moment, mais essentiellement les, leurs besoins [...] n'a pas les repères euh culturels, qui ne, qui n'a pas les repères pratiques hein pour s'orienter euh dans le parcours de soins [...] recours préférentiel aux services d'urgences, par exemple hein, qu'est pas euh la meilleure porte d'entrée dans le parcours de soins... » Dr K

Les deux médecins ont pour objectif l'évaluation des conditions de vie du demandeur d'asile.

Pour les médecins évoluant dans des structures associatives, le principal objectif de la prise en charge des demandeurs d'asile est l'évaluation des besoins sanitaires et sociaux de ces patients à leur arrivée sur le territoire. Ils évaluent aussi l'avancée de leur parcours administratif en ayant pour ambition de les intégrer de la façon la plus adaptée et la plus rapide possible aux cabinets de ville.

Influence des conditions sociales

« ... mais dans le premier accueil et euh, ce qu'on remarque très nettement c'est que toutes les pathologies, même les plus simples, sont souvent aggravées par les conditions de vie, les conditions d'exil, ce qu'ils ont vécu dans leur trajet d'exil, euh les violences éventuelles qu'ils ont subies, euh y a une grosse part euh, en particulier y a une grosse part de troubles psychologiques euh d'ordre anxio-dépressif liés à ces difficultés de, de l'exil et les violences subies... » Dr F

« ...les circonstances extérieures qui font que ça va mieux, je veux dire que si la demande d'asile se passe bien, se passe bien, si les gens obtiennent le statut, une protection subsidiaire on ressent que pfff y a un certain nombre de choses qui, qui, qui vont mieux hein, parce que c'est une issue... » Dr K

L'environnement constitue un élément primordial à la prise en charge sanitaire de ces patients.

Les conditions de vie et les conditions d'accueil semblent être des facteurs influençant de façon importante l'état de santé des demandeurs d'asile. En effet, selon ces médecins, elles peuvent avoir une influence négative sur le parcours de soins, liée à l'exil et aux difficultés d'accueil sur le territoire. A l'inverse, l'acceptation de la demande, va être un facteur positif sur leur état de santé.

De plus, un des médecins insiste sur le fait que l'absence de connaissances sur le système de soins français constitue un obstacle de plus à la prise en charge de ces patients.

« ... la prise en charge elle vient aussi du demandeur d'asile hein [...] un tas de malentendus qui peuvent se, s'installer, qui font que les gens globalement sont pas bien soignés [...] ces ruptures de parcours de soins, le fait que les gens comment dire ne sont pas impliqués, ils peuvent pas être impliqués ou sont mal impliqués dans ce que l'on peut leur proposer comme euh, euh comme soins... » Dr K

Selon un des médecins, les malentendus et les mobilités géographiques sont un frein à la prise en charge.

Ce médecin souligne que le manque d'implication de certains patients dans leur parcours de soins est en lien avec la barrière linguistique, empêchant d'expliquer convenablement les thérapeutiques à mettre en place. Outre la barrière linguistique, les mobilités géographiques et les différences de priorités qu'il peut exister entre le demandeur d'asile, inquiet de son hébergement et d'obtenir son statut de réfugié, et le médecin,

inquiet d'un retard diagnostic ou d'une rupture thérapeutique, sont aussi des facteurs de mauvaise prise en charge sanitaire.

« ... Il y a un cas particulier euh, actuellement de demandeurs d'asile, de certains demandeurs d'asile d'Albanie, parce que euh, y a un certain nombre de, de gens qui quittent l'Albanie alors qu'ils ont euh, qui sont d'un niveau euh intellectuel, éducation plutôt corrects, qui avaient un travail etc qui quittent pour les raisons euh, de mafia et de vendetta là-bas et qui savent très bien euh, ce qu'il en est des lois françaises et ils savent que la loi dit un demandeur d'asile doit être hébergé, donc ils sont très vindicatifs, très demandeurs et des fois ça, c'est pas très facile de leur dire oui effectivement la loi dit ça mais en réalité euh non. Et des fois ça, ils sont un petit peu euh, ils exigeraient presque des choses de notre part et c'est pas toujours facile... » Dr F

Un des médecins rapporte des demandes démesurées, en rapport avec les conditions sociales, de certains demandeurs d'asile.

Un obstacle relativement récent, émergeant depuis quelques mois, rapporté par un des médecins, est, qu'au-delà des besoins sanitaires, certains demandeurs d'asile exigent du médecin qu'ils leur permettent d'accéder à un hébergement ou à un travail, ce qui n'est pas le rôle du médecin et qu'ils peuvent avoir du mal à comprendre.

Orientations

« ...la prise en charge n'est pas suffisante et ne répond pas justement à cette orientation [...] A Lyon là, y a le CDHS spécialement pour la tuberculose, le centre de dépistage qui fait aussi vaccination, ça peut être les PASS, les hôpitaux etc... Essor si, si, alors Essor on l'utilise nous surtout pour la partie psychologique essentiellement [...] une fois qu'ils ont obtenu la CMU on essaye de les orienter euh vers des structures de droit commun que ce soit un centre de santé euh ou que ce soit médecin généraliste... » Dr F

«... une fois qu'il sera pris en charge dans le secteur public, nous, il, enfin il sera plus pris en charge ici [...] la PASS, ça y a pas de soucis hein, c'est des gens qui eux ont l'habitude de, de cette population [...] compliqué de travailler avec les CMP, avec les services d'urgences [...] une réticence hein, faut pas se la cacher, vis-à-vis des patients étrangers, en grande détresse...» Dr K

L'orientation des demandeurs d'asile vers les structures hospitalières et libérales semble compliquée.

Les médecins associatifs essayent au maximum d'orienter les demandeurs d'asile, vers les structures de soins adaptées, une fois l'obtention de leur droit de sécurité sociale, qu'elles soient libérales ou hospitalières. Cependant, cette orientation reste difficile en dehors des centres dédiés à la prise en charge des personnes en situation de précarité telle que les PASS ou les centres de dépistage de maladie infectieuse.

Fonctionnement des PASS et CSP

« ...je peux pas assumer le suivi au long cours de ces gens... » Dr E

« ...consultations qui sont vus dans un ordre de 30% où y a seulement une ordonnance [...] les deux autres tiers euh pour lequel y a ce que nous on appelle une suite de soins c'est-à-dire une prescription qui a recours au plateau technique, de biologie, de radiologie, de spécialiste [...] on les suit jusqu'à l'ouverture des droits, ce qui fait une moyenne de 2 consultations... » Dr Q

Certaines PASS et CSP vont recevoir les demandeurs d'asile jusqu'à ce qu'ils obtiennent la CMU ou l'AME.

« ...alors on va dire des couvertures sociales entre guillemets, nous on considère que tout ce qui est AME, CMU, ça reste des couvertures sociales précaires, alors on sait que même si ils ont des couvertures sociales complètes à la base euh ils rencontrent d'énormes soucis quand même pour prendre des rendez-vous soit chez les généralistes euh ou voilà chez les dentistes, 'fin même à la pharmacie des fois pour aller retirer un médicament c'est compliqué, 'fin voilà du coup c'est aussi pour ça qu'on continue à les accueillir... » Dr O

D'autres vont considérer que la CMU ou l'AME sont un statut insuffisant d'un point de vue sanitaire et vont continuer à recevoir les demandeurs d'asile.

« ... partir dans le droit commun, les assistantes sociales insistent dessus et les gens parfois ils partent pour faire plaisir, mais du coup abandonnent la question de la santé [...] se poser toute la question effectivement, de médecin traitant au sein de la PASS qui pose des difficultés euh éthiques » Dr H

Enfin, d'autres vont avoir une attitude mixte, au cas par cas, en fonction du bilan initial de chaque patient.

Ce qui nous a interpellé dans les entretiens avec les médecins des PASS et CSP, et qui a constitué une réelle difficulté dans notre analyse, c'est la disparité qu'il peut y avoir dans leur fonctionnement.

En effet, les structures prenant en charge les demandeurs d'asile jusqu'à l'obtention de la CMU ou de l'AME, donnent comme argument que cela permet une intégration plus rapide dans les cabinets de ville et évite d'encombrer la PASS.

Ceux qui les suivent malgré l'obtention de leur droit sanitaire, se justifient en évoquant le maintien d'un lien thérapeutique, ce qui faciliterait la relation de confiance et donc un suivi médical plus efficient.

Influence du parcours administratif

« ... délais pour la préfecture, pour le rendez-vous pour pouvoir mettre en place les droits.. » Dr H

« ...le sont à partir de leur rendez-vous en préfecture et que celui-ci mets parfois plusieurs semaines ... » Dr Q

Les délais avant le passage en préfecture des demandeurs d'asile sont longs.

Le parcours administratif impacte le parcours de soins selon les médecins. En effet, les temps de traitement des dépôts de demande d'asile sont assez conséquents, ce qui retarde l'obtention de la CMU et donc l'accès et l'intégration dans les structures médicales hospitalières ou libérales.

Motifs de consultation

« ...on fait un bilan de santé simple et après on oriente selon le problème, la problématique de chacun... »

Dr E

« ...les mêmes pathologies que l'on va retrouver chez tout le monde... » Dr H

Les motifs de consultations évoqués par les médecins sont les bilans de santé et des pathologies somatiques simples.

« ... PASS peut être vécue comme euh négative, peut être traumatisante, je sais pas, notamment pour les mineurs non accompagnés [...] Ils ont rien demandé en fait et on leur dit ben ça serait bien de venir pour faire le point [...] questions éthiques aussi, parce que quand ils ne viennent pas pour ça on rajoute quelque chose avec une pathologie ça pose problème... » Dr H

Selon un des médecins, les bilans standardisés peuvent ajouter de la souffrance chez ces patients.

« ... un manque d'informations, un manque de communication entre les professionnels de santé [...] j'ai tout fait pour rien parce que ils s'en vont, je peux même pas donner les résultats, je peux pas transmettre à personne ... » Dr E

« ... ils débarquent on n'a aucuns éléments médicaux... » Dr H

Une des principales difficultés dans les consultations pour les médecins est l'absence d'antécédents médicaux.

Les principaux motifs de consultations répertoriés sont les pathologies aiguës ou chroniques pouvant être rencontrées en médecine générale, ou encore les bilans de santé standardisés à la recherche notamment de pathologies infectieuses.

Un des médecins interrogés évoque les bilans de santé standardisés comme une difficulté de plus dans la prise en charge de ces patients. Comme il le souligne, le fait de découvrir une pathologie telle qu'un VIH ou une hépatite vient encore ajouter de la détresse dans la situation déjà précaire de ces patients.

Une autre difficulté en rapport avec la réalisation des bilans est que certains médecins déplorent le fait qu'il n'y ait pas de dossier médical où l'on puisse trouver les examens et thérapeutiques déjà réalisés, ainsi que les antécédents médicaux de chaque patient, afin d'éviter de multiplier les examens.

Orientations

« ...le monde associatif connaît beaucoup mieux la PASS que l'hôpital lui-même... » Dr H

« ...adressés la plupart du temps par Forum Réfugiés... » Dr Q

Les patients sont le plus souvent adressés par les associations selon les médecins exerçant en PASS.

« ...accéder au médecin généraliste euh ce n'est pas évident... au courant du rendez-vous, qu'elles se présentent au rendez-vous, qu'elles comprennent l'intérêt d'aller au rendez-vous, qu'elles aient un moyen de déplacement, qu'elles soient pas démenagées entre temps dans une autre structure sans nous prévenir... »

Dr E

« ...c'est difficile parce que les médecins sont complètement overbookés, beaucoup de difficultés à prendre des nouveaux ... » Dr G

« ... les médecins locaux sont déjà tellement débordés en milieu rural que eux ils ne souhaitent pas prendre en charge les gens... » Dr H

« ...manque des médecins traitants qui se retrouvent dans les grandes villes mais dans les campagnes encore pire quoi ... » Dr O

L'orientation de ces patients vers les médecins libéraux est une difficulté pour presque tous les médecins interrogés.

«... sont en situation régulière et ils sont assurables ce qui est une facilité [...] chez nous les demandeurs d'asile sont majoritaires... » Dr Q

Un seul médecin estime que la CMU permet une orientation plus facile des demandeurs d'asile vers les cabinets de ville.

Selon les médecins exerçant dans ces structures hospitalières, les consultations en PASS ou CSP sont un passage quasiment obligatoire des demandeurs d'asile, même si le but final est l'intégration dans un parcours de soins libéral.

Les associations et les travailleurs sociaux sont les principales structures adressant les demandeurs d'asile.

Les médecins expliquent cela par une meilleure connaissance du fonctionnement des PASS que les médecins, qu'il s'agisse de médecins libéraux ou hospitaliers.

Enfin, une des difficultés pour les médecins est de réussir à orienter de façon correcte les patients vers les cabinets libéraux. Ils évoquent comme principal frein la saturation des cabinets. Une autre contrainte est la mobilité géographique, empêchant un suivi médical.

Le seul médecin disant ne pas avoir de difficulté à orienter les demandeurs d'asile vers les médecins de ville, le justifie grâce à la CMU. En effet selon elle, contrairement aux autres migrants et patients étrangers, le fait qu'ils bénéficient de droits de sécurité sociale leur permet d'accéder à toutes les structures sanitaires disponibles sur le territoire.

Spécificité de prise en charge

« ... ils laissent un peu de côté, parce que ce n'est pas la première chose euh, leur premier problème en priorité à régler... » Dr E

« ...deux préoccupations principales (énumérant avec les doigts) c'est leur papier et leur hébergement. La question de la santé va interagir au milieu de tout ça, euh parfois en surplus c'est un drame de plus... » Dr H

Les médecins estiment que les problématiques sanitaires ne sont pas la priorité chez les demandeurs d'asile.

« ...les gens sont loin des villes... » Dr H

« ... problématique du transport [...] un trajet coûte vite cher donc c'est pas forcément la priorité euh de se déplacer à un rendez-vous médical... » Dr O

Une des difficultés rapportée par deux médecins exerçant dans des structures en périphérie lyonnaise, est la distance entre les lieux d'hébergement et les PASS, comme frein à la prise en charge.

« ça dépend notamment des filières de passeurs [...] c'est pas au PASS de faire un bilan médical à tous les migrants qui arrivent [...] un peu d'interrogation personnelle, on voit arriver des gens qui euh ont une pathologie grave, qui font une demande d'asile qui est un prétexte pour avoir la CMU... » Dr Q

Un des médecins interrogés évoque comme difficulté l'émergence de « fausses » demandes d'asile.

Tout comme les médecins associatifs, les médecins des PASS et CSP sont d'accord sur le fait que les demandeurs d'asile ne sont, pour la plupart, pas pleinement actifs dans leurs soins car il ne s'agit pas de leur priorité principale.

Ce que nous avons aussi constaté et qui nous semble intéressant à noter, est que les médecins exerçant en milieu rural, évoquent comme difficulté l'éloignement des centres d'hébergement par rapport aux hôpitaux. Selon eux, ce point est capital car les transports constituent un gouffre financier pour les demandeurs d'asile, et donc un frein à se présenter en consultation.

Enfin, une problématique récente apparaît au sein de certaines PASS, à savoir la croissance de demandes d'asile frauduleuses, afin d'obtenir des soins pris en charge par le territoire français, grâce à l'obtention de la CMU ou de l'AME. Le médecin évoquant ce problème craint de voir émerger un trafic de plus en plus important en fonction de certains pays de provenance.

Attentes et craintes des demandeurs d'asile

« ... L'espoir que grâce à notre intervention y aura un hébergement, ou l'espoir que grâce à notre intervention y aura des papiers... » Dr H

« ... ils considèrent encore le médecin comme un petit peu le tout puissant [...] on n'est pas sur des, des exigences démesurées, on est sur des gens qui sont soucieux un petit peu d'améliorer leur qualité de vie... »

Dr O

« ...l'hôpital c'est quand même euh considéré comme un asile hein, un refuge ... » Dr S

Les médecins considèrent que la PASS est une structure rassurante dans le parcours difficile du demandeur d'asile.

Les médecins ont l'impression que les demandeurs d'asile ont une vision faussée et idéalisée du médecin français et mettent beaucoup d'espoir et d'attentes dans le médecin, en ce qui concerne les problèmes sanitaires mais aussi et surtout les conditions sociales, notamment l'hébergement.

« ...peur que ce qu'il disait serait ensuite utilisé contre lui ... » Dr O

Un médecin pense que les demandeurs d'asile peuvent éprouver la peur d'une dénonciation de la part des médecins.

Il explique cela du fait de la délation des médecins aux autorités dans certains pays de provenance. Selon lui, les demandeurs d'asile peuvent avoir une certaine réticence, voire une crainte vis-à-vis du médecin, à cause de leur expérience culturelle. Il tempère néanmoins ces propos en disant que très rapidement cette crainte disparaît lorsque le patient assimile le fonctionnement du système de soins français.

c- Médecins généralistes

Motifs de consultation

« ...renouvellement... » Dr A

« ... vraiment de la médecine générale sans plus ... » Dr C

« ...bilan et en suivi... » Dr J

Les principaux motifs de consultation répertoriés par les généralistes sont des problématiques habituelles de médecine générale.

Concernant cet item, il n'y a donc pas de différence avec les médecins intervenants en amont.

Orientations

« ... la plupart m'ont été adressé soit directement par l'infectiologue, parce que je savais que j'accepterai de les prendre, soit y a deux patients qui m'avaient été envoyé par la PASS ... » Dr A

« ...ils m'avaient demandé parce que personne ne voulait donc... » Dr B

« ...un certain nombre de mes confrères euh les refusent parce que ils vont être pas payés la plupart du

temps [...] une fois sur deux ils ont pas l'AME, ils ont pas la carte, on se fait pas payer c'est des consultations gratuites... » Dr L

« ... c'était par un peu le bouche à oreille [...] en général c'était des travailleurs sociaux qui nous les orientaient ... » Dr M

« ... ils sont adressés c'est les assistantes sociales, enfin c'est les travailleurs sociaux... » Dr P

Tous les médecins interrogés disent que les demandeurs d'asile leur sont adressés. Aucun ne nous a rapporté une venue spontanée d'un de ces patients en consultation.

Tout comme pour les médecins intervenant en PASS, CSP ou en association, la majorité des demandeurs d'asile sont adressés par les travailleurs sociaux les prenant en charge.

Un seul médecin dit avoir des patients adressés par un spécialiste afin qu'il puisse réaliser le suivi des pathologies diagnostiquées.

Une des difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients et déjà soulignée par les médecins intervenant en amont est la difficulté d'orientation vers des confrères. En effet, les médecins disent que certains médecins, spécialistes et généralistes, ont peur de prendre en charge cette population de peur de ne pas être rémunérés.

« ...même mes correspondants spécialistes qui sont en secteur 2, c'est mes correspondants, quand je leur envoie un patient même s'il a la CMU ils le prennent [...] des syriens, sans logement, sans rien, ils viennent pas dans mon cabinet parce qu'ils ont pas de CMU, ils ont rien, donc moi je suis pas dans cette filière de SAMU social de chose comme ça » Dr J

Un seul médecin dit ne pas avoir de soucis pour orienter les patients demandeurs d'asile vers des confrères.

Contrairement aux autres médecins interrogés, ce généraliste ne reçoit les demandeurs d'asile que lorsqu'ils bénéficient déjà d'une couverture sanitaire. Il précise que grâce à leur CMU il arrive même à les adresser à des confrères exerçant en secteur 2.

Spécificité de prise en charge

« ...retard pour euh, sur les délais... Ils devraient prendre rendez-vous en fait... Ils sont un petit peu en retard sur les ordonnances... » Dr A

« ...le problème c'est qu'ils viennent souvent pas au rendez-vous, ils arrivent en retard euh voilà c'est vrai que on sent qu'ils ont des difficultés à gérer des choses euh pratiques qui leur paraissent peut être un peu secondaires, de peu d'importance... » Dr P

Certains médecins évoquent comme difficulté les retards à la fois aux consultations mais aussi et surtout dans leur évaluation diagnostique.

Un des médecins explique cette problématique par la discordance de priorité entre le médecin et le demandeur d'asile, comme cela a déjà été évoqué par d'autres médecins intervenant en PASS ou en association.

« ...grand problème pour moi en tout cas c'est les antécédents, euh ils arrivent on sait pas ce qui s'est passé avant, on s'est pas ce qui a été fait avant, on sait pas comment a été fait la prise en charge... » Dr L

La problématique du dossier médical inexistant est donc de nouveau évoquée et semble être une difficulté primordiale.

« ...ils repartent 3 mois après c'est, là aussi que c'est difficile pour les suivre, hein parce que déjà trouver un médecin qui veillent bien les prendre ; déjà qu'il n'y a plus assez de médecins dans le secteur, alors en plus si on leur dit peut être que dans 3 mois ils sont pas là, alors là on va pas s'embêter à prendre en charge des gens dans 3 mois qui sont plus là, c'est un peu ... » Dr A

« ...ils étaient là que pour 2 mois, [...] le problème c'est que comment voulez-vous faire quelque chose d'optimale quand vous n'savez pas où ils vont aller euh, ils sont trimballés hein... » Dr B

« ...les craintes c'est plus pour le suivi, les perdus de vue, les, la compliance au traitement... » Dr L

Les généralistes sont inquiets pour le suivi de ces patients à cause des mobilités dans leur parcours d'asile.

L'obstacle lié aux migrations géographiques des demandeurs d'asile revient de façon récurrente dans les entretiens des généralistes. Pour eux, ce problème est en lien direct avec les difficultés en rapport avec l'absence de dossier médical, empêchant de recueillir les antécédents et de transmettre les informations médicales à un confrère.

La majorité de ces médecins a un sentiment d'impuissance et d'inutilité face aux demandeurs d'asile, à cause de ces limites dans la prise en charge.

« ...vraie bobologie de médecine générale, et ben malheureusement y a beaucoup de médicaments qu'ils peuvent pas avoir... » Dr A

« ... y a une autre réflexion [...] cibler sur un ou deux examens qui sont plus importants et que je pense qu'il faut faire plutôt que le reste [...] d'emblée effectivement je mets tout sur la même ordonnance je leur explique pour pas qu'ils aient à revenir [...] les infirmières, 'fin la plupart du temps peuvent pas faire payer pour les pansements et que c'est vous qui faites les pansements gratuitement dans votre cabinet c'est que c'est pas optimal et que ça marche pas [...] problème financier qui fait que vous êtes pas soignés pareil quand vous avez une prise en charge médicale et quand vous en avez pas... » Dr L

Certains médecins disent modifier leur attitude diagnostique et thérapeutique du fait de la situation précaire de ces patients.

Il s'agit ici d'un nouvel obstacle à la prise en charge qui n'avait pas encore été énoncé. En effet, ces généralistes disent adopter une toute autre réflexion qu'avec leurs patients non demandeurs d'asile. Ils justifient cela en expliquant que les éventuelles migrations et l'absence de sécurité sociale de ces patients est un frein.

Un des médecins précise que même lorsqu'une couverture par la CMU ou l'AME existe, il persiste le problème financier pour l'obtention des médicaments non remboursés par la sécurité sociale.

Enfin, selon eux, il est aussi difficile voire impossible pour ces patients d'obtenir une prise en charge par une infirmière libérale, ce qui peut majorer le risque de complications dans certaines situations comme les plaies ou soins post-opératoires.

Attentes et craintes des demandeurs d'asile

« ... l'envers de la médaille [...] une fois qu'ils ont vu comment fonctionne le système français, je dirai même qu'ils exagèrent, ils sont très exigeants ... » Dr J

« ... beaucoup d'espoir dans euh, dans les médecins et surtout qu'ils surestiment leur pouvoir... » Dr M

Certains généralistes ont l'impression que les demandeurs d'asile ont l'image d'une médecine de la toute-puissance et sont de ce fait exigeants.

« ... je peux être un espion, [...] dans les pays où il y a beaucoup de corruption euh bah c'est les notables etc, notamment les médecins, y a sûrement beaucoup de médecins corrompus... » Dr J

« ...s'ils vont pas être fichés, si on va les dénoncer... » Dr L

Deux médecins pensent que les patients peuvent craindre que le médecin les dénonce aux autorités.

Concernant cette sous partie, il n'y a pas de différence entre les généralistes et les médecins exerçant en PASS, CSP ou association. En effet, ils évoquent la même image du médecin tout puissant pouvant à la fois les aider d'un point de vue sanitaire, sociale et administratif. Un médecin souligne aussi leur niveau d'exigence important, une fois qu'ils ont compris le fonctionnement du système de soins français.

D'autre part, la peur d'être dénoncé est de nouveau soulignée par deux des généralistes interrogés.

d- Médecins légistes

Orientations

« ... c'est souvent les CADA, majoritairement [...] quand j'ai repéré ce genre de chose dans les entretiens, en fait souvent ils avaient déjà un suivi mis en place [...] Nous le profil souvent ils ont, ils sont arrivés depuis de nombreux mois sur le territoire, voire euh des fois c'était même quelques années... » Dr D

« ... il était venu, d'une structure qui reçoit justement les, les demandeurs d'asile, qui les héberge en attendant qu'ils aient tous les papiers, que leur demande soit étudiée... » Dr N

« ... les circuits euh je, je sais pas trop quelle euh, quelle structure, peut-être Pierre Valdo des, des structures comme ça pouvait nous les envoyer, euh après c'est vrai que c'est, c'était une consultation qu'était gratuite euh donc euh qu'avait été euh très, très vite repérée pour cette activité-là, c'est vrai qu'on en voyait quand même euh quelques-uns ... » Dr R

Les travailleurs sociaux sont les principales personnes à adresser les demandeurs d'asile en consultation de médecine légale.

Peu importe la structure de travail du médecin, un patient demandeur d'asile est majoritairement adressé via les centres d'hébergement ou associations, faisant des travailleurs sociaux la pierre angulaire de la relation de soins.

En ce qui concerne les légistes, nous étions étonnée de voir qu'aucun ne rapporte une venue spontanée des patients ou encore un passage par un généraliste.

Enfin, aucun ne rapporte de difficulté à orienter leurs patients vers un confrère. Ils justifient cela par le fait qu'il s'agisse d'une consultation ponctuelle, intervenant une fois la prise en charge somatique et psychologique déjà entamée.

Spécificités de prise en charge

« ...problème de transmission de ce qu'on a à faire, [...] savoir ce qui a été fait avant est compliqué [...] les migrations sont souvent assez longues et puis accidentées avec euh, des difficultés matérielles de garder un dossier papier. [...] dans une langue étrangère c'est plus difficile de se souvenir quel diagnostic a été fait... » Dr I

Un seul légiste évoque la problématique du dossier médical.

L'absence de dossier médical, et surtout de transmission d'informations lorsque des séquelles ont été constatées, est évoquée par un seul des légistes interrogés. Nous avons l'impression qu'il ne s'agit pas d'une problématique majeure pour les légistes contrairement aux médecins intervenant en amont dans le parcours de soins de ces patients.

« ... il faudrait voir si réellement ça a un, ça a un impact positif sur leur demande ou pas. Parce que si c'est pas le cas, en fait euh, on pourrait se dire ben on fait ça un peut pour rien en réalité ... » Dr D

« ... commencer à traiter des maladies qui pourront plus être prises en charge [...] travailler pour rien... » Dr I

« ... la prise en charge était, était, on a le sentiment que c'était pas complet, c'était pas euh, ils venait là, ils passaient, on passait une demi-heure, une heure ensemble, puis bon on les revoyait pas quoi, on savait pas ce qu'ils devenaient, on euh c'est toujours un peu, c'est frustrant... » Dr R

Trois des légistes interrogés ont un sentiment de travail inutile.

Comme les généralistes, les légistes évoquent une insatisfaction générale dans l'élaboration de la prise en charge actuellement proposée aux demandeurs d'asile. Ils relèvent notamment qu'il faudrait une prise en charge plus globale et surtout soulignent l'impression d'avoir une action inutile dans leur parcours de soins.

« ...les perspectives de ressources financières sur cette thématique sont à mon avis, assez limitées... » Dr D
« ...pas de réquisition, du coup ça posait le problème de la rémunération pour l'hôpital... » Dr N

Un des obstacles à la prise en charge évoquée par les légistes est l'absence de rémunération pour cette activité.

Contrairement aux consultations pour les patients non demandeurs d'asile, l'évaluation des séquelles des violences subies dans le cadre des demandes d'asile, ne fait pas partie du cadre réglementaire de la médecine légale. Il n'y a donc pas de financement pour cette activité, que les légistes disent effectuer de façon gratuite.

2 – Constatation des séquelles

Nous avons décidé pour cet item de nous intéresser de plus près à l'avis des médecins légistes puisqu'ils sont considérés par la justice et par le reste du corps médical comme les médecins spécialistes de la violence. Dans notre étude, nous avons interrogé six médecins légistes :

- Deux travaillaient uniquement en IML,
- Un travaillait en IML et en médecine pénitentiaire,
- Un autre en UMJ et aux urgences,
- Une en UMJ et en cabinet libéral,
- Et la dernière en PASS uniquement bien qu'ayant une capacité de médecine légale.

Sur les six légistes interrogés :

- Un n'avait jamais réalisé de certificat de constatations des séquelles pour les demandeurs d'asile. Il a précisé que les seuls certificats qu'il pouvait être amené à réaliser en rapport avec les demandeurs d'asile, étaient les certificats d'âge osseux dont nous avons parlé en première partie de ce travail. *« ...formation initiale aux âges osseux puisque c'est la, la principale activité médico-légale avec les demandeurs d'asile... » Dr I*
- Un autre n'en avait réalisé qu'une seule fois.
- Un autre n'en réalisait plus à l'heure actuelle mais en avait réalisés jusqu'à la réforme de la médecine légale en 2011.

Nous voulions notamment recueillir leurs avis quant à la rédaction des certificats de constatations des séquelles et sur l'intérêt d'une consultation médico-légale dédiée lorsqu'il existait des séquelles en rapport avec le parcours d'asile et d'exil.

Rédaction des certificats

« ... je pense que tout médecin doit pouvoir faire ces certificats [...] je comprends mieux euh, la violence euh, comment ça peut arriver [...] ces gens qui arrivent de pays on comprend mieux les traumatismes psychologiques ... » Dr B

«... plus le champ des médecins qui les suivent de manière habituelle, médecin traitant, médecin généraliste, dans le cadre de la rédaction de certificat on va dire de manière un petit peu simplifiée de coups et blessures... des armes de tortures très, avec éventuellement des lésions qui sortiraient éventuellement de l'ordinaire, pourquoi pas faire appel ponctuellement à la médecine légale, mais pas d'une manière courante. [...] y a par exemple toutes les problématiques de, de mutilations sexuelles, on a beaucoup de femmes qui viennent nous voir et la seule thématique de violence qu'elles abordent c'est ça, c'est la mutilation sexuelle abordée fin, euh, qui a été vécue généralement dans l'enfance et sur lesquels le, le motif de départ de manière assez, assez récurrente c'est je ne veux pas que mon enfant vive la même chose et je l'extirpe de ce milieu culturel traditionnel, je ne veux pas de ça. Mais ça pose énormément de difficultés ... » Dr D

« ...quelqu'un qu'est formé pour ça, qui en pratique régulièrement puisqu'en médecine d'urgence et en médecine générale c'est une pratique qui se fait qu'à la marge... » Dr I

« ...la médecine légale est bien placée là-dedans parce que on est plus habitué à détecter des toutes petites lésions qui peuvent être suspectes [...] plus habitué à avoir des violences euh, j'allais dire violence euh pas là sur place mais à détecter les signes qui peuvent euh indiquer, ou quand on les interroge euh suivant leur comportement, suivant comment ils en parlent, suivant s'ils ont du mal à exprimer ou si, si c'est plutôt fluide ou si, on arrive à ressentir quand même euh, parce que on en écoute souvent» Dr N

«... je ne pense pas que ça soit du, du ressort de tous les médecins [...] pour justement que le certificat serve, faut que ce soit fait par des gens qui ont une réelle formation [...] plus on voit ces gens, plus on a l'expérience et plus performant on est [...] ça pose moins de problème que quelqu'un qui fait ça une fois de temps en temps... » Dr R

« ... ça prend du temps, si alors pour tout ce qui est traumatisme psychique ça prend énormément de temps, alors je le fais très, très rarement, je dirai en dépannage parce que bon vous devez savoir y a le service Ethique et Santé euh donc à Lyon... » Dr S

Pour ce qui est de la rédaction des certificats médicaux, les avis sont divergents. Certains pensent que tous les médecins peuvent les réaliser, alors que d'autres pensent que la réalisation de ces certificats relève du légiste.

Les légistes interrogés ne sont pas d'accord sur la question mais ceux disant que les certificats de constatation peuvent être réalisés par n'importe quel médecin précisent cependant que le légiste devrait intervenir lors de violences complexes du fait de leur intensité ou leur atypie. Ils prennent en exemple les mutilations sexuelles ou l'appréciation de lésions secondaires à des armes de torture entraînant des séquelles inhabituelles. Ils justifiaient cela par le fait que la formation théorique et pratique reçue dans le cadre de la

médecine légale, leur permettait de mieux appréhender les violences physiques et psychiques, mais aussi de mieux savoir les rechercher qu'un médecin généraliste ou urgentiste.

Intérêt d'une consultation médico-légale

« ...la réforme de la médecine légale en août 2011, euh, c'est un élément par exemple qui n'a pas été prévu dans les textes, euh, qui n'a pas été envisagé... » Dr D

« ... alors plus, plus depuis la réforme de la médecine légale euh donc plus depuis fin 2010 – début 2011 ou il a été décidé que les personnes vues à l'UMJ de Saint-Etienne seraient uniquement des gens adressés par les forces de l'ordre sur réquisition judiciaire. Donc euh avant 2010 on recevait des, des demandeurs d'asile euh mais qui n'étaient pas du tout envoyés euh via les services de police ou de gendarmerie et donc du coup depuis on ne fait plus ces examens... » Dr R

Deux des médecins rappellent l'absence de législation concernant l'examen des demandeurs d'asile.

« ...c'est de la médecine de la violence, et la médecine de la violence c'est la médecine légale. Donc on est je trouve, même si on n'est pas dans les référentiels du texte qui émane du ministère de, de, lié à la réforme de 2011, on reste dans la thématique du médecin légiste » Dr D

« ...ça rentre dans les missions de la médecine légale. [...] on a les retours des enquêteurs, des patients, des magistrats quand on n'est pas assez précis, donc on, on se, on essaye de s'améliorer en continue [...] une chaîne de circulation du certificat qui est un peu plus sécurisée... » Dr I

« ...si y a un financement pour euh moi pas de soucis, du moment où il y a un interprète... » Dr N

« ...d'avoir un interprète, d'avoir du temps pour faire ça euh de, de pouvoir revoir les gens éventuellement parce que l'appréciation du psycho-trauma euh sur 20-30 minutes c'est difficile, c'est pas possible même et ça s'intègre encore une fois dans une prise en charge globale, réfléchie, raisonnée et euh avec un aboutissement,... » Dr R

Tous les légistes exerçant en IML et un exerçant en UMJ seraient favorables à une consultation médico-légale dédiée.

Concernant cette thématique, il semble que les médecins légistes ne soient pas opposés à la mise en place d'une consultation médico-légale dédiée. Cependant, il serait nécessaire d'avoir un cadre législatif afin que la consultation et la prise en charge des demandeurs d'asile soient plus pertinentes. De plus, une réglementation médico-légale autour de cette activité permettrait une meilleure circulation et sécurité du certificat et permettrait surtout de connaître un minimum l'impact des certificats dans le cadre des demandes d'asile.

Enfin, cela permettrait d'obtenir des moyens financiers et des interprètes en consultation, ce qui jusque-là, constitue un frein pour certains légistes interrogés.

Craintes des médecins

« ...pas envie de faire de certificats de complaisance ... » Dr I

« ...l'impression de, de formalités administratives [...] ça s'intègre encore une fois dans une prise en charge globale, réfléchie, raisonnée et euh avec un aboutissement... » Dr R

Deux médecins légistes évoquent certaines craintes quant aux certificats.

Les médecins légistes rejoignent le point de vue de certains médecins quant à l'impression de faire un travail inutile, dénué de sens dans la prise en charge de ces patients et surtout s'apparentant plus à une obligation administrative qu'à une prise en charge médicale optimale.

L'un d'entre eux évoquait même la crainte qu'en l'absence d'un cadre législatif autour de l'activité de certification, vienne à émerger une augmentation de certificats de complaisance de la part de certains médecins.

C/ Conclusions

Les entretiens réalisés ont confirmé les interrogations mises en exergue lors de notre état des lieux. Il apparaît donc qu'en pratique médicale courante, la prise en charge médicale des demandeurs d'asile est différente en fonction des structures, complexe, et inadaptée à leur parcours administratif.

Concernant le parcours de soins des demandeurs d'asile, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y a pas de consensus dans l'évaluation de leurs séquelles et dans leur prise en charge, ce qui a été une réelle difficulté dans notre travail d'analyse des entretiens réalisés. Nous avons ainsi pu constater de grandes disparités dans les parcours de soins des demandeurs d'asile, d'un département à l'autre ou d'une structure à l'autre, ce qui nous a confortée dans notre impression de prise en charge chaotique et non efficiente.

De nombreuses difficultés ont été soulignées par les médecins interrogés, certaines que nous suspicions à la suite de notre état des lieux, d'autres mises en évidence grâce à un questionnement sur leur pratique actuelle.

Enfin, certains médecins ont exposé des solutions qui selon eux pourraient permettre de mieux prendre en charge cette population de patients.

TROISIEME PARTIE

A/ Discussion

Les résultats des entretiens nous ont confortée dans nos hypothèses de départ quant aux difficultés rencontrées par les médecins et plus particulièrement en ce qui concerne le manque de formation et le manque de moyens, tant humains que budgétaires, dans la prise en charge des patients demandeurs d'asile.

Nous avons décidé de résumer les principales limites évoquées par les médecins sous la forme de cartes heuristiques pour chaque thématique étudiée, puis de les comparer aux données de la littérature.

Avant de comparer nos résultats, nous voulions revenir sur les différents biais méthodologiques que nous avons pu rencontrer.

I - Biais méthodologiques

La méthode qualitative par entretiens semi-directifs est la méthode de recherche la plus adaptée pour comprendre et évaluer les pratiques dans un domaine. Néanmoins, elle présente des biais méthodologiques que nous allons ici lister et pour chacun d'entre eux, énoncer les solutions mises en place pour les limiter.

1 - Biais de sélection

Nous avons immédiatement repéré un biais de sélection lors des prises de contact avec les médecins. En effet, nous avons fait face à quatorze refus dont les motifs étaient soit le manque de temps, soit le fait de ne pas se sentir concernés par le sujet, soit l'absence de réponse à nos sollicitations.

Afin de limiter cette problématique et de randomiser l'étude, les médecins libéraux interrogés ont été choisis au hasard. Néanmoins, nous pensons que ceux qui ont acceptés de nous répondre avaient un intérêt pour le sujet.

2 - Biais dans la réalisation des entretiens

Bien que tous les entretiens aient été réalisés par un seul et même interviewer, nous pensons que ce biais existe du fait de la difficulté à rester neutre lors des réponses données par l'interviewé. Pour limiter ce biais nous avons réalisé des entretiens tests pour nous entraîner et avons préparés au maximum les rencontres.

3 - Biais d'interprétation

Un biais d'interprétation peut aussi être présent quant à la subjectivité personnelle dans l'analyse des réponses.

Pour limiter ce biais, nous avons effectué une triangulation permettant une interprétation croisée des entretiens par deux personnes différentes, ainsi qu'une analyse et un encodage des données avec le logiciel Nvivo®.

II - Réflexions autour de nos résultats

Dans cette partie nous avons réalisé une synthèse des résultats ressortant au travers des réponses formulées par les médecins interrogés, en y apportant une certaine réflexion grâce à différents travaux portant sur le même sujet. Comme stipulé dans la deuxième partie de ce travail, il a été très difficile pour les médecins de ne pas intégrer les demandeurs d'asile à la problématique plus générale de la précarité. Nous allons donc essayer de faire le corollaire entre nos résultats et ceux présentés dans d'autres travaux retranscrivant, pour la plupart, le ressenti des migrants.

1 - Difficultés dans la prise en charge

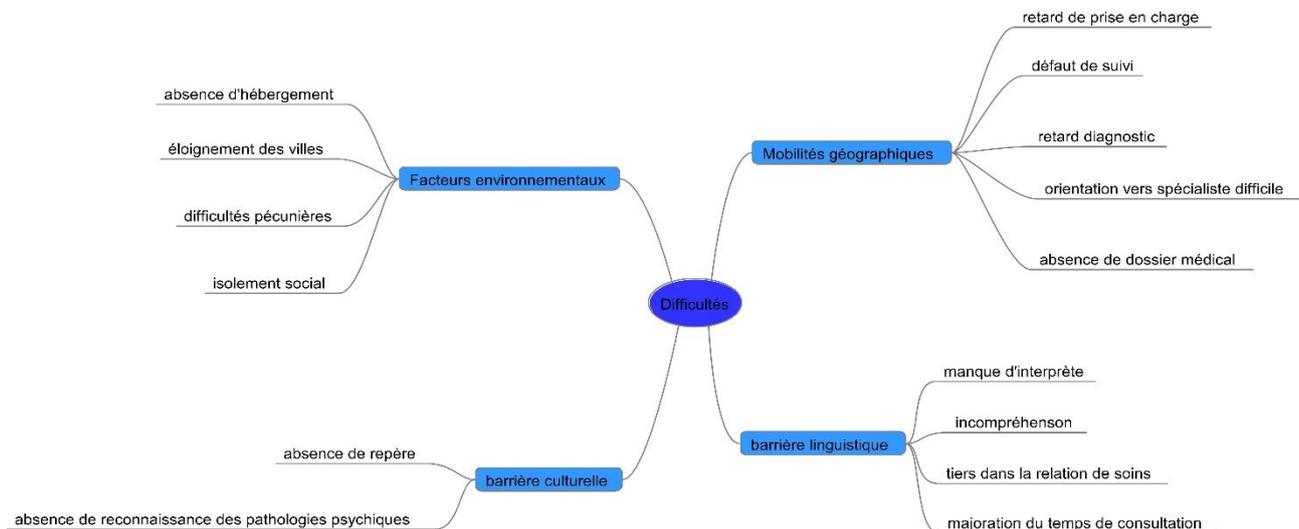


Figure 20 Difficulté de prise en charge

Concernant les difficultés dans la prise en charge actuelle des demandeurs d'asile, les principales citées par les médecins sont :

- Le retard de prise en charge et le retard diagnostic associé,
- Le manque de suivi et les mobilités géographiques,
- Les conditions environnementales d'accueil et d'hébergement,
- La barrière linguistique et culturelle.

Une des premiers travaux que nous avons choisi d'étudier est la thèse d'Alice MATHIEU(46) s'intéressant aux attentes et difficultés que rencontrent les demandeurs d'asile dans leur prise en charge. Nous nous sommes intéressés à son étude car en comparant nos approches, nous nous sommes rendu compte que les contraintes rencontrées par les patients et les médecins ne sont, finalement, pas si différentes.

En effet, dans cette thèse, les migrants estiment que les principaux freins à leur prise en charge sont :

- La barrière de la langue et les difficultés d'avoir un interprète,
- Les différences de croyance, culture et habitudes,
- La divergence entre les priorités du médecin et les leurs,
- L'isolement important dont ils sont victimes à leur arrivée sur le territoire,
- La difficulté d'avoir accès à une prise en charge psychologique quand ils le demandent.

Nous pouvons constater que les médecins interrogés évoquent les mêmes difficultés.

Nous avons aussi trouvé intéressant de noter que les attentes des migrants étaient similaires aux points primordiaux évoqués par les médecins, pour permettre d'établir une relation de confiance. En effet, dans la thèse d'Alice MATHIEU(46), les attentes principales des migrants vis-à-vis du médecin sont :

- L'importance de l'écoute,
- Le besoin d'avoir un suivi unique par un médecin référent,
- La nécessité d'être reconnu comme un être humain et non pas seulement comme un migrant,
- L'importance du soutien et de la réassurance,
- Le respect du secret médical.

Néanmoins de nouvelles difficultés sont évoquées dans notre travail en ce qui concerne la prise en charge, plus particulière, des demandeurs d'asile :

- Le délai entre l'arrivée sur le territoire et le passage en préfecture, constituant une difficulté pour obtenir la CMU ou l'AME,
- La prise en charge rythmée par le parcours administratif,
- L'absence de dossier médical,
- La mobilité géographique sur et en dehors du territoire empêchant un suivi médical satisfaisant,
- Le manque d'hébergement et de travail permettant de diminuer les situations de précarité,

- Le manque de travailleurs sociaux accompagnant les demandeurs d'asile.

Ces difficultés mises en évidence nous font dire que la prise en charge des demandeurs d'asile est complexe, d'autant qu'actuellement le schéma d'accueil mis en place nous paraît mal organisé. Nous avons d'ailleurs souligné quelques interrogations vis-à-vis de cette prise en charge, ressortant au travers des réponses des médecins.

Problématique de l'étranger consultant

Trois questionnements sont apparus lors de la réalisation de nos entretiens.

Tout d'abord, il nous a semblé important de noter le fait que certains médecins ne cherchent pas à savoir si leurs patients étrangers sont demandeurs d'asile ou non.

«...est-ce qu'ils sont demandeurs d'asile (réflexion 3 secondes) je suis pas sûr parce que ça fait pas partie de mon interrogatoire... » Dr L

Autre point qui nous a apostrophé, c'est la confusion qu'il peut exister entre les termes désignant des patients migrants.

« ...[la]difficulté c'est de m'y retrouver dans les arcades administratives, je trouve que c'est très complexe... » Dr P

Une autre difficulté qui nous a semblé intéressante à souligner est cette peur du patient migrant, quel que soit son statut, qui a pu être évoquée par certains médecins.

« ... on a une image diabolisée de tout ça [...] c'est des hommes comme les autres et quand on est médecin on soigne les gens voilà, un corps c'est un corps, les maux sont des maux... » Dr P

Or, les problématiques de prise en charge ne vont pas être les mêmes, qu'il s'agisse d'un étranger en vacances, d'un étranger en situation irrégulière, d'un débouté, d'un demandeur d'asile ou encore d'un réfugié. En effet, si le patient est demandeur d'asile ou débouté, il est important que le médecin puisse rechercher et évaluer d'éventuelles séquelles, psychologiques ou physiques. Ce premier point, nous permet donc d'insister sur l'importance d'un interrogatoire médical de qualité permettant de recueillir les informations nécessaires à la prise en charge en charge, sans pour autant être trop intrusif et ainsi risquer de réactiver le traumatisme vécu par le patient.

De plus, la distinction entre migrants, demandeurs d'asile, déboutés, réfugiés, étrangers malades n'est pas si évidente et peut constituer une difficulté pour les médecins qui sont obligés d'essayer de comprendre les particularités administratives et juridiques qui ne sont pas les mêmes en fonction du statut. Comme nous l'expliquions dans les parties précédentes, la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile est rythmée par leur parcours administratif, ce qui constitue encore une fois une difficulté omniprésente dans l'accompagnement de ces patients. Cela nous fait donc nous poser la question d'une certaine forme d'immersion forcée dans les domaines juridique et administratif, or le corps médical n'en connaît souvent

ni les codes ni les implications. Certains médecins ont évoqué comme solution de mettre en place un travailleur social attiré pour chaque demandeur d'asile afin qu'il puisse permettre d'éclairer le médecin.

Enfin, nous nous sommes interrogées sur les raisons pouvant expliquer la peur de certains médecins à prendre en charge les demandeurs d'asile. Est-ce la crainte d'être confrontés à la violence de leur histoire comme l'évoque la majorité des médecins interrogés ? Est-ce la crainte de ne pas être payé ? Ou encore la crainte de faire un travail insatisfaisant et incomplet tant sur le plan professionnel qu'humain ? Ou est-ce l'absence d'intérêt et d'envie de se confronter à cette population médicale particulière ? Il semble qu'il s'agisse donc bien d'un faisceau de craintes constituant selon nous un frein important à la prise en charge des demandeurs d'asile pouvant rendre leur accès aux cabinets médicaux difficiles et ainsi engendrer un retard de prise en charge.

Absence d'antécédents médicaux

Il est revenu à plusieurs reprises la problématique de l'absence de dossier médical et de la difficulté pour les médecins de recueillir les antécédents des demandeurs d'asile.

Une des solutions proposées, et qui nous a semblé pertinente, est la création d'un fichier national, voire européen, regroupant les antécédents et actes de dépistages et préventions déjà mis en œuvre pour un demandeur d'asile. Ce fichier serait, entre guillemets, l'empreinte médicale du patient à l'instar de ce qui se fait à la préfecture avec le règlement Eurodac(11).

Se pose alors la question du lien entre politique et santé publique, et de la mise en place d'un tel fichier afin d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge des demandeurs d'asile, tout en garantissant le respect du secret médical.

2 - Difficultés dans l'évaluation des séquelles

Le somatique et le psychique sont intimement liés dans les souffrances, et plus particulièrement en ce qui concerne le vécu traumatique des demandeurs d'asile, comme cela a été précisé par les médecins rencontrés. Ils ont tous insisté sur l'importance de permettre aux demandeurs d'asile de raconter et de trouver une « sorte d'asile » en la personne du médecin. Cependant ils sont tous d'accord sur le fait que le temps accordé à la prise en charge de ces patients et que les mobilités géographiques fréquentes et répétées constituent un réel frein à l'établissement d'une relation de confiance permettant l'évaluation et la prise en charge des séquelles.

Trois principales contraintes sont ainsi apparues dans l'évaluation des séquelles durant notre travail :

- La symptomatologie atypique et inhabituelle qui existe chez les patients demandeurs d'asile.
- Les spécificités du colloque singulier,
- L'ancienneté et l'importance des violences subies

Particularités du colloque singulier

Certains des médecins interrogés ont évoqué comme limite à l'évaluation des séquelles, la barrière linguistique et la présence d'un interprète, qu'il soit professionnel ou non. En effet, la présence d'un interprète peut constituer une interférence dans le colloque singulier médecin patient avec la crainte à la fois pour le médecin et pour le patient d'aborder certains sujets, notamment les questions de violences sexuelles ou psychiques. Intervient alors la thématique ambivalente de l'interprète, à la fois indispensable à la compréhension des doléances, mais en même temps potentiellement nuisible dans la relation de soins.

Natacha CARBONEL(47) évoque cette difficulté dans son mémoire portant sur l'interprétariat en santé mentale et souligne notamment la perte de détails dans le discours et la disparition des mimiques et expression liées à une simplification de la traduction. Elle explique aussi que les différentes interruptions peuvent constituer un frein dans la relation de soins en empêchant la fluidité du discours du patient. Enfin, elle souligne une autre problématique qu'est la place que prend l'interprète dans la consultation, notamment en modifiant les postures et jeux de regard dans l'entretien psychologique.

Gwen LE GOFF(48) dans son article portant sur la formation des professionnels de santé à la pratique avec un interprète souligne également cette difficulté et ambivalence. Elle y explique cependant que les formations créées par l'Orspere Samdarra(49) en 2016, entre professionnels de santé et interprètes ont permis la mise en place d'un échange de pratiques et ainsi de mettre en évidence les limites et objectifs de chacun afin de mieux appréhender la relation triangulaire dans ces consultations et de favoriser la collaboration entre soignants et interprètes.

Ainsi, il semble nécessaire que le médecin soit formé ou sensibilisé à cette spécificité lors de ces consultations avec des demandeurs d'asile allophones. Il nous paraît néanmoins primordial de veiller à ce que l'interprète, qu'il soit professionnel ou non, face une traduction de qualité et n'embolise pas la consultation en imposant de façon trop marquée sa présence dans la relation thérapeutique.

Difficultés en rapport avec la prise en charge psychologique

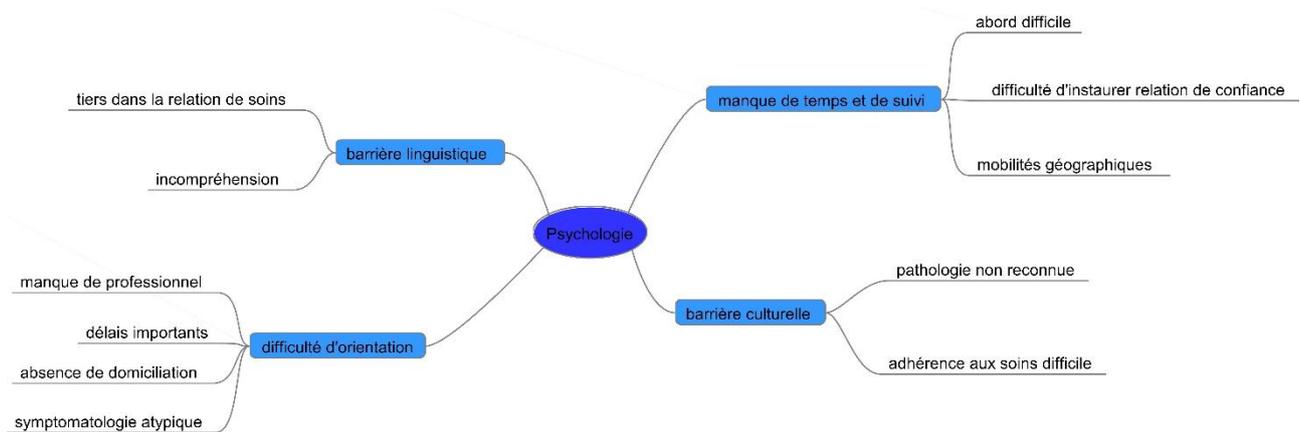


Figure 21 Obstacles à la prise en charge psychologique

Les principaux obstacles énoncés par les médecins de notre étude concernant la prise en charge des séquelles psychologiques sont :

- La difficulté d’aborder la problématique psychique,
- La barrière linguistique,
- La barrière culturelle,
- La difficulté d’orientation vers les structures psychologiques de prise en charge.

La barrière culturelle constitue un frein dans l'évaluation des séquelles, notamment psychologiques, car les codes et coutumes ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre. La principale difficulté en rapport avec ce point est de faire comprendre au patient qu'il existe des maux invisibles sur le corps mais bien présents à l'esprit et qu'il est important qu'il puisse les verbaliser et être pris en charge. A ce niveau-là, les médecins soulignent tous l'importance de l'écoute et de l'accompagnement, cependant comment réussir à accompagner correctement un patient quand il est dans la crainte de voir sa demande rejetée ou dans l'obligation de se déplacer sur le territoire de peur d'être expulsé ?

Chloé LAMOTTE D'INCAMPS(50) dans sa thèse portant sur la sensibilisation du demandeur d'asile au syndrome de stress post traumatique, énonce cette difficulté en évoquant notamment les divergences de croyances religieuses et/ou traditionnelles entre les patients et les médecins. Elle met aussi en évidence les différences de pratiques entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle pouvant être un facteur de refus ou de retard de soins, de la part de ces patients.

Concernant la barrière culturelle, nous nous sommes particulièrement intéressés à la situation en Italie où des médiateurs culturels interviennent auprès des demandeurs d'asile dès leur arrivée. Ils ont pour

missions d'accompagner, d'orienter, de rassurer et d'expliquer aux migrants les différences culturelles entre leur pays d'origine et leur pays d'accueil, mais aussi leurs droits et les conditions d'accès au système de soins italien.(51)

Il existe de nombreux travaux portant sur l'état de santé psychique et psychiatrique des demandeurs d'asile. Nous nous sommes intéressés ici à deux études qui relèvent pour l'une la difficulté d'évaluation des séquelles psychologiques en rapport avec leur atypie, pour l'autre la difficulté à mettre en place un suivi dans les structures de prise en charge spécialisée. En effet, l'orientation des demandeurs d'asile vers les structures tels que les CMP, est difficile, voire impossible du fait de leur absence de domiciliation et des délais de prise en charge conséquents.

Vanina TOMASINI(52), dans son mémoire portant sur la réalisation des certificats médicaux en rapport avec les traumatismes psychiques, évoque les particularités des troubles psychiques présentés par les demandeurs d'asile, rendant difficile leur diagnostic et prise en charge. Tout comme dans notre travail, la problématique de la formation médicale actuelle intervient, car selon elle, il existe chez ces patients une symptomatologie atypique et spécifique qui n'est pas enseignée, voire même évoquée, au cours des études médicales.

Concernant l'orientation des demandeurs d'asile vers les structures de prise en charge, Catherine LUDAIN(53), dans sa thèse, arrive aux mêmes conclusions que dans notre étude. Selon elle, il est nécessaire de réaliser un parcours de soins pluridisciplinaires pour ces patients ; en incluant notamment les premiers acteurs de leur prise en charge que sont les travailleurs sociaux et structures associatives.

Concernant la prise en charge psychologique, la première difficulté rencontrée est donc celle de réussir à libérer la parole du demandeur d'asile et à poser un diagnostic sur les séquelles et ce malgré la barrière de la langue, la barrière culturelle et la typologie clinique particulière. Une fois encore, la question de la formation semble être centrale concernant cet obstacle. Enfin, en ce qui concerne l'orientation des demandeurs d'asile vers les structures de prise en charge des troubles psychiques, il apparaît primordial de réaliser un parcours de soins réfléchi et organisé autour de plusieurs professionnels du milieu de la santé et du milieu social.

Difficultés d'établir une compatibilité entre les lésions et le récit de vie

Une des limites soulignées dans notre étude est l'ancienneté des violences et des lésions, ce qui pose la question de l'imputabilité entre la lésion constatée et les faits de violences rapportés. De plus, il nous paraît aussi important de revenir sur la problématique de l'importance des violences qu'ont pu subir les demandeurs d'asile avec toute la difficulté pour les médecins occidentaux de se positionner face à de tels récits de violences n'appartenant pas à la pratique médicale courante. En effet, comment évaluer des

blessures tant physiques que psychiques quand nous ne connaissons pas, voire ne comprenons pas, le mécanisme lésionnel ?

Les thèses de David LEBOSSE(54) et Maxime EBERHARD(55) arrivent aux mêmes conclusions quant à la difficulté d'établir une compatibilité. Selon eux, les violences par objet contondant sont celles laissant le plus de lésions pouvant être imputables sans pour autant permettre d'évaluer la chronologie et le déroulement des violences énoncées dans leur récit.

Un point que nous avons trouvé intéressant à souligner dans la thèse de David LEBOSSE(54) concerne les violences sexuelles. Dans son étude, un demandeur d'asile sur dix évoquait des violences à caractère sexuel et seulement 23% de ces patients avaient des lésions retrouvées à l'examen.

Dans de nombreux cas de violences physiques, qu'il s'agisse de violences sexuelles ou non, les lésions disparaissent avec le temps sans forcément laisser de séquelles physiques, ou alors s'atténuent et cicatrisent de façon aspécifique. Il est alors impossible pour le médecin de dire si les lésions constatées corroborent les dires du demandeur d'asile. Dans ces nombreuses situations il semble primordial de réaliser un examen somatique et psychiatrique concomitants afin de rechercher un retentissement psychologique, comme cela est conseillé dans le protocole d'Istanbul.(34)

Ces constatations mettent en exergue la difficulté pour le médecin d'établir un lien entre une lésion constatée et la gravité des violences rapportées. Il peut ainsi être confronté principalement à trois situations distinctes :

- La constatation de séquelles typiques et spécifiques corroborant les dires du demandeur d'asile,
- La présence de séquelles non spécifiques d'un mécanisme lésionnel telle qu'une cicatrice ou un syndrome de stress post traumatique, pouvant être compatible avec le récit de vie du demandeur d'asile mais sans lien de causalité certain,
- L'absence de séquelle tant physique que psychologique, n'excluant pas pour autant les allégations rapportées.

Cela montre combien l'analyse reste complexe et qu'il existe des limites dans l'évaluation des séquelles. De plus, il est important de souligner que l'interprétation des magistrats peut être très différente de celle du médecin. En effet, l'absence de lien de causalité certain entre les violences rapportées et les séquelles constatées, peut aboutir à un rejet de la demande d'asile, bien que les traumatismes aient été pour autant, réellement vécus par le patient. Il semble ainsi nécessaire de mettre en place des temps d'échange entre médecins et magistrats afin que ces derniers soient sensibilisés aux difficultés rencontrées par les médecins concernant l'imputabilité des lésions constatées ce qui permettrait une décision plus juste quant à l'appréciation de la réalité ou non d'une histoire de migrant.

3 – Problématique des certificats médicaux

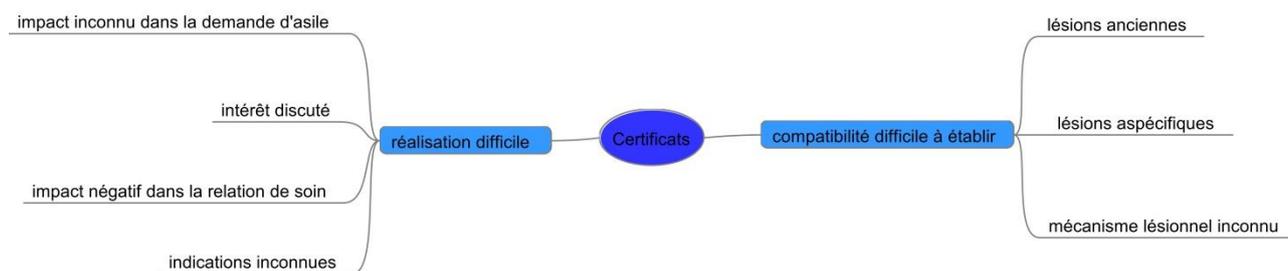


Figure 22 Problématique des certificats médicaux

Les principales difficultés rencontrées par les médecins dans la réalisation de certificats médicaux sont :

- Le manque d'information sur les indications et les renseignements à faire apparaître dans le certificat,
- Le manque de retour sur l'intérêt du certificat dans la demande d'asile.
- La typologie des violences.

Ce que l'on peut retenir de la problématique du certificat, c'est que la majorité des médecins interrogés disaient initialement ne pas avoir de problème au niveau de sa rédaction. Néanmoins, ils se demandaient tous sans exception, quel contenu devait figurer dans un tel certificat et comment retranscrire le vécu traumatique du patient. Ainsi, la rédaction des certificats reste un exercice difficile pour les médecins car il est presque impossible de transposer par écrit de façon pertinente et impartiale les dires. De plus, les médecins s'interrogeaient sur la pertinence du certificat dans le parcours du demandeur d'asile.

Nous nous sommes donc interrogés à différents travaux afin de tenter de trouver des solutions aux difficultés rapportées par les médecins de notre travail.

Selon le COMEDE(56), le certificat médical est indispensable dans trois circonstances :

- Lorsque l'expérience traumatique est telle qu'elle rend la parole impossible,
- Lorsqu'il existe des difficultés d'expressions objectives comme un bégaiement,
- Lorsque les lésions sont invisibles.

Ainsi, faut-il mettre en place une sorte de guide national, à l'instar de l'action portée par le COMEDE afin d'harmoniser les pratiques et de déterminer précisément quand un certificat médical est opportun et quels éléments sont importants à faire figurer pour les instances juridiques ? Pour répondre à cette

problématique nous nous sommes intéressées à deux travaux portant sur les certificats médicaux dans le cadre des demandes d'asile.

Impact du certificat

Aucun des dix-neuf médecins interrogés ne connaissait l'impact des certificats dans la demande d'asile et cela nous semble problématique.

La thèse de Claire JOUANNETEAU(57) portant sur le sujet du certificat médical conclut en minimisant son intérêt et en expliquant que l'impact du certificat dans l'accord du statut est faible, mais aussi que certains certificats médicaux peuvent être néfastes au demandeur d'asile. En effet, elle explique que les magistrats attendent du certificat des éléments factuels avec si possible la relation de compatibilité entre les lésions constatées et les faits allégués. Selon sa thèse, tout certificat trop interprétatif, pas assez précis dans la description des lésions, ambigu sur la compatibilité, reprenant de façon trop importante le récit de vie du patient peut être néfaste.

Le travail de Carole DROMER(58) portant aussi sur la question du certificat médical dans la demande d'asile arrive aux mêmes conclusions.

Tout comme certains médecins de notre étude, Claire MESTRE(59), dans son article portant sur les enjeux thérapeutiques et sociaux du certificat médical, reprend l'importance de la réalisation des certificats médicaux dans le cadre des psycho-traumatismes des demandeurs d'asile. En effet, comme elle le souligne et comme nous avons pu le constater, le discours de certains demandeurs d'asile lors des audiences peut parfois être décousu, ou présenter des amnésies du fait des violences vécues. Elle explique alors que le certificat ne fait pas uniquement office de preuve des violences subies mais aussi et surtout permet d'établir un lien entre les souffrances et le parcours migratoire du patient, pouvant appuyer et tenter de corroborer son discours, parfois peu élaboré et incomplet. Elle souligne cependant le fait, qu'au-delà de la rédaction d'un tel certificat, il appartient au médecin de permettre au demandeur d'asile de se reconstruire grâce à la narration de son récit de vie et lui permettre d'être le plus précis possible dans son discours aux audiences.

Ainsi, un des points importants apparaissant dans notre travail est que les médecins souhaiteraient avoir un retour, par des magistrats, sur la qualité de rédaction des certificats et leur impact réel afin de mieux appréhender leur finalité. L'un d'eux, médecin légiste, soumettait l'idée que si la rédaction des certificats était encadrée et faite sur réquisition, cela permettrait de formaliser, de structurer et de diminuer les demandes de certificats qui parfois semblent abusives selon lui, car n'étayant que peu le discours du demandeur d'asile. De plus, comme stipulé à la fin des certificats que nous établissons, l'intérêt du certificat est de « *faire valoir ce que de droit* ». Or comment réaliser correctement un certificat si nous n'en connaissons pas la finalité ? Il apparaît donc essentiel que les médecins puissent avoir un retour sur cette activité, et apprécier si elle appartient ou non au champ médico-légal.

Formalisme du certificat

Deux interrogations soulignées par les médecins nous ont interpellées.

La première étant la crainte de *se sentir « manipulé »* par le système juridique et administratif. En effet, le fait de confier aux médecins légistes la certification des séquelles de mutilation sexuelle, nous a paru, dans un premier temps, être une avancée dans la prise en charge de ces patients. Mais en pratique, tout comme pour la réalisation des certificats pour établir l'âge osseux des mineurs isolés, il s'agit uniquement d'une formalité administrative qui n'a pas été pensée et incluse dans une prise en charge globale. L'exemple de certificat donné par le gouvernement (Annexe 3) ne s'intéresse ni au récit de vie, ni à l'évaluation et la recherche d'autres séquelles.

La seconde étant la peur pour certains médecins *d'être considérés comme « complaisants »* de la part de l'OFPRA ou de la CNDA parce qu'ils sont médecins associatifs ou médecins de PASS/CSP. Cela remet donc en doute leur rôle de médecin et la qualité de leur travail. Nous nous sommes donc demandé si un certificat pouvait avoir une valeur supérieure à un autre uniquement en fonction du lieu d'exercice du praticien l'ayant réalisé. De ce fait, se pose la question éthique et déontologique de la place du médecin dans la réalisation de ces certificats.

Il nous semble important de préciser que selon la Convention de Genève, l'asile peut être demandé en cas de peur de persécution et non pas uniquement en cas de persécutions avérées. Or l'élaboration du certificat comme preuve des violences nous semble être une interprétation abusive de cette Convention. Cette distinction est notamment soulignée dans l'article d'Arnaud VEISSE(60) portant sur l'accueil actuel des demandeurs d'asile en France.

En conclusion, l'utilisation du certificat médical comme preuve nous fait craindre une banalisation et une expérience stéréotypée du vécu traumatique. Là encore, un travail en collaboration avec les instances juridiques semble nécessaire car les finalités des médecins et des magistrats ne sont pas les mêmes. En effet, le médecin vise une prise en charge et un accompagnement organisé et cohérent de ces patients, tandis que le magistrat recherche un avis d'expert compétent dans un domaine où lui-même ne l'est pas. Ainsi, il est primordial que chacun prenne conscience du travail de l'autre afin d'adapter les certificats, d'améliorer leur rédaction mais aussi et surtout de comprendre leurs objectifs et leurs limites à la fois du point de vue du médecin et du juge.

4 - De l'intérêt d'une formation dédiée.

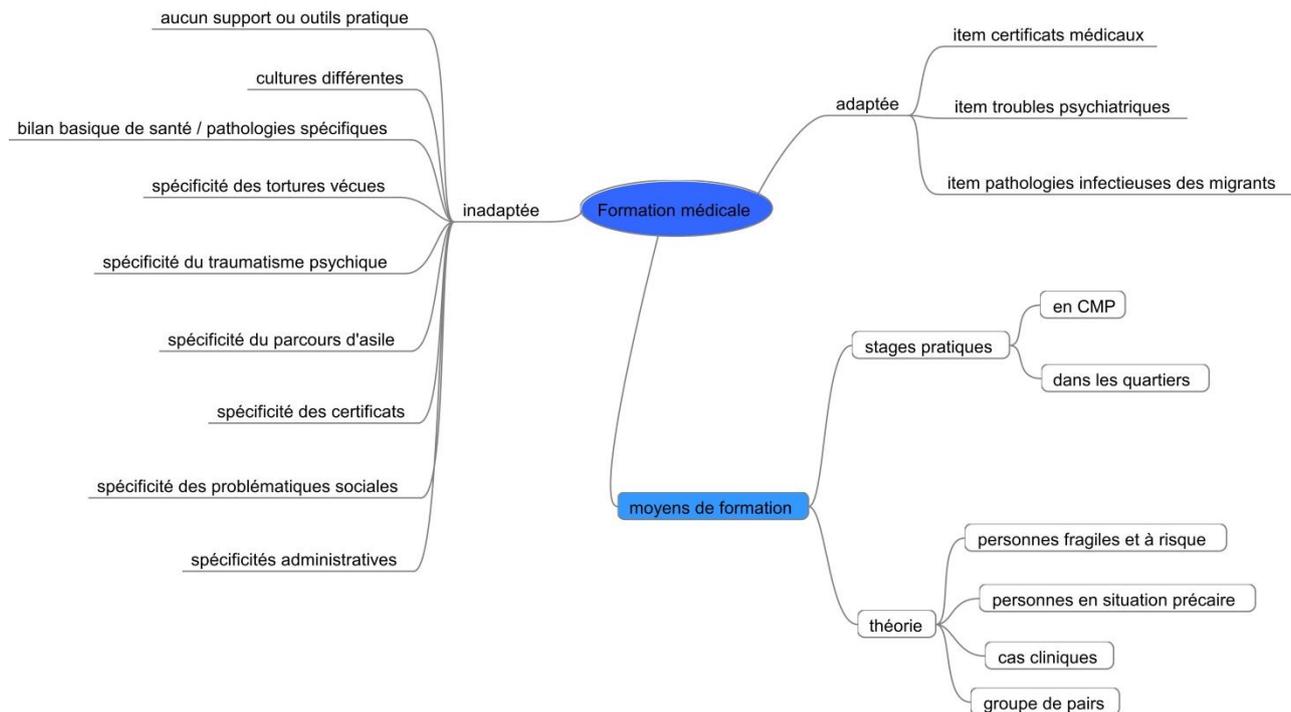


Figure 23 Utilité d'une formation dédiée

Selon les médecins, les principaux axes de formation sur lesquels il faudrait se concentrer sont :

- La prise en charge des troubles psychologiques en rapport avec le parcours d'exil et les traumatismes vécus dans les pays d'origine,
- L'importance de connaître les violences physiques subies afin de savoir les rechercher,
- Les spécificités administratives propres au parcours de demande d'asile,
- La réflexion autour d'un bilan de référence afin de rechercher et connaître les pathologies infectieuses propres aux demandeurs d'asile.

Nous avons pu constater que la question de la formation revient pour chaque item étudié dans notre travail. Nous nous sommes intéressés à la thèse de Virginie PHILIPPE(61) portant sur l'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais. Tout comme dans notre étude, elle conclut que les médecins déplorent un manque de formation initiale pour prendre en charge les patients en situation de précarité. Les axes de formation principaux cités dans son travail sont :

- L'étude des représentations de la maladie dans les autres cultures,
- Les pathologies infectieuses spécifiques aux patients en situation de précarité.

Elle atténue cependant ses conclusions en insistant sur le fait que l'expérience pouvait pallier le manque de formation.

Le travail de Vanina TOMASINI(52) insiste aussi sur le fait qu'il existe un défaut de formation en ce qui concerne la symptomatologie psychologique et psychiatrique atypique chez les demandeurs d'asile. Elle précise que ces spécificités cliniques sont à la fois liées au parcours de vie mais aussi à l'environnement dans lequel ils se trouvent une fois arrivés sur le territoire.

Notre travail a mis en exergue d'autres difficultés pour lesquelles une formation pourrait être mise en place au cours du cursus initial, tel un item portant sur la précarité en général dans lequel on pourrait inclure :

- L'étude des spécificités administratives et judiciaires dans le parcours du demandeur d'asile,
- L'apprentissage d'un bilan médico-social de référence à réaliser à l'arrivée de chaque demandeur d'asile.

En ce qui concerne une éventuelle formation sur l'entretien des victimes de violences, nous pensons que ce serait aussi cohérent, au cours de la formation initiale, de mettre en place des ateliers pratiques. En effet, tout médecin, qu'il voit ou non des demandeurs d'asile, peut être confronté à des récits de violence et cela ne devrait pas constituer une difficulté de les aborder.

Enfin, pour les troubles psychologiques spécifiques et les lésions séquellaires atypiques en rapport avec des mécanismes de violences peu ou pas connus dans les pays occidentaux, nous pensons qu'une formation théorique pourrait être nécessaire dans certaines spécialités médicales telles que la psychiatrie ou encore la médecine légale.

Cependant, il nous semble qu'une formation succincte sur les particularités du patient demandeur d'asile pourrait permettre de mieux appréhender toutes les problématiques évoquées et de mieux les prendre en charge. Il apparaît important de réfléchir à comment une telle formation pourrait être incluse dans les études de médecine, en soulignant le caractère obligatoire, afin de tous les impliquer au-delà de leur implication.

5 - De l'intérêt d'une structure dédiée.

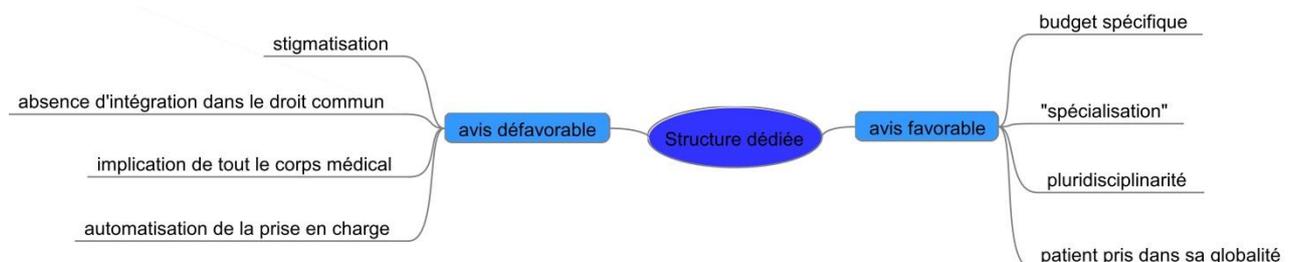


Figure 24 Intérêt d'une structure dédiée

En ce qui concerne la création d'une structure médicale dédiée à la prise des demandeurs d'asile, les avis des médecins sont relativement partagés.

Les principaux arguments favorables à la création d'une telle structure sont :

- Une « spécialisation » permettant d'acquérir un savoir-faire,
- Une coordination entre le médical et le social,
- Un financement spécifique.

Les principaux arguments défavorables sont les suivant :

- Un risque de stigmatisation,
- Une difficulté à l'intégration des patients dans le système de soins
- Un désintéressement de la communauté médical à l'égard de ces patients.

Il existe donc des avantages et des inconvénients dans la création d'un centre de soins dédié aux demandeurs d'asile, cependant est-ce qu'une « spécialisation » de leur prise en charge permettrait réellement de diminuer les difficultés rencontrées par les médecins ou est-ce utopique ?

Enfin, est-ce que le gouvernement et les professionnels nécessaires à leur prise en charge, sont prêts à investir, à s'impliquer et à travailler ensemble dans de telles structures ?

En ce qui concerne l'idée de créer une structure médicale dédiée à la prise en charge des demandeurs d'asile, nous n'avons pas trouvé de travail portant sur le sujet dans la littérature française. Néanmoins, Charlotte LE PAUTREMAT(62) dans sa thèse portant sur l'intérêt d'une consultation de médecine générale dédiée aux demandeurs d'asile, conclut qu'un lieu regroupant une prise en charge médico-psycho-sociale répondrait mieux aux attentes des demandeurs d'asile qu'une consultation médicale spécifique.

Cela rejoint aussi les conclusions de la thèse de Catherine LUDAIN(53) sur l'importance d'intégrer les travailleurs sociaux dans la prise en charge de ces patients.

Devant l'absence d'éléments de comparaison en France, nous nous sommes intéressés à la littérature internationale et plus précisément aux travaux européens qui sont aussi assez pauvres à ce sujet.

Nous avons cependant trouvé un article allemand de NIKENDEI(63) portant sur le développement et la mise en place d'un centre de soins ambulatoire dédié à la prise en charge des demandeurs d'asile faisant intervenir des médecins, du personnel paramédical, des travailleurs sociaux, ainsi que les services de santé publique. Cependant, plusieurs difficultés ont été évoquées, notamment le financement d'une telle structure tant au plan logistique que du personnel. Ils soulignent d'ailleurs l'implication élevée des différents personnels dans le bon fonctionnement de la structure.

En conclusion, une structure médico-sociale dédiée semble être une solution intéressante si elle est élaborée de façon réfléchie et coordonnée entre plusieurs classes professionnelles que sont les médecins et infirmiers, les psychologues, les travailleurs sociaux et les interprètes.

De fait, elle permettrait de prendre en charge les patients demandeurs d'asile dans leur globalité tout au long de leur parcours médico-socio-administratif et améliorerait la prise en charge de ces derniers en permettant un suivi au long cours par les mêmes professionnels du début à la fin. Cela permettrait aussi de débloquer un budget spécifique au fonctionnement de ces organismes et donc de mettre en place à la fois des moyens financiers pour la réalisation des différents examens nécessaires, mais aussi des moyens humains.

Il faudrait toutefois se méfier d'une certaine stigmatisation qui nuirait à l'intégration de ces patients, rôle ultime recherché par les différents professionnels les prenant actuellement en charge. En effet, ces structures pourraient constituer un frein à l'orientation vers les structures sanitaires pendant l'étude de la demande et une fois la demande d'asile accordée.

Enfin, il semble être important de noter que si d'éventuelles structures venaient à être mises en place, il faudrait les situer dans des endroits proches des commodités de transports et d'hébergement des demandeurs d'asile afin de faciliter les déplacements de ces derniers et limiter le « *risque de ghetto* » (Dr Q).

Par conséquent, nous pensons qu'une structure médico-sociale dédiée permettrait de mieux flécher et organiser le parcours de soins des demandeurs d'asile et ainsi éviter la répétition d'exams complémentaires ou prise en charge thérapeutique. Enfin, une telle organisation pourrait permettre l'harmonisation des pratiques sur le territoire français. Loin d'être utopique, nous pensons que l'architecture hospitalière actuellement mise en place via les PASS ou CSP, pourrait servir de réflexion de base pour la création de structures plus étoffées et ainsi plus adaptées à la prise en charge des demandeurs d'asile.

B/ Conclusion

Cette thèse a pour objectif principal de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge médicale des demandeurs d'asile.

Ce que nous pouvons retenir de notre travail est que la prise en charge des demandeurs d'asile en France représente un véritable parcours dont les étapes et priorités restent relativement méconnues des soignants, s'articulant dans un champ médico-légal et administratif complexe plus qu'une simple conduite à tenir médicale.

Si les médecins interrogés lors de notre étude s'accordent à dire que l'écoute et la nécessité d'un échange social, au-delà de l'action médicale, sont nécessaires dans le mécanisme de prise en charge de ces patients réfugiés, ils soulignent également comme difficulté principale les contraintes de communication avec ces patients.

En effet, comme dans d'autres travaux portant sur les personnes en situation de précarité, la barrière linguistique, le manque de service d'interprétariat et la barrière culturelle (avec la méconnaissance des conflits en cours et des typologies d'expression de la souffrance en fonction des origines) restent des problématiques largement dénoncées par la communauté médicale interrogée.

Par ailleurs, nous avons pu dégager dans notre thèse d'autres écueils pesant sur les soignants et rendant leur exercice difficile auprès de ces patients demandeurs d'asile.

Nous retiendrons principalement les carences de formation dans le cursus médical par rapport au parcours administratif et aux statuts légaux et médico-sociaux de ces patients, mais aussi les déficits de connaissance par rapport à la symptomatologie particulière de ces victimes.

Or, des difficultés secondaires s'agrègent sur ces méconnaissances avec des incompréhensions pour les médecins quant à leur fonction réelle dans le parcours de soin de ces patients.

Dans notre analyse, nous avons pu faire ressortir que la première crainte des médecins était « la peur de faire un travail inutile ». Inutile du fait de l'absence de suivi, la délocalisation constante de ces patients entraînant des incompréhensions par rapport à cette mobilité géographique dictée par le parcours administratif et créant des ruptures dans le suivi médical.

La seconde crainte ressentie par le corps médical étant « la peur de ne pas aider [ces patients] autant qu'il le faudrait » et donc de faillir dans leur rôle direct de soignant.

Nous avons ainsi pu retrouver chez les médecins consultés un sentiment de frustration par rapport aux moyens actuels et un sentiment d'impuissance face au devenir réel de ces patients pour lesquels des certificats ou examens sont réalisés sans que le corps médical ne puisse comprendre si ceux-ci sont conséquents dans les décisions administratives et judiciaires quant à l'expulsion ou non de ces patients dont le soin a débuté.

Enfin, certains médecins ont mis en exergue la prise en charge très précaire des mineurs isolés, que ce soit sur le plan sanitaire ou social. Des études plus précises sur le sujet pourraient permettre de déterminer les problématiques spécifiques à cette catégorie particulière de demandeurs d'asile.

Ce travail confirme donc notre hypothèse de départ quant au manque de formation sur ce sujet dans le cursus général des étudiants en médecine comme dans la formation continue des professionnels de santé.

En effet, la question de la formation est revenue dans chacun des principaux items que nous avons choisi d'étudier, notamment en ce qui concerne les séquelles psychologiques, physiques ou encore la rédaction de certificats médicaux.

Il nous semble donc qu'il serait opportun de mettre en place dans le programme des études médicales un chapitre portant sur les demandeurs d'asile inclus dans un item plus général sur la prise en charge des patients en situation de précarité mais aussi des cycles de formation post-universitaires, afin que chaque médecin se sente concerné et sensibilisé à cette problématique au vu du contexte géopolitique mondial.

Cette étude révèle aussi un flou quant au contenu, à la spécialisation et au rôle médico-légal des certificats médicaux demandés. Ils peuvent en effet correspondre à une évaluation séquentielle somatique et psychologique ou bien faire état d'une pathologie grave nécessitant un traitement non présent dans le pays d'origine. Or, nous avons pu remarquer à quel point des écarts existent entre les pratiques, ce qui conduit à penser qu'une réflexion commune serait licite pour éclaircir le rôle de chacun.

Un travail en concertation avec l'OFPRA, la CNDA et la communauté médicale nous semble de ce fait nécessaire afin de connaître les attentes des magistrats, de les sensibiliser aux problématiques du psycho-traumatisme, mais aussi de préciser la finalité des certificats afin d'en améliorer la rédaction et uniformiser les pratiques, dans le but de donner les mêmes droits à chaque demandeur d'asile sur notre territoire.

Finalement, notre thèse relève l'absence de cohérence dans la prise en charge des demandeurs d'asile, des inégalités territoriales de celle-ci en fonction des structures en place et la difficulté de réaliser un suivi correct au décours du parcours administratif de cette population.

Un travail en lien avec le gouvernement semble ainsi vraiment nécessaire, afin d'essayer de trouver des solutions pour optimiser ce parcours.

De nouvelles solutions ont émergé de notre étude, telle la mise en place d'une structure médico-sociale dédiée aux demandeurs d'asile qui permettrait un travail pluridisciplinaire mieux adapté.

Une autre solution proposée est l'instauration d'un fichier médical personnel national, voire européen, respectant le secret médical, afin de coordonner les soins (dépistages et examens déjà réalisés, traitements mis en place, certificats déjà donnés) et ainsi permettre un suivi médical de meilleure qualité.

Par conséquent, la question est de savoir si la politique en devenir, notamment avec la loi Asile-Immigration en cours d'examen à l'Assemblée Nationale, vise bien à améliorer leur prise en charge plutôt que favoriser une circulation des migrants en Europe, sans que la santé n'en soit le fondement.

BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. OFPRA - Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides; [cité le 16 mai 2017]. Disponible: <https://www.ofpra.gouv.fr/>
2. [En ligne]. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 | Légifrance, le service public de l'accès au droit; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>
3. [En ligne]. Constitution du 4 octobre 1958 | Légifrance, le service public de l'accès au droit; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Constitution-du-4-octobre-1958>
4. LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile. 2015-925 29 juill 2015.
5. LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France [En ligne]. 2016-274 7 mars 2016. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164264&categorieLien=id>
6. [En ligne]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. | Legifrance; [cité le 1 juill 2017]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=5A62E8AC7C2145E39F9AA8AD89BB90B9.tp.dila21v_3?idSectionTA=LEGISCTA000030950918&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20170701
7. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 14 mars 2016.
8. [En ligne]. Projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif (INTX1801788L), 21-02-2018 | Légifrance, le service public de l'accès au droit; [cité le 2 mars 2018]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Les-avis-du-Conseil-d-Etat-rendus-sur-les-projets-de-loi/2018/Projet-de-loi-pour-une-immigration-maitrisee-et-un-droit-d-asile-effectif-INTX1801788L-21-02-2018>
9. UNHCR [En ligne]. UNHCR. Convention de Genève; [cité le 1 juill 2017]. Disponible: <http://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>
10. [En ligne]. Protocole de New York-1967; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.cnda.fr/content/download/35250/304109/version/1/file/D%20%20Protocole-de-new-york-1967.pdf>
11. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Textes-officiels/Les-textes-portant-sur-l-immigration-l-integration-l-acces-a-la-nationalite-francaise-Annee-2013/Juin-2013/Reglement-UE-n-603-2013-du-Parlement-europeen-et-du-Conseil-du-26-juin-2013-relatif-a-la-creation-d-Eurodac-pour-la-comparaison-des-empreintes-digitales-aux-fins-de-l-application-efficace-du-reglement-UE-n-604-2013> [En ligne]. l'Intérieur M de. Règlement (UE) n ° 603/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relatif à la création d'Eurodac pour la comparaison des emprein...; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Textes-officiels/Les-textes-portant-sur-l-immigration-l-integration-l-acces-a-la-nationalite-francaise-Annee-2013/Juin-2013/Reglement-UE-n-603-2013-du-Parlement-europeen-et-du-Conseil-du-26-juin-2013-relatif-a-la-creation-d-Eurodac-pour-la-comparaison-des-empreintes-digitales-aux-fins-de-l-application-efficace-du-reglement-UE-n-604-2013>

12. [En ligne]. Règlement Dublin III; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0031:0059:FR:PDF>
13. [En ligne]. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
14. [En ligne]. OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration; [cité le 5 juin 2017]. Disponible: <http://www.ofii.fr/>
15. [En ligne]. L'asile | OFPRA; [cité le 1 juill 2017]. Disponible: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-asile>
16. WHO [En ligne]. OMS | Migrations et santé; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.who.int/features/qa/88/fr/>
17. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L712-1. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
18. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-11. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
19. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L221-1. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
20. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
21. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
22. [En ligne]. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
23. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L723-3. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
24. [En ligne]. Rapport d'activité 2017 - CNDA; [cité le 25 avr 2018]. Disponible: <http://www.cnda.fr/rapport-annuel-2017/index.html>
25. [En ligne]. Rapport OFPRA 2017; [cité le 25 avr 2018]. Disponible: https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf
26. [En ligne]. CNDA - Cour Nationale du Droit d'Asile; [cité le 16 mai 2017]. Disponible: <http://www.cnda.fr/>
27. [En ligne]. circulaire_DGS_DGOS_DAP_DPJJ_du_21_juin_2012_CPU.pdf; [cité le 2 août 2017]. Disponible: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/circulaire_DGS_DGOS_DAP_DPJJ_du_21_juin_2012_CPU.pdf
28. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 14 mars 2016.
29. Jeunes étrangers isolés - Évaluation de l'âge et de l'isolement. J Droit Jeunes. 2013;327(7):55.
30. Kellinghaus M, Schulz R, Vieth V, Schmidt S, Schmeling A. Forensic age estimation in living subjects based on the ossification status of the medial clavicular epiphysis as revealed by thin-slice multidetector computed tomography. Int J Legal Med. 1 mars 2010;124(2):149- 54.

31. [En ligne]. Enhanced possibilities to make statements on the ossification status of the medial clavicular epiphysis using an amplified staging scheme in evaluating thin-slice CT scans | SpringerLink; [cité le 24 févr 2018]. Disponible: <https://link-springer-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/10.1007%2Fs00414-010-0448-2>
32. CCNE. avis 88 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques [En ligne]. [cité le 2 mars 2018]. Disponible: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis088.pdf>
33. [En ligne]. HCDH | Convention contre la torture; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
34. United Nations, rédacteur. Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment. Rev. 1. New York : United Nations; 2004. 76 p. (Professional training series).
35. Brogdon BG, Vogel H, McDowell JD. A Radiologic Atlas of Abuse, Torture, Terrorism, and Inflicted Trauma. CRC Press; 2003. 421 p.
36. [En ligne]. Soudan | ACAT France; [cité le 21 oct 2017]. Disponible: <http://www.acatfrance.fr/un-monde-tortionnaire/Soudan>
37. [En ligne]. Chine | ACAT France; [cité le 21 oct 2017]. Disponible: <http://www.acatfrance.fr/un-monde-tortionnaire/chine-rapport-2010>
38. [En ligne]. Syrie | ACAT France; [cité le 21 oct 2017]. Disponible: <http://www.acatfrance.fr/un-monde-tortionnaire/Syrie>
39. WHO [En ligne]. OMS | Mutilations sexuelles féminines; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
40. [En ligne]. Arrêté du 23 août 2017 pris pour l'application des articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et définissant les modalités de l'examen médical prévu pour les personnes susceptibles de bénéficier, ou qui bénéficient, d'une protection au regard des risques de mutilation sexuelle féminine qu'elles encourent | Legifrance; [cité le 21 oct 2017]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/8/23/INTV1721843A/jo/texte>
41. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2010;168(8):639.
42. [En ligne]. DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf?PHPSESSID=cvbbtkvbf6r6lgobt846mfl0i6
43. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Textes-officiels/Les-textes-portant-sur-l-immigration-l-integration-l-acces-a-la-nationalite-francaise-Annee-2013/Juin-2013/Directive-2013-33-UE-du-Parlement-europeen-et-du-Conseil-du-26-juin-2013-etablissant-des-normes-pour-l-accueil-des-personnes-demandant-la-protection-internationale> [En ligne]. l'Intérieur M de. Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protec...; [cité le 18 mars 2018]. Disponible: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Textes-officiels/Les-textes-portant-sur-l-immigration-l-integration-l-acces-a-la-nationalite-francaise-Annee-2013/Juin-2013/Directive-2013-33-UE-du-Parlement-europeen-et-du-Conseil-du-26-juin-2013-etablissant-des-normes-pour-l-accueil-des-personnes-demandant-la-protection-internationale>
44. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L744-6. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

45. [En ligne]. Protect Able |; [cité le 29 oct 2017]. Disponible: <http://protect-able.eu/fr/>
46. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université du droit et de la santé; 2011.
47. [En ligne]. Carbonel N. L'interprétariat en santé mentale auprès des populations en demande d'asile et des réfugiés; [cité le 12 févr 2018]. Disponible: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/These_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Carbonel.Natacha.2013.memoire.pdf
48. Goff GL. Interculturalité, médiation, interprétariat et santé. :2.
49. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA [En ligne]. SAMDARRA O. Orspere samdarra; [cité le 5 mai 2018]. Disponible: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>
50. Lamotte d'Incamps C. Sensibilisation au syndrome psychotraumatique chez les demandeurs d'asile: intérêt de la prise en charge et caractéristiques de cette entité à travers onze entretiens [Thèse d'exercice]. France : Université d'Angers; 2013.
51. IRIN [En ligne]. Le médiateur culturel, un nouveau métier humanitaire en plein essor; 16 oct 2015 [cité le 5 mai 2018]. Disponible: <http://www.irinnews.org/fr/report/102126/le-m%C3%A9diateur-culturel-un-nouveau-m%C3%A9tier-humanitaire-en-plein-essor>
52. [En ligne]. Tomasini V. La relation de soins à l'épreuve des certificats médicaux dans le cadre de la demande d'asile; [cité le 24 janv 2018]. Disponible: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Memoires_du_DIU/Memoire_DIU_Vanina_Tomasini.pdf
53. Ludain C. Les Demandeurs d'asile aux urgences psychiatriques: de la clinique à la nécessité d'un soin en partenariat [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2003.
54. Lebossé D. Demandeurs d'asile ayant subi des tortures dans leur pays d'origine : évaluation d'un centre français [Thèse d'exercice, en ligne]. Université de Nantes; 2013 [cité le 24 janv 2018]. Disponible: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bdbf9968-f3b1-4b0d-af13-eb9edb44136d>
55. Eberhard M, Paraf F. Epidémiologie des demandeurs d'asile consultant à l'Unité médico-judiciaire du CHU de Limoges. Limoges, France : SCD de l'Université de Limoges; 2015.
56. Comede [En ligne]. Guide Comede; 15 juill 2016 [cité le 21 oct 2017]. Disponible: <http://www.comede.org/guide-comede/>
57. Jouanneteau C. Le rôle du certificat médical dans la demande d'asile [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2009.
58. [En ligne]. Dromer C. Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France.; [cité le 5 mai 2018]. Disponible: <http://docplayer.fr/5130111-Le-certificat-medical-piece-jointe-a-la-demande-d-asile-en-france.html>
59. Mestre C. La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social. L'Évolution Psychiatr. 1 juill 2006;71(3):535- 44.
60. Veisse A. État actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France, Actual state of the reception and the care for sick strangers in France, Resumen. L'Autre. 2009;me. 10(2):146- 55.

61. Philippe V. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais: enquête qualitative par entretiens individuels auprès de médecins généralistes de Lyon [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2015.
62. Le Pautremat C. attentes des DA à la mise en place d'une consultation de med gé dédiée.
63. [En ligne]. Nikendei. Development and implementation of an outpatient clinic at an initial reception centre for asylum seekers in the German federal state of Baden-Wuerttemberg; [cité le 14 févr 2018]. Disponible: <http://resolver.ebscohost.com.docelec.univ-lyon1.fr/openurl?genre=article&sid=PubMed&id=pmid%3a28935457&site=ftf-live>

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de décision de refus

OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES ----- 201 Rue Carnot 94136 FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX -----	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE -----
N° de courrier : SF1-011001 - 00 - 170630	Mme
N° de dossier : 1 à rappeler impérativement dans toute correspondance	FOYER VERS L'AVENIR 337 CHEMIN MARTIN 42153 RIORGES
date de naissance : 15/10/1983 de nationalité angolaise	
DECISION DE REJET D'UNE DEMANDE D'ASILE	
LE DIRECTEUR GENERAL DE L'OFFICE FRANCAIS DE PROTECTION DES REFUGIES ET APATRIDES	
Vu le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et notamment ses articles L. 711-1, L. 712-1 et suivants, L. 713-1 et suivants, L. 721-2, R 721-1, R 723-2 et suivants ;	
Vu la demande d'admission au bénéfice de l'asile présentée par Mme	
en date du 05/12/2016	
DECIDE	
La demande d'asile présentée par Mme	
est rejetée pour les motifs suivants :	
Selon ses déclarations écrites et orales concordantes, Madame , qui a été entendue à l'Office le 28 juin 2017, en langue lingala, est née dans la province d'Uíge et a grandi dans la commune de Cazenga, à Luanda. Elle a fondé une société avec un ami. En 2012, un homme les a contactés pour leur proposer un marché avec le Mouvement populaire de libération de l'Angola (MPLA), ce qu'ils ont accepté. Ainsi, en avril 2012, ils se sont rendus en Chine où ils ont acheté des marchandises, avant de revenir en Angola. Cinq mois plus tard, l'intéressée et son associé se sont rendus au port de Luanda afin de récupérer les marchandises qui venaient alors d'être livrées. Arrivés au port, son associé s'est présenté auprès des autorités tandis que l'intéressée l'attendait à l'intérieur de leur véhicule. Quelques heures plus tard, inquiète de ne pas voir son associé revenir, l'intéressée s'est à son tour présentée aux autorités présentes sur le port. Elle a alors été arrêtée puis emmenée au domicile de son associé puis au sien, où les autorités ont effectué des fouilles. Suite à cela, elle a été emmenée en dans un établissement pénitentiaire, où elle a été victime de sévices et a été accusée d'appartenir à l'Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola (UNITA). Trois mois plus tard, après avoir soudoyé un gardien, elle est parvenue à s'évader du centre pénitentiaire où elle était détenue et s'est rendue au domicile de sa mère, dans la province d'Uíge.	

En 2015, les membres de la famille maternelle de l'intéressée ont commencé à l'accuser d'être responsable du décès de sa mère, ce qui l'a amené à quitter la province d'Uíge pour se rendre à Luanda. Ainsi, le 30 avril 2015, alors qu'elle se trouvait sur la route menant à Luanda, l'intéressée a été contrôlée par les autorités angolaises qui l'ont identifiée puis arrêtée. Trois jours plus tard, un officier l'a reconnue et lui a proposé de l'aider à s'évader. Parvenue à s'enfuir, elle s'est réfugiée chez son oncle paternel, où elle a organisé son départ du pays. Ainsi, le 15 juillet 2015, craignant pour sa sécurité, l'intéressée a quitté l'Angola et est arrivée en France le 31 octobre 2015. Alors qu'elle se trouvait en France, l'intéressée a appris par le biais de son frère que les autorités angolaises étaient à sa recherche.

Pour ce motif, l'intéressée fait valoir des craintes de persécutions en raison de ses opinions politiques imputées de la part des autorités de son pays.

Toutefois, l'intéressée n'a pas été en mesure de fournir des éléments solides permettant de conclure à la réalité des craintes invoquées. Ainsi, interrogée quant aux circonstances dans lesquelles elle aurait conclu un contrat avec un individu au profit du MPLA, elle a tenu des propos insuffisants, du fait notamment de leur caractère sommaire et imprécis. De plus, concernant les accusations dont elle aurait fait l'objet par les autorités angolaises, elle a expliqué que ces dernières lui ont reproché d'appartenir à l'UNITA, faisant alors référence aux marchandises qu'elle avait achetées en Chine. Cependant, l'intéressée est demeurée confuse sur le lien entre les accusations dont elle aurait fait l'objet de la part des autorités angolaises et le contrat qu'elle aurait conclu au profit du MPLA. De plus, ses allégations relatives aux circonstances dans lesquelles elle aurait été arrêtée par les autorités angolaises en 2012 se sont révélées peu convaincantes. Elle a en effet relaté son arrestation de manière peu spontanée. Il en est de même de ses déclarations relatives à ses conditions de détention et aux circonstances de son évasion.

Par ailleurs, concernant ses conditions de vie à Uíge, l'intéressée a affirmé ne pas avoir rencontré de difficultés vis-à-vis des autorités, alors même qu'elle allègue s'être évadée d'un centre pénitencier à Luanda. Interrogée à ce sujet, ses explications ne se sont pas avérées déterminantes.

En outre, invitée à s'exprimer sur son arrestation en avril 2015, elle est demeurée vague, notamment sur les conditions dans lesquelles elle aurait été identifiée par les autorités angolaises alors qu'elle se rendait à Luanda. Les conditions de son évasion ont également fait l'objet d'un récit peu crédible.

Enfin, l'intéressée a affirmé avoir appris que les autorités angolaises la recherchaient toujours, mais n'a pas apporté à ce sujet d'éléments suffisamment convaincants.

Dès lors, les déclarations de l'intéressée ne permettent pas de tenir les faits allégués pour établis, ni de regarder comme fondées les craintes de persécutions exprimées.

En conséquence, sa situation ne relève pas des cas visés aux articles L. 711-1 et L. 712-1 du code susvisé.

Fait à Fontenay-sous-Bois, le 30/06/2017

Pour le Directeur général et par délégation



Pièce(s) jointe(s) :
Sens de la décision
Copie d'entretien
- DOCUMENTS D'IDENTITE ET D'ETAT CIVIL
DOCUMENT DE NAISSANCE ETRANGER - COPIE (1)

Ce document est envoyé en recommandé avec A.R.

Informations sur la procédure de recours :

Si vous estimez devoir contester la présente décision, vous avez la possibilité de former un recours devant la cour nationale du droit d'asile (CNDA), dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision contestée. Ce délai est augmenté d'un mois pour les requérants qui demeurent en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Polynésie française, dans les îles Wallis et Futuna, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

Les conditions de présentation du recours sont énoncées aux articles R. 733-5 à R. 733-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. En particulier, le recours doit être accompagné d'une copie de la décision contestée et, en cas de placement en procédure accélérée, d'une copie de la « notice d'information » remise lors de l'enregistrement de la demande d'asile en préfecture.

Ce recours peut être envoyé :

- *par fax, au numéro suivant : 01 48 18 44 20. La réception de ce fax vaut enregistrement du recours, lequel devra être régularisé au plus tard le jour de l'audience.*
- *ou par courrier en recommandé avec accusé de réception, à l'adresse suivante :*
Cour nationale du droit d'asile
35, rue Cuvier
93558 MONTREUIL-SOUS-BOIS CEDEX

Vous avez la possibilité de demander à bénéficier de l'aide juridictionnelle en vue d'introduire votre recours devant la CNDA, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la décision contestée. Au-delà de ce délai, l'aide juridictionnelle peut être demandée lors de l'introduction de votre recours, exercé dans les délais impartis.

Vous pouvez avoir accès auprès de l'OFPPA à l'enregistrement sonore de votre entretien, uniquement pour les besoins de l'exercice d'un recours contre la présente décision, jusqu'à l'introduction de ce recours, en adressant votre demande par messagerie électronique à acces.enregistrement@ofpra.gouv.fr. L'OFPPA vous communiquera en retour les modalités de cet accès. Postérieurement à l'introduction de votre recours, vous pourrez avoir accès à cet enregistrement auprès de la CNDA.

Annexe 2 : Canevas d'entretien

Questionnaire générale

I - Questionnaire démographique :

- sexe :
- age :
- lieu d'exercice :
- durée d'exercice :

II - Pratique médicale :

- dans quelle(s) structure(s) travaillez- vous ?
- quelle est votre spécialité ?
- quelle est votre parcours /formation ?
- prenez-vous en charge des demandeurs d'asile (D.A) ?
→ Non :
pourquoi ?
avez-vous déjà pris en charge des D.A dans le passé ? pourquoi avoir arrêté ?
→ Oui :

pour quelle type de prise en charge ?

⇒ prise en charge médicale unique ?

- provenance des D.A ?
- motifs de consultation ?

⇒ prise en charge médicale suivie ?

- provenance des D.A ?
- fréquence de suivi ?
- motifs de consultation ?
- difficultés rencontrées dans la prise en charge ?
- formation médicale adaptée à la prise en charge ? Pourquoi ?
- prise en charge différente des autres patients ? Pourquoi ?
- exigez-vous la présence d'un interprète ?

. Oui : présence d'un proche ou d'un professionnel ? Si traduction par un proche, avez vous confiance en la fiabilité de la traduction ? N'avez-vous pas peur que le patient n'ose pas dire certaines choses devant un proche ?

Les D.A ont un passé traumatique souvent important,

- est-ce difficile d'évaluer leur vulnérabilité psychique ? Pourquoi ?
- abordez-vous leur passé lors de la consultation ?
→ Oui : quand et comment ?
→ Non : pourquoi ?
- les adressez-vous à un psychiatre ou un psychologue ?
→ Oui : dans quelle(s) structure(s) ?
→ Non : pourquoi ?

III - Questions relatives au certificat médical descriptif des lésions :

- réalisez-vous des certificats pour ces patients ?
→ Oui : spontanément ? à leur demande ? à la demande d'un avocat ? d'une association ? autre ?
→ Non : pourquoi ?
- éprouvez-vous des difficultés à le réaliser ? O/N : Pourquoi ?

- connaissez-vous le parcours du D.A ?
- selon vous, quel est l'impact de ce certificat dans leur démarche de demande d'asile ?
 - pensez-vous qu'il puisse être néfaste ? Pourquoi ?
- selon vous, à qui appartient la rédaction de ce certificat ?
- connaissez-vous l'association Médecine et Droit d'Asile (MéDA) ex Centre de Droit et Ethique de la Santé (CDES) ?
 - qu'en pensez-vous ?

IV - Questions plus générales sur les demandeurs d'asile :

- estimez-vous qu'à l'heure actuelle, la prise en charge médicale de ces patients soit optimale ? O/N : Pourquoi ?
- avez-vous observé des modifications dans la prise en charge de ces patients ces dernières années ?
 - Oui : en quoi ? est-ce meilleure ou pire ?
- la région Rhône-Alpes - Auvergne est la 2e région d'accueil des D.A en France, craignez-vous une arrivée plus importante de ces populations dans les années à venir ? O/N : Pourquoi ?
- pensez-vous qu'il faille une structure médicale dédiée à leur prise en charge ? Pourquoi ?
- pensez-vous qu'il faille une formation (théorique et/ou pratique) dédiée ? Pourquoi ?
- selon vous, quelles sont les attentes et les craintes de ces patients vis-à-vis du médecin ?
- quelles sont vos craintes dans la prise en charge de ces patients ?

Avez-vous d'autres remarques sur le sujet ?

Questionnaire complémentaire

Complément pour les médecins associatifs

I - Questionnaire démographique :

- structure associative :
- date d'entrée

II - Pratique médicale :

- avez-vous une activité autre que l'associatif ? Si oui, laquelle ?
- quelle est votre spécialité ?
- continuez-vous à prendre en charge les D.A une fois la protection accordée ? O/N : Pourquoi ?

III - Questions relatives au certificat médical descriptif des lésions :

- pour les D.A ayant obtenu un certificat de votre part, avez-vous un retour sur son impact ?
 - en cas de protection accordée ?
 - en cas de déboutement ?
- êtes-vous guidé par des avocats/juristes qui vous indiqueraient les attentes de l'OFPPA/CNDA vis-à-vis du certificat ?
- avez-vous déjà assisté à des audiences ?
 - Oui : cela vous a-t-il aidé dans la rédaction du certificat ?

Complément pour les médecins légistes

III - Questions relatives au certificat médical descriptif des lésions :

- que pensez-vous d'une consultation médico-légale dédiée ?

Annexe 3 : Modèle de certificat proposé par l'Arrêté du 23 août 2017

CERTIFICAT MÉDICAL TYPE

Je soussigné Dr... , docteur en médecine, exerçant au sein de l'hôpital [nom de l'établissement] de [ville]

Certifie avoir reçu le ... /.../... à ... heures ...

dans le cadre de la procédure prévue aux articles L. 723-5 et L. 752-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Dans les locaux de l'hôpital ...

Une mineure m'étant présentée comme étant :

Nom Prénom

Née le .../.../..... à ...

Accompagnée de ses parents / son père / sa mère / ses représentants légaux

La mineure ainsi que ses parents ou ses représentants légaux sont informés ce jour du contexte et du déroulement de l'examen, et donnent oralement leur consentement pour la réalisation de celui-ci, dans les conditions définies à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Examen clinique

Pratique

Refusé :

par la mineure

par ses parents ou ses représentants légaux

L'examen permet de conclure :

Absence de stigmat(e)s évoquant une mutilation sexuelle

Présence de stigmat(e)s de mutilation sexuelle

Fait le .../.../.....

Dr ...

Signature du médecin



Nom, prénom du candidat : HONYIGLO Emma

CONCLUSIONS

Cette thèse a pour objectif principal de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge médicale des demandeurs d'asile.

Ce que nous pouvons retenir de notre travail est que la prise en charge des demandeurs d'asile en France représente un véritable parcours dont les étapes et priorités restent relativement méconnues des soignants, s'articulant dans un champ médico-légal et administratif complexe plus qu'une simple conduite à tenir médicale.

Si les médecins interrogés lors de notre étude s'accordent à dire que l'écoute et la nécessité d'un échange social, au-delà de l'action médicale, sont nécessaires dans le mécanisme de prise en charge de ces patients réfugiés, ils soulignent également comme difficulté principale les contraintes de communication avec ces patients.

En effet, comme dans d'autres travaux portant sur les personnes en situation de précarité, la barrière linguistique, le manque de service d'interprétariat et la barrière culturelle (avec la méconnaissance des conflits en cours et des typologies d'expression de la souffrance en fonction des origines) restent des problématiques largement dénoncées par la communauté médicale interrogée.

Par ailleurs, nous avons pu dégager dans notre thèse d'autres écueils pesant sur les soignants et rendant leur exercice difficile auprès de ces patients demandeurs d'asile.

Nous retiendrons principalement les carences de formation dans le cursus médical par rapport au parcours administratif et aux statuts légaux et médico-sociaux de ces patients, mais aussi les déficits de connaissance par rapport à la symptomatologie particulière de ces victimes.



Or, des difficultés secondaires s'agrègent sur ces méconnaissances avec des incompréhensions pour les médecins quant à leur fonction réelle dans le parcours de soin de ces patients.

Dans notre analyse, nous avons pu faire ressortir que la première crainte des médecins était « la peur de faire un travail inutile ». Inutile du fait de l'absence de suivi, la délocalisation constante de ces patients entraînant des incompréhensions par rapport à cette mobilité géographique dictée par le parcours administratif et créant des ruptures dans le suivi médical.

La seconde crainte ressentie par le corps médical étant « la peur de ne pas aider [ces patients] autant qu'il le faudrait » et donc de faillir dans leur rôle direct de soignant.

Nous avons ainsi pu retrouver chez les médecins consultés un sentiment de frustration par rapport aux moyens actuels et un sentiment d'impuissance face au devenir réel de ces patients pour lesquels des certificats ou examens sont réalisés sans que le corps médical ne puisse comprendre si ceux-ci sont conséquents dans les décisions administratives et judiciaires quant à l'expulsion ou non de ces patients dont le soin a débuté.

Enfin, certains médecins ont mis en exergue la prise en charge très précaire des mineurs isolés, que ce soit sur le plan sanitaire ou social. Des études plus précises sur le sujet pourraient permettre de déterminer les problématiques spécifiques à cette catégorie particulière de demandeurs d'asile.

Ce travail confirme donc notre hypothèse de départ quant au manque de formation sur ce sujet dans le cursus général des étudiants en médecine comme dans la formation continue des professionnels de santé.

En effet, la question de la formation est revenue dans chacun des principaux items que nous avons choisi d'étudier, notamment en ce qui concerne les séquelles psychologiques, physiques ou encore la rédaction de certificats médicaux.



Il nous semble donc qu'il serait opportun de mettre en place dans le programme des études médicales un chapitre portant sur les demandeurs d'asile inclus dans un item plus général sur la prise en charge des patients en situation de précarité mais aussi des cycles de formation post-universitaires, afin que chaque médecin se sente concerné et sensibilisé à cette problématique au vu du contexte géopolitique mondial.

Cette étude révèle aussi un flou quant au contenu, à la spécialisation et au rôle médico-légal des certificats médicaux demandés. Ils peuvent en effet correspondre à une évaluation séquelle somatique et psychologique ou bien faire état d'une pathologie grave nécessitant un traitement non présent dans le pays d'origine. Or, nous avons pu remarquer à quel point des écarts existent entre les pratiques, ce qui conduit à penser qu'une réflexion commune serait licite pour éclaircir le rôle de chacun.

Un travail en concertation avec l'OFPPRA, la CNDA et la communauté médicale nous semble de ce fait nécessaire afin de connaître les attentes des magistrats, de les sensibiliser aux problématiques du psycho-traumatisme, mais aussi de préciser la finalité des certificats afin d'en améliorer la rédaction et uniformiser les pratiques, dans le but de donner les mêmes droits à chaque demandeur d'asile sur notre territoire.

Au final, notre thèse relève l'absence de cohérence dans la prise en charge des demandeurs d'asile, des inégalités territoriales de celle-ci en fonction des structures en place et la difficulté de réaliser un suivi correct au décours du parcours administratif de cette population.

Un travail en lien avec le gouvernement semble ainsi vraiment nécessaire, afin d'essayer de trouver des solutions pour optimiser ce parcours.

De nouvelles solutions ont émergé de notre étude, telle la mise en place d'une structure médico-sociale dédiée aux demandeurs d'asile qui permettrait un travail pluridisciplinaire mieux adapté.

Une autre solution proposée est l'instauration d'un fichier médical personnel national, voire européen, respectant le secret médical, afin de coordonner les soins (dépistages et examens déjà réalisés, traitements mis en place, certificats déjà donnés) et ainsi



permettre un suivi médical de meilleure qualité.

Par conséquent, la question est de savoir si la politique en devenir, notamment avec la loi Asile-Immigration en cours d'examen à l'Assemblée Nationale, vise bien à améliorer leur prise en charge plutôt que favoriser une circulation des migrants en Europe, sans que la santé n'en soit le fondement.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

Professeur Laurent Fanton

Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 24 AVR. 2018

HONYIGLO Emma, Anaïs, Laure

Asile et parcours de soins : une relation chaotique ? Et si les médecins nous en parlaient.

RESUME

Cette thèse a pour objectif principal de déterminer les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge médicale des demandeurs d'asile. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi directifs auprès du corps médical en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Outre les difficultés liées à la barrière linguistique et aux différences socioculturelles, ce travail a mis en exergue le manque de cohérence dans le parcours de soins des demandeurs d'asile ainsi qu'une hétérogénéité importante des pratiques médicales actuelles. Notre travail a aussi permis d'objectiver le lien étroit entre parcours de soins et parcours d'asile, ainsi que la méconnaissance des praticiens concernant les aspects administratifs et légaux mis en jeu pour cette population particulière. Enfin, nous avons pu mettre en évidence un déficit de connaissance par rapport à la spécificité clinique des séquelles rapportées par ces patients, tant au plan psychique que physique. Par ailleurs, il est aussi apparu au cours de notre étude, une certaine incompréhension des médecins quant à leur rôle dans les parcours de soins de ces patients, ceci doublé d'une peur d'effectuer un travail inutile et dénué de sens.

En conclusion, il nous apparait donc nécessaire d'intégrer la problématique des demandeurs d'asile à la formation initiale et continue des médecins, afin de mieux les prendre en charge tant au plan sanitaire que social. De plus, un travail en lien avec les instances juridiques en charge de l'asile et de l'immigration, permettrait aussi de mieux adapter et articuler le parcours de ces patients, ce d'autant qu'ils sont en augmentation constante en Europe.

MOTS CLES : demandeur d'asile ; réfugiés ; soins ; accès aux soins ; certificat médical

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent Fanton

Membres : Monsieur le Professeur Yves Zerbib
Madame le Professeur Liliane Daligand
Madame le Docteur Virginie Lançon
Monsieur le Docteur Hervé Fabrizi

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 31 mai 2018

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR

2 ter, rue Saint Gervais 69008 Lyon

VOTRE EMAIL

emma.honyiglo@gmail.com