

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Léa DUVAL et Auriane MARZOUK

Le 18 février 2019

**Vécu des relations avec les professionnel-le-s de santé, des personnes qui
font la demande de Droit au Séjour pour Raison Médicale.**

Directrice de thèse : Docteure Gabrielle LAURENCIN

JURY :

Monsieur le Professeur Thierry LANG	Président
Monsieur le Professeur Pierre DELOBEL	Assesseur
Madame la Docteure Brigitte ESCOURROU	Assesseure
Madame la Docteure Gabrielle LAURENCIN	Assesseure
Madame la Docteure Annalisa LENDARO	Assesseure

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Docteur Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Docteur Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Docteur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Docteur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Docteur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADDUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. GARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carie	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Jenick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A. Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARDON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALNIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria Eugènia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALNIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APDIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de CLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUFUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Saïboune	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSANG Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jiff	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRAIRE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Lella

Le choix de l'écriture inclusive

(écrit à partir du Manuel d'écriture inclusive^{1,2})

Pour la rédaction de cette thèse, nous avons fait le choix d'utiliser l'écriture inclusive. Il s'agit d'une forme d'écriture alternative à la règle « le masculin l'emporte sur le féminin ».

La langue reflète la société et sa façon de penser le monde. Le discours participe à la construction et la perpétuation d'inégalités et de stéréotypes de sexe.

L'écriture inclusive désigne l'ensemble des attentions graphiques et syntaxiques qui permettent d'assurer une égalité de représentations des deux sexes.

Concrètement, cela signifie notamment : renoncer au masculin générique (« des acteurs du développement durable »), à la primauté du masculin sur le féminin dans les accords en genre (« des hommes et des femmes sont allés »), ainsi qu'à un ensemble d'autres conventions largement intériorisées par chacun et chacune d'entre nous.

Anne-Marie HOUDEBINE, professeure de linguistique et de sémiologie à l'université Paris Descartes, à la Sorbonne, souligne « *l'importance du langage et son impact sur les constructions mentales et représentations sociales de chaque sujet parlant ; aussi est-il très important de veiller à la qualité éthique de la langue, c'est-à-dire à sa faculté d'être discriminante, dévalorisante ou égalitaire et non sexiste ou raciste.* »

Les structures de domination étant particulièrement intégrées dans certaines pratiques quotidiennes telle que l'écriture, elles peuvent persister dans nos modes d'expression malgré nos relectures dans ce travail.

1 Haddad R. Manuel d'écriture inclusive. [Internet] 2016 [cité 20 nov 2018] Disponible sur: <http://www.ecriture-inclusive.fr/>

2 Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Pour une communication publique sans stéréotype de sexe: guide pratique. 2016.

Déclaration publique d'intérêts :

Les chercheuses déclarent un lien d'intérêt : la participation au Groupe d'internes pour la Santé des Immigrés à la Case de Santé qui accompagne les demandeur·se·s de DASRM.

Elles déclarent avoir bénéficié pendant leur externat des pots financés par des laboratoires, des cadeaux type stylos, blocs-notes, règle ECG et disque de suivi de grossesse.

Elles déclarent ne plus avoir de conflit d'intérêt depuis 3 ans.

Remerciements

Un grand merci à **toutes les personnes qui ont participé à l'étude**, pour le temps, l'accueil et la confiance que vous nous avez offert·e·s. Pour le partage de vos expériences et de la richesse de vos parcours de vie.

À **Monsieur le Professeur Thierry LANG**, nous sommes reconnaissantes de l'accueil et du soutien que vous nous avez accordés. C'est un honneur pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse, eu égard à votre investissement dans le domaine des inégalités sociales de santé.

À **Monsieur le Professeur Pierre DELOBEL**, nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse et de porter de l'intérêt à notre sujet.

À **Madame la Docteure Brigitte ESCOURROU**, nous sommes heureuses que vous ayez accepté de participer à notre jury de thèse. Nous vous remercions particulièrement pour la disponibilité que vous nous avez offerte en tant qu'interne - sur des questions méthodologiques, sur la qualité de nos stages, avec une attention à ce qu'ils conviennent à nos envies - ainsi que pour votre investissement à ce que nous ayons accès à la recherche qualitative.

À **Madame la Docteure Annalisa LENDARO**, tu nous fais l'honneur d'avoir accepté de participer à notre jury. Nous tenons à te remercier pour ton soutien chaleureux, ton enthousiasme et tes conseils.

À **Madame la Docteure Gabrielle LAURENCIN**, nous te remercions pour ton soutien solide, ton engagement et ta disponibilité. Ta rigueur a été précieuse pour limiter nos partis pris et porter attention, encore et encore, à partir de la parole des personnes interviewées. Tes éclairages nous ont permis de prendre conscience et déconstruire certains de nos préjugés. Un immense MERCI.

À **Monsieur Christian MORISSE**, nous te remercions pour le temps que tu nous as accordé en regard de l'intensité de ton engagement pour l'accès aux droits des personnes migrantes en Ariège. Tes conseils et le partage de ta longue expérience ont été riches d'apprentissage.

À **Nabil**, pour ton soutien indéfectible. Ton expérience en matière de droit au séjour pour raison médicale, et ta connaissance des personnes qui en font la demande nous ont permis de mieux comprendre. L'engagement dans ton métier de toubib est inspirant.

À **Béné**, pour ton recul, qui nous a rappelé que l'échelle individuelle n'était pas forcément pertinente. Tu nous a amené à garder en tête les logiques structurelles qui influencent nos rapports humains. La porte ouverte de ton logis où crépite le feu dans la cheminée est un cadeau.

À **Monsieur le Docteur Nicolas VELUT**, pour le partage de votre expérience éclairante.

À **Monsieur le Docteur LEGRUSSE**, pour votre disponibilité, le partage de votre expérience et votre aide pour le recrutement.

À **Dan**, pour le temps passé à promener Jojo afin que nous ayons un espace calme. À **Jojo** pour tes sourires craquants.

À **Florence, Véro, Toto, et Mathilde**, votre relecture nous a été précieuse et vos corrections indispensables.

À **Joan**, pour ton soutien, ton écoute, tes encouragements, ton affection. Merci d'avoir accepté autant d'heures de travail dans notre salon.

À **toute la Tuilerie**, le cadre de travail que nous avons eu, au milieu des fruitiers, des ânes et des chevaux a été un bol d'oxygène. Merci aux tuilier·ère·s pour l'accueil chaleureux.

À **la Case de Santé**, vous connaître nous donne confiance dans l'avenir, conscientes de la force générée par le collectif.

À nos familles, pour votre soutien, votre présence depuis de nombreuses années. Merci d'avoir accepté nos doutes et de nous avoir accueillies telles que nous sommes.

À nos ami·e·s, pour le partage des rires et des pleurs, les utopies qui prennent vie ensemble. Votre présence à toute épreuve est un cadeau.

À tous ceux et celles qui nous ont menées jusqu'à la médecine générale et qui nous donnent l'énergie pour réaliser nos utopies.

À tou·te·s ceux·elles qui s'investissent chaque jour pour la liberté collective et de chacun·e, et pour la régression des oppressions.

À vos sourires.

Abréviations :

AAH : Allocation adulte handicapé·e

AME : Aide médicale d'État

ARCAT : Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

ARS : Agence Régionale de Santé

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Étranger·ère·s et du Droit d'Asile

CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COMEDE : Comité pour la santé des exilé·e·s

CRR : Commission des Recours des Réfugié·e·s

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CST : Carte de Séjour Temporaire

DASRM : Droit au Séjour pour Raison Médicale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Étranger·ère·s

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugié·e·s et Apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

PH : Praticien·ne Hospitalier·ère

SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Pré-requis : Le Droit au Séjour pour Raison Médicale.....	4
I. Modifications successives du DASRM.....	4
II. Déroulement actuel de la procédure de DASRM.....	5
INTRODUCTION.....	7
MÉTHODE.....	9
I. Choix de la méthode qualitative.....	9
II. Commission d'éthique et consentement.....	9
III. Recherche bibliographique.....	9
IV. Situation des chercheuses.....	10
V. Le guide d'entretien.....	10
a. Élaboration du guide d'entretien.....	10
b. Évolution du guide d'entretien.....	10
VI. Réalisation de l'échantillonnage.....	11
VII. Réalisation des entretiens.....	11
VIII. Recueil des données, analyse longitudinale et retranscription des entretiens.....	12
IX. Analyse des données : traduction du corpus en codes et analyse thématique.....	12
RESULTATS.....	14
I. Population étudiée.....	14
a. Déroulé des entretiens.....	14
b. Nombre, durée des entretiens et description de la population.....	14
II. Le contexte de grande précarité décrit par les demandeur-euse-s.....	15
a. La détresse au départ du pays d'origine.....	15
b. Perdu-e dans un pays inconnu avec perte de multiples sécurités.....	16
c. Les obstacles à l'accès aux soins.....	16
d. La procédure de DASRM : un « calvaire » supplémentaire.....	17
III. Une expertise empirique du-de la patient-e en contraste avec la méconnaissance des médecins de la procédure de DASRM.....	18
a. Méconnaissance de la procédure par les médecins.....	18
b. Incompréhension des enjeux du certificat par les médecins.....	18
c. Des critères identifiés comme favorables pour la rédaction du certificat médical.	19
IV. Importance accordée à l'accueil et à une relation prenant en compte la globalité du-de la patient-e.....	20

a. La qualité de l'accueil.....	20
b. Importance d'une relation bienveillante et à l'écoute.....	21
c. Intérêt pour la situation administrative.....	22
d. Une satisfaction globale vis-à-vis des professionnel-le-s de santé exprimée en comparaison avec le pays d'origine.....	23
V. Entre investissement et contrôle : l'impression que les professionnel-le-s de santé sortent de leur rôle.....	23
a. Un sentiment de suspicion déshumanisant.....	23
b. Du soutien au militantisme des soignant-e-s : un investissement bienvenu.....	25
VI. De la dépendance aux discriminations : une relation soignant-e-soigné-e particulière.....	25
a. Une relation asymétrique entre demandeur-euse-s de DASRM et professionnel-le-s de santé.....	25
b. Des récits de discriminations.....	26
c. Retentissement des discriminations sur la santé mentale.....	28
VII. Les leviers pour être acteur-riche dans le soin.....	28
a. L'acquisition de compétences.....	28
b. Le choix possible de ses interlocuteur-riche-s.....	29
c. L'indissociable prise en charge sociale et médicale.....	29
d. Le Collectif Étranger-e-s Malades : un soutien collectif.....	31
DISCUSSION.....	32
I. Forces et limites de l'étude.....	32
a. Forces de l'étude.....	32
b. Limites de l'étude.....	33
II. Une procédure qui s'inscrit dans un climat de méfiance et de contrôle.....	34
a. Le parcours du-de la combattant-e à différents niveaux de la procédure DASRM.....	34
b. Un contexte de contrôle des malades étranger-ère-s.....	36
III. La rédaction du certificat médical par les professionnel-le-s de santé: un investissement à la frontière entre médical et politique.....	38
a. Le sentiment d'une nécessaire expertise pour la rédaction du certificat.....	39
b. Les effets de la demande du certificat sur la relation de soin.....	41
IV. La demande de DASRM, situation propice aux discriminations en matière de santé.....	42
a. Définition de la discrimination.....	43

b. Une asymétrie dans la relation soignant-e–soigné-e propice aux discriminations	43
c. Des discriminations dans le domaine de la santé des personnes exilées et/ou précaires.....	44
d. Lutter contre les discriminations en tant que professionnel-le de santé.....	46
V. Comment aller vers plus de pouvoir d’agir (empowerment) pour les demandeur-euse-s dans la relation de soin?.....	47
a. Définitions et cadre légal de l’empowerment en France.....	47
b. Facteurs favorisant l’empowerment des demandeur-euse-s de DASRM dans la relation de soin.....	47
CONCLUSION.....	51
Références bibliographiques :.....	53
ANNEXES.....	56
Annexe I : Extraits de l’arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l’exercice par les médecins de l’OFII dans le cadre du DASRM.....	56
Annexe II : Historique du DASRM.....	58
Annexe III : Certificat médical à remplir par la-la médecin qui suit habituellement la personne ou un-e PH.....	60
Annexe IV : Avis favorable de la commission éthique.....	63
Annexe V : Formulaire d’information et de consentement.....	64
Annexe VI : Première version du guide d’entretien.....	66
Annexe VII : Dernière version du guide d’entretien.....	67
Annexe VIII : Exemple de contexte d’énonciation et extrait d’entretien.....	69
Annexe IX : Extrait de l’analyse thématique.....	71
Annexe X : Caractéristiques des personnes participantes.....	72
Annexe XI : Extrait de la fiche pratique du Défenseur des droits à destination des professionnel-le-s de santé sur les refus de soin,.....	73

Pré-requis : Le Droit au Séjour pour Raison Médicale

Le droit au séjour pour raison médicale (DASRM) a été créé il y a plus de vingt ans suite à la mobilisation d'associations de personnes touchées par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

L'article L.313-11 11° du **Ceseda** définit ce droit : « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : [...] à l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. [...]* ». Les parents d'un-e enfant malade étranger-ère peuvent également faire la demande de DASRM. Les conditions d'obtention sont détaillées en annexe I.

Ce droit français s'intègre au sein du **droit européen**. L'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme **interdit tout traitement inhumain ou dégradant**. La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) considère aujourd'hui qu'il y a un risque de violation de l'article 3 si le renvoi de la personne comporte un risque de « *réduction significative de l'espérance de vie* » ou de « *souffrances intenses* » dues au défaut de soins. Elle mentionne également que l'État doit « *vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'état de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé-e* ».

I. Modifications successives du DASRM

Ce droit a connu plusieurs modifications depuis sa création [historique détaillé en annexe II]. **En 2011**, la condition liée à l'impossibilité d'accéder effectivement à un traitement a été remplacée par celle de **l'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine**, moins protectrice car **ignorant les conditions matérielles et sociales** dans lesquelles les intéressé-e-s peuvent ou non réellement accéder à ce traitement : le fait qu'un traitement existe dans un pays n'implique pas nécessairement que l'intéressé-e puisse y accéder (1).

La loi du 7 mars 2016 réintroduit la notion d'accès effectif à un traitement approprié. Le Conseil d'État a ainsi jugé que la nature et la gravité des conséquences d'un retour dans le pays d'origine doivent s'apprécier en tenant non seulement compte de l'existence du traitement dans le pays d'origine, mais également de son **accessibilité socio-économique** (1).

Jusqu'en 2016, les conditions médicales étaient évaluées par **des médecins des Agences Régionales de Santé (ARS), dépendant du ministère de la Santé**. Le ministère de l'Intérieur était chargé du contrôle migratoire et le ministère de la Santé de la mission de protection individuelle et publique. Un rapport médical pouvait être rédigé **sur papier libre par un-e praticien-ne hospitalier-ère (PH) ou un-e médecin agréé-e**. Il était envoyé aux médecins des ARS. Ces dernier-ère-s rendaient un **avis à la préfecture**, à qui revenait la décision finale.

Depuis la réforme du 7 mars 2016, la mission d'évaluation médicale est confiée aux **médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)**. Cette réforme a été associée à des changements au niveau de la procédure de demande. Les personnes doivent **se rendre physiquement** à la préfecture pour retirer un **formulaire spécifique**, comportant une fiche d'identification avec une photo d'identité et un **certificat médical** sous forme de questions [annexe III], comprenant une partie pour les pathologies somatiques et une pour les pathologies psychiatriques.

II. Déroulement actuel de la procédure de DASRM

La procédure comporte deux volets :

- **le volet administratif** : l'absence de menace à l'ordre public et les conditions de résidence habituelle en France sont évaluées par les préfectures, relevant du ministère de l'Intérieur.
- **le volet médical** : un certificat médical doit être rempli par **le-la médecin qui suit habituellement la personne ou un-e praticien-ne hospitalier-ère**. Ce certificat médical doit détailler, dans l'intérêt du-de la demandeur-euse, les informations relatives à son état de santé et à sa prise en charge. Il est ensuite transmis au-à la médecin du service médical de la **direction territoriale de l'OFII**, qui remplit un **rapport médical** avec une nouvelle identification du-de la patient-e. Ce rapport est envoyé au **collège national de trois médecins de l'OFII**, qui émet un **avis médical favorable ou non**. Cet avis est transmis à la préfecture qui prendra la décision sur la délivrance du titre de séjour étranger-ère malade [figure 1]. Le-la médecin de l'OFII peut **convoquer** le-la demandeur-euse pour une consultation et des examens complémentaires.

L'admission au séjour pour raison médicale se traduit par l'obtention d'une carte de séjour temporaire (CST) de un an, mention « vie privée et familiale », ou d'une autorisation provisoire de séjour (APS), si la personne a sa résidence en France depuis moins d'un an. Une carte de séjour pluriannuelle peut-être demandée (2).

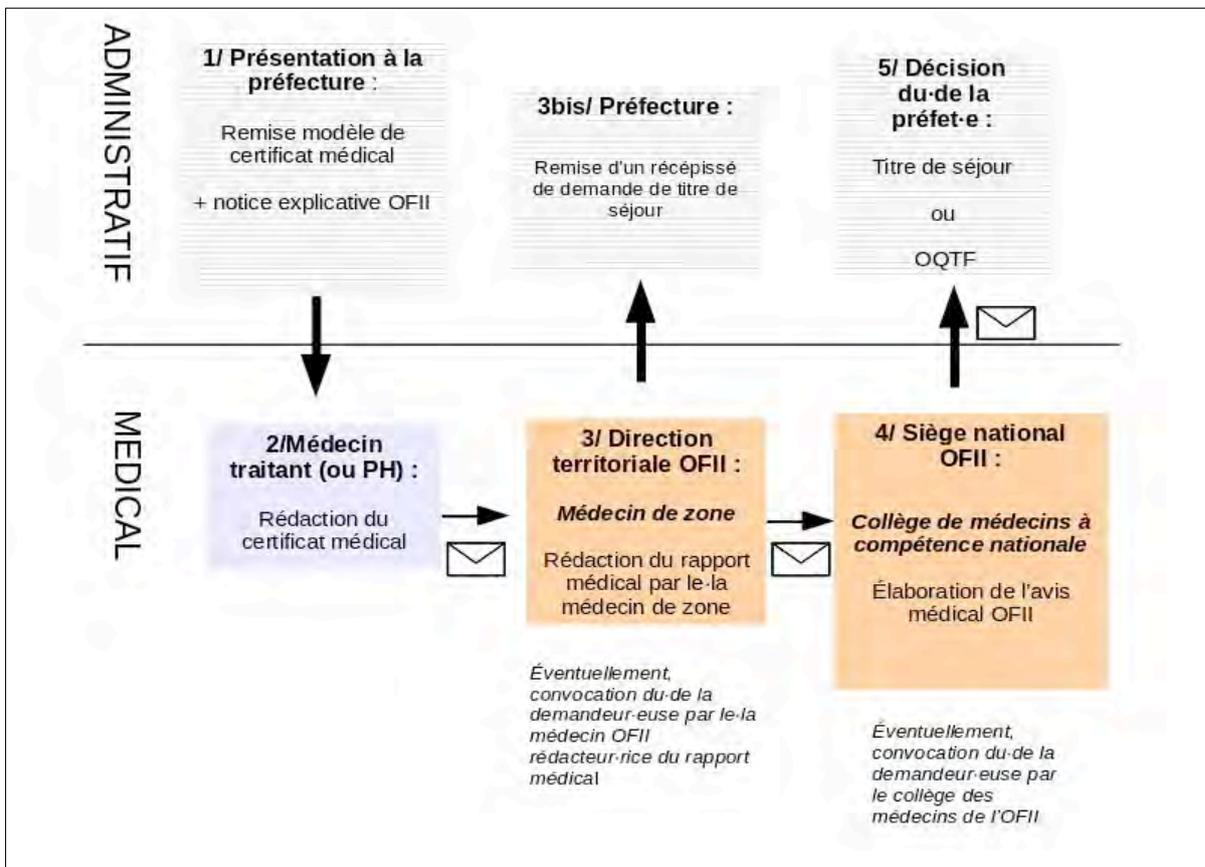


Figure 1 : Démarches administratives et médicales pour la demande de DASRM

INTRODUCTION

En France, le droit au séjour pour raison médicale (DASRM) permet d'accéder à un titre de séjour à trois conditions : un **état de santé nécessitant une prise en charge médicale**, des conséquences d'une « **exceptionnelle gravité** » en cas de **défaut de cette prise en charge** et le **défaut d'accès effectif à cette prise en charge** dans le pays d'origine (article L.313-11 11° du CESEDA). En 2017, **42 913 personnes** ont déposé une demande de DASRM (41,7 % de premières demandes, 57,3 % de renouvellements). Sur les dossiers ayant un avis à la date de l'élaboration des statistiques, **52,7% ont reçu un avis favorable**.

La procédure de DASRM présente la singularité de faire intervenir des médecins dans le processus de décision préfectorale. Le-la médecin qui suit habituellement la personne (ou le-la praticien-ne hospitalier-ère) a un rôle particulier dans cette démarche, à la frontière entre le médical et l'administratif : son **certificat médical est indispensable pour la demande de DASRM**.

Les demandeur-euse-s du DASRM cumulent plusieurs facteurs de **vulnérabilité** : **être malade** d'une pathologie potentiellement grave et **être migrant-e**. Le terme migrant-e est employé au sens de migrant-e international-e, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. La migration constitue une situation de rupture qui amène de nombreuses difficultés : obstacle linguistique, difficultés de compréhension du fonctionnement du pays d'accueil et de son système de soin, difficultés de communication avec les professionnel-le-s de santé en lien avec des représentations et expressions de la maladie différentes. Certain-e-s migrant-e-s peuvent présenter une fragilité psychologique et/ou physique liée à des situations de violences vécues dans le pays d'origine. Cette vulnérabilité liée à la migration est souvent renforcée par des discriminations dans l'accès aux soins et par une précarité sociale (niveau de vie inférieur de 26 % , revenus inférieurs de 32 % , taux de chômage plus haut, conditions de logement moins favorables que le reste de la population française) (3).

À ces vulnérabilités s'ajoute le **caractère temporaire du titre de séjour**. Chaque demande de renouvellement peut mener à un refus, synonyme d'obligation de quitter le territoire français (OQTF) et de rupture consécutive de droits précédemment obtenus (accès à l'hébergement, accès au travail, accès à la CMUc...).

La relation entre les professionnel-le-s de santé et des demandeur-euse-s de DASRM serait marquée par des spécificités en lien avec l'intrication entre l'administratif et le médical, et la situation de vulnérabilité et de précarité des demandeur-euse-s`. Comment ces

spécificités dans la relation de soin se traduisent-elles pour les demandeur-euse-s de DASRM ?

Au 1^{er} janvier 2018, aucune étude dans la littérature consultée par les chercheuses ne répond à cette question. Certaines études concernent le vécu des personnes migrantes en général (4,5).

L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu des demandeur-euse-s du DASRM de leurs relations avec les professionnel-le-s de santé. Une application de ce travail serait d'identifier les éléments permettant d'accueillir et d'accompagner au mieux les demandeur-euse-s du DASRM, en tant que professionnel-le-s de santé.

MÉTHODE

I. Choix de la méthode qualitative

Explorer le vécu des demandeur-euse-s du DASRM à travers l'analyse de leur discours paraissait le plus pertinent pour le recueil de données des ressentis, des points de vues, et un accès aux subjectivités des personnes.

La méthode était celle d'une enquête exploratoire. Cette démarche permettait d'explorer les émotions, les sentiments des interviewé-e-s ainsi que les difficultés rencontrées avec les professionnel-le-s de santé dans le parcours de demande de DASRM. Cette méthode permettait également de faire ressortir des opinions et des critiques concernant la relation avec les soignant-e-s et l'accueil dans les lieux de soin.

L'entretien individuel a été privilégié, permettant aux personnes interrogées de parler librement, avec la garantie d'un anonymat. Le focus groupe ne semblait pas adapté à notre recherche du fait de la particulière vulnérabilité des personnes qui, en plus de leur santé, étaient amenées à parler de leur situation administrative.

Les chercheuses ont participé à l'ensemble des ateliers organisés par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse pour se former à la recherche qualitative, adaptée à la thèse d'exercice en Médecine Générale.

II. Commission d'éthique et consentement

L'avis favorable de la Commission d'Éthique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées [annexe IV] a été obtenu suite à la soumission de la description du protocole de recherche, du guide d'entretien et du formulaire de consentement et d'information qui était donné aux interviewé-e-s à chaque entretien.

Les entretiens ont été réalisés après signature du formulaire de consentement [annexe V] expliqué oralement et traduit par interprète lorsque cela était nécessaire. L'enregistrement audio a été réalisé avec un dictaphone Olympus® après accord de l'interviewé-e. Les données étaient partagées entre les chercheuses via un logiciel crypté (Zaclys Nextcloud Chiffré®).

III. Recherche bibliographique

Des recherches bibliographiques ont été réalisées lors de l'élaboration de la question de recherche afin de mieux comprendre le contexte historique, l'évolution politique et les démarches administratives à effectuer pour une demande de DASRM. De nouvelles

recherches ont été effectuées lors de la réalisation et de l'analyse des entretiens, puis lors de l'analyse thématique lorsque de nouvelles données apparaissaient.

Les chercheuses ont participé à un atelier d'aide à la recherche bibliographique proposé par la bibliothèque de l'Université Paul Sabatier. Plusieurs bases de données ont été consultées : PubMed, CisMef, Google Scholar, SUDOC, BDSP, CAIRN, Persée. L'équation de recherche utilisée était (étranger malade) OU (droit au séjour pour raison médicale) OU (droit au séjour pour soins) OU (migrant*) ET (soin*) OU (personnel de santé).

IV. Situation des chercheuses

Les chercheuses, internes en médecine générale, ont participé au Groupe d'Internes pour la Santé des Immigré-e-s (GIPSI) à la Case de Santé¹ à Toulouse. Ce groupe permet d'assurer des consultations d'accompagnement et de conseils dans l'accès au DASRM. Ces consultations les ont amenées à s'interroger sur leur place en tant que professionnelles de santé dans l'accueil et l'accompagnement de ces personnes souvent en situation de grande vulnérabilité.

Un travail de réflexivité, notamment sur leur posture, a été réalisé tout au long de la recherche. Un carnet de bord permettait de tracer les différentes étapes de cette réflexion.

V. Le guide d'entretien

a. Élaboration du guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien, élaboré après des recherches bibliographiques sur la méthode et le sujet. Le guide d'entretien a été testé par les deux chercheuses avec une personne travaillant à la Case de Santé et connaissant le public des personnes demandeuses de DASRM.

b. Évolution du guide d'entretien

Les chercheuses ont choisi de débiter les entretiens en interrogeant les demandeur-euse-s sur la consultation de remise du certificat médical pour le DASRM car elle illustre la spécificité de cette relation soignant-e-soigné-e, entre le médical et l'administratif. À la suite des premiers entretiens, une autocritique du guide d'entretien a été réalisée par les chercheuses et la directrice de thèse puis avec Annalisa LENDARO, chercheuse en sociologie politique au CNRS. Une reformulation de questions a favorisé la compréhension

1. La Case de Santé est un centre de santé pluridisciplinaire de premier recours, toulousain, ouvert à tou-te-s. Son projet vise à lutter contre les inégalités sociales de santé. Son activité s'organise en 4 pôles : soins primaires, accueil et accès aux soins, prévention sociale et médicale, promotion de la santé. Elle accueille, conseille et accompagne dans l'accès aux droits les personnes malades étrangères. En 2015, elle a accompagné 539 personnes concernées par une demande de DASRM sur environ 1000 demandes sur le département

des personnes interviewé-e-s. Tout au long de la recherche, le guide d'entretien a été revu en fonction des résultats des entretiens [annexes VI et VII].

VI. Réalisation de l'échantillonnage

La population comprenait des personnes concernées par le DASRM : malade étranger-ère, ou accompagnant-e d'adulte étranger-ère malade, ou accompagnant-e d'enfant étranger-ère malade.

Les chercheuses ont d'abord rencontré des travailleur-euse-s de la Case de Santé, centre de santé qui accompagne des personnes demandeuses de DASRM, afin de présenter leur travail de recherche. Une chercheuse s'est rendue à une réunion du Collectif Étranger-e-s Malades² de la Case de Santé à Toulouse pour se présenter et expliquer le travail de recherche et ses modalités. Cette rencontre a permis de créer un lien de confiance et de commencer par interroger les personnes volontaires.

Le choix des personnes à interroger a émergé après ces premiers entretiens afin de varier les profils. Divers lieux de soin (ambulatoires, hospitaliers) et associations qui accompagnaient des demandeur-euse-s de DASRM ont été contactés à Toulouse : Collectif Étranger-e-s Malade de la Case de santé, Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), Services des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT), Service de médecine légale, CSAPA, association La Cimade, Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT Samarie et La clef), association Griselidis et collectif Autonomie ; et en Ariège : PASS Ariège, Ligue Des Droits de l'Homme Ariège, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile de Carla-Bayle, et des médecins généralistes de Toulouse et en Ariège.

VII. Réalisation des entretiens

La majorité des entretiens a été effectuée en présence d'une seule des chercheuses qui se présentait comme étudiante-chercheuse menant une enquête dans l'objectif de faciliter l'accompagnement des demandeur-euse-s DASRM. Elle précisait qu'elle était étudiante en médecine lorsque la question lui était posée. Les chercheuses avaient le souci de réaliser leurs entretiens dans un lieu discret et, dans la mesure du possible, dans un lieu non médical.

Lorsque l'interviewé-e n'était pas francophone, un-e interprète était sollicité-e. Cet-te interprète pouvait être un-e interprète professionnel-le par téléphone (Inter-Service Migrant

2. Le Collectif Etranger-e-s Malades regroupe, au sein de la Case de Santé, des personnes concernées par le DASRM. Il a été créé en 2012 dans l'objectif de visibiliser leur situation et témoigner, sensibiliser le public sur les conséquences de la réforme du DASRM de juin 2011, participer aux activités du Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Étrangers, mettre en place une permanence dans les locaux de la Case de Santé pour accueillir des personnes malades étrangères, les informer, les orienter et pour créer les solidarités(6). Il se réunit une fois par semaine, avec la présence d'un-e médiateur-riche en santé de la Case de Santé concernée par le DASRM.

Interprétariat) ou un-e proche³. Les chercheuses prenaient le temps d'expliquer leur indépendance vis-à-vis de la procédure et de son résultat, vis-à-vis des démarches administratives, et leur absence d'intervention dans le parcours de soin des personnes interviewées.

La lecture d'ouvrages de sociologie (7,8) a permis d'approfondir les stratégies d'écoute et d'intervention lors de l'entretien semi-dirigé.

VIII. Recueil des données, analyse longitudinale et retranscription des entretiens

À la suite de chaque entretien, une analyse longitudinale a été effectuée par les chercheuses. Les entretiens étaient retranscrits fidèlement et en totalité à partir des enregistrements audios, dans les jours suivant l'entretien. Le non-verbal était retranscrit grâce aux notes prises pendant l'entretien et au ressenti de la chercheuse ayant mené l'entretien. Les éléments de contexte de l'entretien étaient mentionnés au début et/ou à la fin de la retranscription [annexe VIII].

Les données étaient rendues anonymes, avec mise en place d'un code chiffre ou lettre pour les noms des personnes interrogées, ainsi que pour les personnes et les lieux cités.

IX. Analyse des données : traduction du corpus en codes et analyse thématique

La première étape de l'analyse consistait à découper l'entretien en unités de sens (verbatim) et à leur attribuer un code, permettant de reformuler l'intégralité du verbatim en tenant compte du contexte. Les entretiens étaient analysés séparément par les chercheuses puis une mise en commun était effectuée. Des avis réguliers auprès de la directrice de recherche étaient demandés.

Les codes étaient ensuite regroupés en catégories et sous-catégories conceptuelles en utilisant LibreOffice Calc® [annexe IX]. Lorsque les chercheuses ont eu un sentiment subjectif d'arriver à saturation des données lié au fait que les derniers entretiens n'apportaient aucune nouvelle catégorie, des entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette hypothèse.

3. Dans des recommandations de 2017, la HAS considère que seul le recours à un-e interprète professionnel-le permet de garantir aux usager-ère-s les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et aux professionnel-le-s les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du-de la patient-e et du secret médical.

Afin de discuter les résultats, l'avis de personnes « expertes » en DASRM a été sollicité : le Collectif Étranger-e-s Malades, Dr N. YAJJOU, médecin généraliste à la Case de Santé participant à l'accompagnement des demandeur-euse-s de DASRM, Dre B. GAUDILLIERE, médecin généraliste ayant travaillé au COMEDE et à la Case de Santé, Dr N. VELUT, psychiatre à l'Équipe Mobile de Psychiatrie et Précarité à Toulouse, Dre A. LENDARO, chercheuse en sociologie politique au CNRS sur les politiques migratoires et leurs effets sur les migrant-e-s, M. C. MORISSE, président de la LDH Ariège, qui accompagne les demandeur-euse-s dans leurs démarches administratives.

RESULTATS

I. Population étudiée

a. Déroulé des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 9 mars 2018 et le 6 décembre 2018. Les interviewé-e-s ont été recruté-e-s par le biais du Collectif Étranger-e-s Malades de la Case de Santé à Toulouse, de la Ligue des Droit de l'Homme Ariège, du service de médecine légale du CHU de Toulouse, du CLAT de Toulouse et de proche en proche.

Deux entretiens ont été réalisés en présence du-de la conjoint-e. Un entretien a été traduit par une interprète professionnelle par téléphone, un autre par un ami de l'interviewé, par téléphone. Les autres personnes étaient francophones. Elles avaient effectué au moins une demande DASRM, en cours d'obtention, obtenue ou refusée.

Un entretien a été réalisé Centre Rétention Administrative de Cornebarrieu. À son issue, les chercheuses ont questionné l'impact de la situation d'enfermement sur la parole de la personne interviewée ainsi que le caractère éthique ou non de cette situation : la situation de la personne lui permettait-elle de consentir librement à participer à l'étude ? Nous avons choisi de conserver cet entretien pour notre recherche du fait de la richesse de son discours mais de ne pas recruter d'autres personnes en situation d'enfermement.

Lors d'un entretien réalisé en lieu ouvert, un-e interviewé-e parlait à demi voix de peur que les personnes se trouvant à proximité ne l'entendent. Cette précaution témoigne de la peur liée à la situation irrégulière

b. Nombre, durée des entretiens et description de la population

Au total, 14 personnes ont été interviewées, dont 7 femmes et 7 hommes, âgé-e-s de 27 à 75 ans, d'origines diverses [annexe X]. Les pathologies pour lesquelles était demandé le DASRM étaient variées (psychopathologie, maladies infectieuses, maladies endocriniennes et métaboliques, maladies de l'appareil circulatoire, maladies urinaires, maladies neurologiques). La moitié des personnes interviewé-e-s faisait partie du Collectif Étranger-e-s Malades. Douze personnes bénéficiaient d'un accompagnement social associatif. Les situations des personnes interviewées couvraient l'ensemble des situations possibles pour une demande de DASRM : malade étranger-ère, accompagnant-e d'adulte malade étranger-ère, accompagnant-e d'enfant malade étranger-ère.

Les entretiens ont duré entre 25 minutes et 1 heure 40 minutes, la moyenne était de 46 minutes. Suite à un échec d'enregistrement, un entretien a été retranscrit selon les

souvenirs et les notes de la chercheuse le jour-même de l'entretien. Les chercheuses ont effectué un premier entretien ensemble, les autres séparément.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors du recrutement :

- Les professionnel-le-s de santé ou les associations pouvaient avoir des difficultés à contacter les demandeur-euse-s et à leur expliquer l'objet de l'étude en lien avec l'absence de coordonnées fixes et la barrière de la langue.
- La barrière de la langue ne permettait pas toujours d'expliquer clairement l'objet du rendez-vous qui était donné pour l'entretien.
- Deux personnes auxquelles un médecin avait expliqué l'étude et qui étaient d'accord pour répondre à nos questions ne répondaient plus à l'appel téléphonique à la deuxième prise de contact. L'une d'entre elles avait exprimé la peur d'un contrôle d'identité lors du déplacement, cette dernière ayant une OQTF.

La description de la grande précarité des demandeur-euse-s et du parcours du-de la combattant-e que représente la demande de DASRM semble nécessaire pour analyser la relation de soin.

II. Le contexte de grande précarité décrit par les demandeur-euse-s

Bien que ne faisant pas partie des questions posées, le récit, par les personnes interviewées, de leur parcours de migration et de demande de DASRM semblait incontournable en début d'entretien et s'inscrivait dans un contexte de **grande précarité**⁴.

a. La détresse au départ du pays d'origine

La venue en France pouvait être consécutive à l'état de santé mais parfois la maladie était découverte en France. **Des violences subies dans le pays d'origine pouvaient générer une importante souffrance psychique, qui se retrouvait dans les consultations médicales** en France : « Traductrice : il dit que chaque fois qu'il parle [au psychiatre] il se rappelle de tout ce qui s'est passé et qu'il est très stressé, et qu'il pleure, il peut pas s'empêcher et souvent donc il veut pas y penser en fait » E11. Le départ, synonyme de **séparation des proches**, avait pu se faire dans la détresse et représentait pour certain-e-s l'abandon d'une « vie confortable » pour « vivre une galère. » E1

4. Le Haut Comité de Santé Publique, dans un rapport de 1998 sur « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » reprend la définition du Père Wresinski pour définir la précarité comme « *un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* ».

Nombreux étaient les **espoirs** des interviewé-e-s vis-à-vis de la France et de son système de soin, en particulier pour leur santé. La vie en France amenait aussi son lot de **désillusions**, par rapport à l'efficacité de la prise en charge médicale, ou au système français « **Déçue** du système que je croyais un système qui défendait les plus faibles, qui défendait les plus fragiles etc. [...] c'était une période très difficile [...] je ne retrouvais pas la France dont j'entendais parler de loin... j'étais très déçue » E1.

b. Perdu-e dans un pays inconnu avec perte de multiples sécurités

L'arrivée en France, pays étranger au fonctionnement inconnu, à la langue parfois mal comprise, était souvent accompagnée d'une **période d'errance**. « Tu marches, tu marches et tu sais pas. » E3. Cette errance se traduisait par un temps important passé à essayer de **comprendre le système** : « Quand tu connais pas la ville, tu connais pas les endroits, tu commences à te familiariser avec les choses, avec euh, voilà, c'est un autre système, c'est différent de là où je viens, du coup, ça nous prend du temps même si tu parles français même tu comprends, c'est difficile... se rajoute la barrière de langue. » E1. **L'isolement** était récurrent, et la « débrouille » E1-E4 nécessaire pour s'en sortir.

Le quotidien des interviewé-e-s était compliqué de **nombreuses « galères »** E1-E2-E5-E13, s'ajoutant à celles liées à la maladie. Les ressources financières manquaient. Trouver un travail était délicat, du fait de l'état de santé ou de l'irrégularité. Il fallait aussi se loger. **L'irrégularité** rendait dangereux les déplacements, certain-e-s avaient connu des périodes d'enfermement. « Tu vis clandestinement, tu ne sais pas à quel moment... on ne sait jamais si y'a un... un contrôle vulgaire comme ça, on t'attrape... » E4.

Ces conditions faisaient **obstacle à l'accès aux droits** et à l'évolution vers une meilleure situation. Elles rendaient vaines les **projections vers l'avenir**. « Vous comprenez que quand vous êtes pris dans ce genre de spirale, c'est difficile de vous projeter, [...] E13 Même quand les personnes étaient régularisées, le **caractère temporaire du titre de séjour** entretenait l'instabilité et générait un stress permanent, avec la peur de ne plus pouvoir se traiter en cas de retour dans le pays d'origine, de la fatigue, et le **sentiment de « repartir à zéro »** E14 **à chaque nouvelle demande** . « cette inquiétude-là, c'est que des fois ils peuvent te régulariser comme ça, après [...] ils vont te dire que : vous êtes guéri-e maintenant madame ou monsieur, retournez chez vous. » E4

c. Les obstacles à l'accès aux soins

La situation de précarité compliquait l'accès aux soins : retard d'ouverture des droits à la protection maladie ; difficultés pour se rendre sur les lieux de soin ; impossibilité de choisir le lieu de soin en raison de l'isolement géographique et de l'absence de moyen de transport ; consultations dans les services d'urgences à défaut de pouvoir se rendre chez

un-e médecin généraliste ; impossibilité d'avoir un suivi médical prolongé en lien avec des déménagements répétés ; multiplication des déplacements en raison de la barrière de la langue et de l'impossibilité de prendre rendez-vous par téléphone ; ruptures de soins dues au fait de prioriser le travail sur les soins, ou lors de périodes d'enfermement ; ruptures de soin en lien avec leur coût financier. « Y'avait une facture exorbitante à payer. [...] La directrice ou la comptable,[...] elle est même allée à la chambre de mon mari qui était encore hospitalisé, encore sous l'effet des médicaments. [...] Pour lui dire de rembourser ou bien de quitter l'hôpital. [...] Pour interrompre les soins et tout qui étaient encore en cours. » E1.

d. La procédure de DASRM : un « calvaire » supplémentaire

La **durée longue** des démarches était relatée à plusieurs étapes de la procédure de demande de DASRM et décrite comme « un calvaire » E13 : délai avant la remise du certificat par le-la médecin, délai avant la réponse de la préfecture, multiplication des récépissés avant délivrance du titre de séjour.

L'**attente de la réponse de l'OFII** générait un **stress** parfois responsable d'« insomnies », d'hypertension, de douleurs. « Parce que des fois quand j'ai stressé ou qu'j'suis pas bien, j'ai une douleur, j'ai du mal le respire » E5. La demande de DASRM, avec ses deux volets, administratif et médical, était décrite comme **complexe** : « On a commencé à se familiariser avec les mots, avec les termes, avec la procédure, qu'on connaissait pas, [...] j'ai appris avec le temps, je connaissais pas du tout » E1. Les interviewé-e-s, **préoccupé-e-s par leur santé, avaient peu de disponibilité** pour effectuer ces démarches : « quand on est dans l'urgence on recherche pas, on est focalisé sur les soins, sur voilà, l'avenir. » E1. L'obtention du certificat médical obligeait certain-e-s à **multiplier les consultations médicales**.

Le **manque de ressources financières** était cité plusieurs fois comme obstacle direct à la demande de DASRM, en raison du **coût de la procédure** elle-même ou du dépassement d'honoraires demandé par le-la médecin agréé-e⁵ pour la rédaction du certificat.

La procédure était décrite par les interviewé-e-s comme **opaque**, avec des **critères imprécis ou arbitraires**. La réponse à la demande de DASRM paraissait **variable d'une année à l'autre** pour une même personne alors qu'elle était toujours malade, et **variable d'un-e patient-e à l'autre**, pour une même maladie, ce qui pouvait générer une **incompréhension** sur les critères d'exceptionnelle gravité. Une **incohérence et une incompréhension** étaient exprimées sur le fait que la décision finale relève d'une personne **qui n'était pas médecin** - le-la préfet-ète – et qui parfois « **contredit** » la parole du-de la

5 C'était un-e médecin agréé-e qui devait remplir le certificat lors de l'ancienne procédure, avant la réforme de 2016 [cf Pré-requis].

médecin. Les demandeur-euse-s s'interrogeaient sur les **critères de convocation au service médical de l'OFII**.

Des interviewé-e-s avaient l'impression que l'obtention d'un avis médical favorable était **de plus en plus rare et difficile**, surtout depuis que les dossiers étaient évalués par le-la médecin de l'OFII et non plus de l'ARS. Un refus de DASRM pour une maladie grave générait une **indignation**, « Même le sida ils donnent plus ! » E4 et une incompréhension chez des personnes qui avaient souvent l'impression d'être très malades « Hépatite, diabète catastrophique ! » E11

III. Une expertise empirique du-de la patient-e en contraste avec la méconnaissance des médecins de la procédure de DASRM

La complexité de la demande de DASRM était retrouvée lors des consultations médicales, notamment à travers la demande du certificat médical. La méconnaissance de la procédure et l'incompréhension de ses enjeux par les médecins constituaient de nouveaux obstacles dans le « parcours du combattant » E1 des demandeur-euse-s. Ces dernier-ère-s identifiaient des facteurs susceptibles d'améliorer la qualité du certificat médical lors de sa rédaction par les médecins.

a. Méconnaissance de la procédure par les médecins

La procédure de demande de DASRM était souvent méconnue des médecins, et le **décali avant la découverte** de l'existence du DASRM était décrit comme long. Lorsqu'il-elle-s connaissaient son existence, selon les participant-e-s, les médecins ne semblaient **pas formé-e-s pour pouvoir réaliser un certificat de qualité**. « Les médecins, aussi, peuvent pas deviner que telle prise en charge n'existe pas dans un pays où...ils sont pas formés à ça! » E1. Cette méconnaissance pouvait entraîner une **gêne pour l'usager-ère lors de la demande du certificat médical**, de la **méfiance et un détachement** de la part du-de la médecin « *Soupir*. Ils étaient un peu méfiants j'peux pas t'cacher il a dit... pfff j'peux rien faire, pour moi j'peux t'soigner mais... par rapport aux papiers c'est heu... moi j'peux rien faire, faut j'te fasse le certificat médical, après t'fais tes démarches... » E5.

b. Incompréhension des enjeux du certificat par les médecins

- Une simple formalité pour les médecins

Certaines personnes avaient l'impression que les médecins intervenant dans la procédure n'étaient **pas conscient-e-s de ses enjeux**, et que le certificat n'était pour elles-eux qu'une **simple formalité**. «*[parlant du-de la médecin rédigeant le certificat]* : Quand

tu fais un rapport médical, vraiment tu, tu réfléchis pas aux conséquences de ce que va être un avis négatif » E1

- Un enjeu de vie ou de mort pour les demandeur-euse-s.

L'idée d'un retour dans le pays d'origine générerait une **anxiété, une peur intense**, un stress, « Quand on a une maladie grave comme ça, si on a un refus, ça veut dire la mort. Plus de médicament, c'est la mort. » E2. Ce **danger ressenti en cas de retour** dans le pays d'origine était expliqué par la **gravité ressentie de l'état de santé** ; l'impossibilité de payer les soins dans le pays d'origine ; des connaissances médicales moindres et l'indisponibilité ou l'irrégulière disponibilité des traitements médicamenteux dans le pays d'origine. Le manque de médecins ou leur accès géographique difficile et l'absence de prise en charge paramédicale ou encore les conflits politiques participaient à la peur ressentie. Les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine pouvaient avoir généré des **souffrances psychiques ou physiques**.

Des personnes disaient **prioriser leur santé par rapport à leur régularisation**. « c'est pas **pour** le papier, la priorité n'est pas le papier ». E4. Une **forte détermination** à obtenir le DASRM était exprimée. Les **demandes** de DASRM étaient déposées de façon **répétée, malgré les refus**. « J'veais pas lâcher, jusqu'à la fin, je lâche pas » E5

c. Des critères identifiés comme favorables pour la rédaction du certificat médical.

- L'importance de la formulation et le choix des mots

Au vu des enjeux du certificat et des difficultés d'obtention, les interviewé-e-s soulignaient l'importance du **choix des mots** et de la **formulation** pour sa rédaction, considérant qu'il ne suffisait pas de détailler la pathologie. « même si tu détailles [le certificat] ... c'est tout... c'est tout un travail ! Comment dire..? C'est tout un travail pour un médecin... c'est pas quelque chose de vraiment donné. » E1. Lorsque les médecins **connaissaient la procédure et ses enjeux**, il-elle-s prenaient **le temps de rédiger** consciencieusement un dossier médical de **qualité**. Des demandeur-euse-s avaient recours à La Case de Santé, pour la rédaction du certificat, même lorsque leur médecin traitant-e n'était pas au centre de santé. Une personne avait été orientée vers la Case de Santé par le-la médecin spécialiste pour la rédaction du certificat.

- La bonne connaissance du-de la patient-e

La **bonne connaissance par le-la médecin** du-de la demandeur-euse de DASRM était perçue comme **favorable à l'obtention** du titre de séjour car elle permettait de bien

rédiger le certificat médical, surtout lorsqu'il-elle-s se connaissaient depuis longtemps. Une personne trouvait « plus logique » E1 le fait qu'avec la nouvelle procédure, le certificat médical puisse être rédigé par le-la **médecin qui suit la personne** et non par un-e médecin agréé-e. Lors de l'ancienne procédure, le-la **médecin agréé-e** contactait parfois les médecins effectuant le suivi du-de la patient-e pour « **argumenter** » E1 le dossier et le rendre **plus solide**, ou encore recopiait un certificat rédigé au préalable par le-la médecin traitant-e qui connaissait bien le-la patient-e. Il arrivait également que le-la médecin de la préfecture contacte le-la médecin traitant-e pour avoir des précisions. « même la préfecture ils ont contacté le médecin » E5.

- **La connaissance des critères de la procédure DASRM**

Un-e médecin qui connaissait bien les critères du DASRM et les enjeux du certificat médical était décrit comme **plus apte à rédiger un certificat de qualité**. Des médecins connaissant bien la procédure pouvaient également « pré préparer » le certificat, s'il-elle-s n'en n'étaient pas le-la rédacteur-ricer officiel-le, pour le-la médecin qui allait le rédiger, en détaillant des problèmes de disponibilité du traitement dans le pays d'origine. « Le médecin, [...] il sait comment ça se passe et du coup il a pré-préparé on va dire le rapport médical pour qu'il soit plus clair pour le médecin qui va le recevoir, lui dire : ah, il a tel problème, par rapport aux disponibilités il a pas eu une prise en charge dans son pays, ce qu'il a fait qui, voilà, il a eu tel problème, aggravation de son état de santé et cetera. » E1

- **Le temps nécessaire à la rédaction**

Le temps nécessaire à la rédaction d'un certificat de qualité revenait souvent chez les interviewé-e-s, « **c'est pas une consultation en 10 minutes que ça va suffire** » E1. «Le docteur X l'a rempli, il a vraiment pris le temps de bien le ficeler. [...] il n'a pas rempli à la hâte, il a pris le temps de le remplir avec tous les soins de... pour que le dossier ... pour qu'il n'y ait pas d'erreur. **Ça n'a pas été fait avec légèreté.** » E13

IV. Importance accordée à l'accueil et à une relation prenant en compte la globalité du-de la patient-e

Dans ce contexte de difficultés multiples, si les demandeur-euse-s attendaient du-de la médecin qu'il-elle soulage ses symptômes, il-elle-s accordaient une importance particulière à la qualité de l'accueil dans les lieux de soin.

a. La qualité de l'accueil

La **convivialité** dans le lieu de soin, les « bonjour », semblaient être des éléments importants de l'accueil « Et j'ai été accueilli je me suis senti comme chez moi » E13, surtout

lorsque la personne était malade, « fatiguée » et se faisait du « souci pour sa santé ». « D'avoir le sourire, d'avoir un bon accueil, vous êtes déjà... soulagé » E4. Un ressenti de mauvais accueil pouvait générer un **sentiment d'indifférence** désagréable.

L'explication du fonctionnement de la structure de soins contribuait à ce que les personnes se sentent à l'aise pour exprimer leurs problèmes de santé.

La **prise de rendez-vous** médicaux semblait plus facile lorsque le **rendez-vous était donné par le-la médecin pendant la consultation** pour la fois suivante, ou par un-e infirmier-ère référent-e, et lorsqu'il était possible de modifier les heures, de consulter facilement en cas d'urgence. Certain-e-s préféraient avoir des consultations « sans rendez-vous », d'autres non.

Le recours à l'interprétariat professionnel permettait une bonne compréhension entre le-la médecin et le-la patient-e. La traduction pouvait aussi être réalisée par un-e **membre de la famille**, présent-e à la consultation ou par téléphone. Parfois l'interprète n'était demandé qu'aux premières consultations pour comprendre le problème médical. La **langue anglaise** pouvait également être utilisée pour communiquer. **En l'absence d'interprétariat**, les interviewé-e-s exprimaient des **difficultés à comprendre** les questions administratives ou **médicales** avec les soignant-e-s. « Ah ça, ça été très difficile ! Alors moi, je parle anglais. Avec les docteurs qui parlaient anglais ça s'est bien passé. Après avec les docteurs qui parlaient pas anglais, ça été difficile... » E6 Lorsque le-la patient-e parlait un peu le français, **parler « doucement doucement »** E9 **avec des mots simples** facilitait la compréhension des paroles des professionnel-le-s.

Pour certaine-s, l'importance accordée à l'accueil par les professionnel-le-s de santé était **secondaire par rapport aux problèmes de régularisation**.

b. Importance d'une relation bienveillante et à l'écoute

Les attentes vis-à-vis des professionnel-le-s de santé abordaient la qualité de la **relation humaine** : l'importance d'être **soutenu-e-s, compris-e-s et non jugé-e-s**, par l'ensemble de l'équipe médicale. Une bonne relation avec les soignant-e-s pouvait être considérée comme « **une chance** » E6.

Le besoin d'être soutenu-e-s par l'équipe médicale, notamment lors d'un événement aigu était exprimé par les interviewé-e-s et par les accompagnant-e-s du-de la malade. Le soutien semblait aussi important que la prise en charge médicale « Les médecins ils m'aident pour les médicaments, pour la maladie, oui. Mais pas le soutien moral. [...] Ce qui me manque le plus c'est le soutien moral. » E2

La **disponibilité** des soignant-e-s, avec un temps de consultation suffisant, semblait primordiale pour **une bonne écoute**. *[En parlant de son médecin]* : « Mais lui vous pouvez

faire même deux heures de temps ou trois heures. Il est là, il vous écoute. Et moi je trouve que c'est bien. » E14. **Une consultation courte** générait un sentiment de **manque d'écoute** : « elle reçoit les malades vite vite ou bien n'écoute même pas la malade et elle fait « bon ça suffit ! Allez-y... » » E3, et parfois un **report de délivrance de documents**. Certain-e-s évoquaient le « **besoin de parler** », **lié à la solitude et à l'isolement**.

Les explications sur la pathologie permettaient une bonne compréhension de l'état de santé et du traitement, **favorisant l'observance**. « Elle m'avait donné quelques interdits, des choses que je ne devais pas prendre pendant le traitement, ce que j'ai scrupuleusement respecté. » E13. Une mauvaise communication entre le-la médecin et la personne avait été à l'origine d'incompréhensions ou de quiproquos sur le traitement.

Lorsque le-la médecin avait voyagé dans le pays du-de la malade, cela pouvait favoriser la **compréhension des conséquences du problème médical sur la vie sociale dans le pays d'origine**. « Il me comprend bien. [...] Il a dit : « moi aussi j'étais en Afrique [...] Les cas pareils les hommes fuient leur femme. ». J'ai dit : c'est aussi mon cas. [...] Les hommes fuient la femme qui a ces problèmes-là. [...] On s'est séparé à cause de cette maladie. » E3

Pour certain-e-s, le strict respect de la **déontologie** et du secret médical était important. La relation pouvait être qualifiée d' « **humaniste** » lorsqu'un ensemble de qualités étaient réunies, « Ils me traitaient avec humanisme[...] ils étaient à l'écoute, lorsqu'ils me disaient heu, la conduite à tenir, lorsqu'ils me faisaient les comptes rendus des résultats qu'ils avaient, c'était un discours posé et convainquant. Ils disaient : "écoutez, votre foie n'est pas abîmé [...] ça c'est dû au fait que vous avez une bonne hygiène de vie, vous ne fumez pas, vous ne buvez pas d'alcool, et c'est des facteurs qui aggravent, donc vous vous préservez bien, et c'est bien pour vous." » E13

c. Intérêt pour la situation administrative

Il semblait important que les soignant-e-s soient portés de l'**intérêt aux problèmes de régularisation** des interviewé-e-s, sans pour autant les considérer « comme quelqu'un qui vit dans la clandestinité de prime abord. » E13. Cet intérêt était décrit comme **moralement soutenant**. Certain-e-s ne ressentaient pas le besoin d'en parler avec tou-te-s les spécialistes lorsque le-la médecin traitant-e était au courant.

Le fait d'avoir pu exprimer son parcours au médecin favorisait une **orientation vers des professionnel-le-s adapté-e-s à la situation socio-administrative ou juridique**.

L'explication de la situation administrative pouvait également permettre un **changement de comportement** d'un-e médecin « Après [un comportement raciste lors du premier rendez-vous avec le médecin] après, j'ai vu, le deuxième rendez-vous que j'ai eu

avec lui, ça changeait totalement. Parce que le président de cette association, il a parlé avec le docteur, expliqué la situation » E6.

d. Une satisfaction globale vis-à-vis des professionnel-le-s de santé exprimée en comparaison avec le pays d'origine

Si certain-e-s des demandeur-euse-s exprimaient une satisfaction de la relation avec les professionnel-le-s de santé, celle-ci était souvent exprimée de façon relative **en comparaison avec le vécu difficile des soins** dans le pays d'origine. La satisfaction des soins en France concernait alors l'**accès aux médicaments et de façon régulière** ou la **quantité d'examens complémentaires** réalisés. L'**accès aux soins paramédicaux** comme la kinésithérapie ou l'orthophonie, souvent non réalisables dans le pays d'origine, la **continuité**, la **coordination** des soins et la **communication** entre les différent-e-s médecins participaient à la satisfaction.

Peu de critiques concernant leur parcours avec les professionnel-le-s de santé en France étaient faites chez des personnes interviewées ayant des problèmes de régularisation et une situation de grande précarité.

V. Entre investissement et contrôle : l'impression que les professionnel-le-s de santé sortent de leur rôle

Les personnes interviewé-e-s décrivaient chez les professionnel-le-s de santé impliqué-e-s dans la demande de DASRM, des sorties de leur rôle de soignant-e-s. Pour certain-e-s, il était décrit une attitude de contrôle, et pour d'autres, un soutien se traduisant par un fort investissement dans leur situation médico-administrative.

a. Un sentiment de suspicion déshumanisant

- Des soignant-e-s contrôleur-e-s

Les demandeur-euse-s exprimaient souvent un **sentiment d'être contrôlé-e-s** par les soignant-e-s, d'être « suspectée » E1. « Et là, c'est le médecin qui joue à l'administrateur, au policier, au préfet, au... » E1. Ce sentiment de contrôle pouvait venir de questions posées sur la **raison de la venue en France**, mais aussi lorsqu'un-e médecin remettait en doute les dires du-de la médecin traitant-e. « *[Parlant du médecin agréé]* Lui aussi il a fait **contre consultation**. Il voulait vérifier vraiment ce qu'a dit mon... mon médecin » E4.

Certain-e-s soignant-e-s **prédisaient une réponse positive ou négative** sur l'obtention du DASRM. Une interviewée exprimait une **crainte** sur une possible influence négative d'un-e médecin qui disait connaître la préfecture et avait été pessimiste sur

l'obtention du DASRM. « On a eu peur, on a pensé, parce que je sais que pour les papiers, il doit demander l'avis du médecin et on a pensé : « si ça va être lui, si l'OFII va contacter lui ? » heu... on a eu toujours peur » E6. **Cette prédiction avait généré une perte d'espoir.** La réponse obtenue avait finalement été positive.

Certain-e-s attribuaient au-à la médecin de l'OFII le pouvoir de décision finale sur l'obtention du DASRM alors qu'il appartient à la préfecture. À ce sentiment de tout-pouvoir du-de la médecin de l'OFII s'ajoutait un sentiment de contrôle qui était exacerbé lors des **convocations par le service médical de l'OFII**. La consultation avec le-la médecin l'OFII avait pu être ressentie comme un **interrogatoire policier**, des **questions non médicales** avaient été posées, concernant par exemple le nom du-de la président-e ou du-de la premier-ère ministre. « Comme si on était devant... commissariat : commissariat faut expliquer pourquoi on est là, faut justifier, faut justifier pourquoi on est là. Alors que c'est un médecin. » E1. Une **prise de sang** était souvent réalisée pour **vérifier l'existence de la maladie**, « ils disent que c'est pour **éviter les fraudes** » E1. Cette prise de sang pouvait être « **mal vécue** » et ressentie comme **inutile** à la prise en charge médicale « c'est... détériorisant pour les personnes et du coup, comme euh... tu prends mon sang pour vérifier, alors qu'il est déjà passé par plusieurs, voilà, par un laboratoire, par son médecin, par... » E1. le-la médecin de l'OFII pouvait **mettre en doute** l'impossibilité de se soigner dans le pays d'origine, en le justifiant par le fait qu'il-elle avait exercé dans le pays concerné « le médecin de l'OFII] a dit : « ouais quand même, tu peux soigner en Tunisie, en Tunisie y'a des grands médecins et tout » » E5. Certain-e-s interviewé-e-s expliquaient cette démarche de contrôle par le fait que « l'OFII, c'est le ministère de l'intérieur »E1.

- Une procédure déshumanisante

Le sentiment de contrôle renforçait le **côté déshumanisant de la procédure**, déjà perçue comme **impersonnelle**. « Le corps n'est pas comme un papier qu'on peut déchirer en cas d'erreur » E4. Des interviewé-e-s avaient l'impression qu'avant, le DASRM était accordé à un-e personne malade, et que désormais, il était **accordé à une maladie**. Certain-e-s trouvaient que le-la médecin de l'OFII, ne les connaissant que très peu, n'était **pas compréhensif-ve**, ce qui expliquait le refus. Les attentes de « compassion » E2 étaient également exprimées concernant le-la médecin de l'OFII.

- Le besoin de se justifier sur la présence en France.

En parallèle avec ce sentiment d'être contrôlé-e, plusieurs personnes ressentaient le besoin de justifier leur présence en France « j'veux rester en France c'est pour soigner, j'veux faire les examens, c'est ma santé pas par rapport les conneries » E5, de **prouver que leur présence y était légitime**.

b. Du soutien au militantisme des soignant-e-s : un investissement bienvenu

Le soutien de la part des soignant-e-s avait pu prendre plusieurs formes. Certain-e-s médecins étaient très **impliqué-e-s dans les problèmes administratifs** que rencontraient les personnes. « J'ai appelé le Centre de Santé, le docteur [X] s'est saisie du problème, elle a appelé l'OFII, immédiatement, en me disant que si je n'ai pas [été au rendez-vous], c'est pas par refus, c'est parce que la poste n'a pas fonctionné, et l'OFII a promis de me donner un autre rendez-vous. » E13. L'aide et les encouragements des soignant-e-s aidaient les personnes à « résister à la pression » et les encourageaient à poursuivre. Le refus d'un médecin traitant de délivrer aux forces de l'ordre la nationalité d'une personne arrêtée avait été apprécié.

Lors d'une **exclusion d'un patient par l'administration hospitalière**, des soignant-e-s avaient exprimé leur incompréhension voire leur **opposition face à l'administration hospitalière** et avaient contesté sous forme de **manifestation ou de grève**, « ils ont dit : « qu'est ce qui se passe ? comment ça se fait qu'on exclue quelqu'un de l'hôpital alors qu'il a toujours besoin de soins ?! » [...] Il me semble même une fois ils ont même fait une grève. Une matinée ils étaient devant la porte. [...] c'était un soutien » E1. Il-elle-s s'étaient également organisé-e-s pour **fournir au patient du matériel non accessible** pour poursuivre les soins. L'investissement était ressenti lorsque **la pharmacie** délivrait les traitements malgré des démarches de demande de CMU non terminées.

VI. De la dépendance aux discriminations : une relation soignant-e-soigné-e particulière

En plus du sentiment d'être contrôlées, certaines personnes décrivaient des discriminations de la part des professionnel-le-s de santé, qui s'inscrivaient dans une relation asymétrique associée à un sentiment de dépendance.

a. Une relation asymétrique entre demandeur-euse-s de DASRM et professionnel-le-s de santé

- Demandeur-euse malade face au pouvoir du-de la médecin

Dans les rapports avec les professionnel-le-s de santé, la situation de « malade » était décrite comme un facteur de vulnérabilité. « Un malade c'est comme un bébé qu'il faut prendre... » E4 et le-la médecin était parfois perçu-e comme ayant un pouvoir divin « moi je la voyais comme le messie » E13.

Certain-e-s médecins tentaient de rassurer les personnes et de leur redonner de l'espoir en faisant des **prédictions sur l'état de santé ou sur l'obtention du DASRM** des malades, parfois avec une posture paternaliste « Elle me dit, « moi je vous mets sous traitement ! » Je... c'est comme si je rêvais, je tombais des nues ! [...] c'était un soulagement, c'était un soulagement j'ai dit ENFIN ! Enfin ! » E13

- Dépendance au bon-vouloir des soignant-e-s pour le certificat

Des demandeur-euse-s se sentaient dépendant-e-s du bon-vouloir des soignant-e-s pour obtenir un certificat de qualité. Il pouvait s'agir de difficultés pour mettre en évidence la **non-accessibilité des traitements** dans le pays d'origine du fait de **refus des médecins du pays d'origine** de reconnaître cette non-disponibilité « Aucun médecin, par orgueil, par propagande, [...] va certifier que la prise en charge n'est pas disponible alors qu'il est là-bas... même si eux, ils connaissent très bien la situation.» E1, ou de **représentations erronées** des médecins en France sur les possibilités de traitement dans le pays d'origine. Une personne en situation d'enfermement s'était vue **refuser l'accès à son dossier médical** par des soignant-e-s. Relire ou compléter le certificat médical était parfois impossible pour les demandeur-euse-s avant l'envoi à la préfecture, d'autant plus lorsque **l'écriture du-de la médecin était difficile à déchiffrer**. « Oui, il faut être du... un agent du code médical pour lire. » E3

Le délai annoncé par le-la médecin pour la rédaction du certificat n'était **pas toujours respecté** et pouvait durer plusieurs mois. Une personne avait l'impression de demander « une faveur » au-à la médecin, « alors que c'est un droit. » E1.

b. Des récits de discriminations

Au sein de la relation de soin, les situations qualifiées de discriminations prenaient des formes plus ou moins explicites : **négligence, moquerie, désintérêt** « le regard des fois c'est parlant, des fois quand on est désintéressé c'est parlant, 'fin tu le sens ! » E1, **refus** ou **expulsions des soins**. Certaines personnes disaient n'avoir jamais connu de situation de discrimination.

- Les discriminations en lien avec le fait d'être étranger-ère

Certaines discriminations étaient décrites comme directement en lien avec le fait d'être étranger-ère et qualifiées de « **racistes** » E6-E14.

- x *Remise en question de la légitimité à bénéficier de soins en France : « La France, trop généreuse pour accueillir la misère du monde » E1*

Les demandeur-euse-s pouvaient être remis-e-s en question dans leur **légitimité à bénéficier de soins en France**, ce qui était vécu comme choquant, ou **moralisateur** « il te fait la leçon, il te dit : « tu pouvais être soigné parce que t'as grandi avec ta maladie, alors tu pouvais continuer à souffrir chez toi au lieu de venir et profiter du système, notre système. » » E1. Le **coût des prises en charge pour la société** était parfois évoqué par les médecins. Certain-e-s médecins exprimaient en consultation des discours excluants : les personnes faisant la demande de DASRM profiteraient abusivement d'un système dont elles seraient censées ne pas faire partie, «la France est généreuse, trop généreuse pour accueillir la misère du monde » E1. La qualification de « **tourisme médical** » avait également été employée.

- x *Sentiment d'un traitement différencié lié au fait d'être étranger-ère*

Certain-e-s avaient le sentiment de ne pas être traité-e-s comme les patient-e-s français-e-s, « Je sais que nous on est étrangers, ça je le vois toujours toujours toujours. C'est à dire **je vois une différence** de quelque chose. » E6. Deux personnes ont raconté avoir eu le sentiment d'être **victime de discrimination raciste** lorsqu'un-e médecin refusait de leur prescrire un traitement. « C'est ça qu'on appelle raciste ? Est-ce que c'est qu' il ne veut pas me soigner ? [...] Je suis malade et il refuse de m'aider ! » E14. Pour l'une d'elles, **ce sentiment de discrimination avait disparu** après le constat que deux médecins ne se connaissant pas avaient la même attitude thérapeutique, et après avoir eu des explications scientifiques sur les raisons de la non-prescription.

Certaines personnes racontaient avoir été **victimes d'un refus ou d'une interruption des soins** « Le médecin [spécialiste] m'a dit : « toi pas français, dégage, dehors dehors dehors [...] tu pas parler français, pourquoi t'es arrivé ici ? » Moi parlé : désolé, moi arriver comme ça avec ma femme, m'a envoyé le docteur de maison [*médecin traitant*] » E8. Un refus de soins résultait de **pressions de l'administration hospitalière** en lien avec le coût du séjour, qui avaient été plus fortes que le soutien des soignant-e-s

- **Contraint-e-s d'accepter des situations difficiles pour accéder aux soins**

Face à la fréquence des jugements, **trouver un « bon médecin »** n'était pas chose aisée. «Trouver déjà ce bon médecin qui va, qui va pas te juger, qui va te comprendre, [...] c'est difficile, ça te laisse pas beaucoup de choix. [...] ils sont rares les médecins où... où tu te sens à l'aise avec eux pour leur expliquer ... voilà... la raison pour laquelle tu es là » E1. Une personne racontait la nécessité de **payer elle-même un-e interprète** pour pouvoir être acceptée en consultation par le-la médecin. Une autre se disait **contrainte d'accepter une**

situation de discrimination pour accéder aux soins. « [À la médecin qui l'avait reçue en dernier après une longue attente alors qu'elle avait rendez-vous quatre heures plus tôt :] j'ai dit : "quand même, une excuse !" Pas du tout ! elle m'a dit, elle m'a montré la chaise : "tu veux venir, ou non ?" Elle ... à ce moment je me suis sentie étranger. [...] j'ai dit "oui moi je suis obligée parce que c'est ma fille. Je suis obligée de faire qu'est-ce que vous voulez" » E6

c. Retentissement des discriminations sur la santé mentale

Ces situations retentissaient sur leur santé mentale : **stress, désespoir, dévalorisation, sentiment d'impuissance** « [en parlant du médecin qui reportait de façon répétée la remise du certificat] j'étais nerveuse mais je lui parlais pas mal. [...] je prenais sur moi, des fois je pleurais parce que je disais que le problème peut-être ça vient de moi [...] quand tu n'as pas de certificat, tu ne sais pas la réponse qui va venir là-bas, tu ne peux rien faire.. C'est... C'était vraiment un souci. » E14. Une personne avait l'impression d'être **réduite à sa rentabilité financière** par l'administration hospitalière. À plusieurs reprises, les questionnements par les médecins sur les raisons de la venue en France lors des premiers contacts étaient perçus comme intrusifs.

Sentiment de **culpabilité** et d'**illégitimité** à être en France étaient également décrits avec parfois le sentiment de venir « demander la charité » E1.

Une personne avait **besoin d'oublier** « j'essaie d'évacuer ma tête. De ne pas garder les choses quand on me dit. [...] parce que ça... ça fait vraiment mal quand on te dit quelque chose.» E14 La **déception** vis-à-vis des soignant-e-s était exprimée.

VII. Les leviers pour être acteur-riche dans le soin

Plusieurs leviers étaient identifiés pour faire face aux obstacles du parcours du-de la combattant-e: l'acquisition de compétences, le choix possible de ses interlocuteur-riche-s, la prise en charge médico-sociale, la participation à un collectif de personnes concernées par le DASRM.

a. L'acquisition de compétences

- Connaissance de ses droits

Le fait de **connaître leurs droits** permettait aux demandeur-euse-s de se sentir légitimes et d'avoir plus d'assurance pour la demande de certificat. La connaissance de la procédure de DASRM était identifiée comme un moyen d'**acquérir du pouvoir** « Faut se renforcer, faut qu'on commence justement à avoir un regard de ce que la procédure... cette réforme de loi et ses conséquences sur les personnes... » E1.

La connaissance des droits pouvait se faire via **les associations, la PASS, les médecins, les travailleur-euse-s social-e-s ou le Collectif Étranger-e-s Malades**. La découverte du DASRM, perçue comme une ouverture à une situation qui semblait bouchée, était source d'apaisement. « Mon premier contact au centre de santé a été pffou... comme une espèce de déclic. [...] Le dr [X] m'a dit "moi je pense qu'au vu de tous vos problèmes de santé, vous avez la chance de pouvoir bénéficier d'une régularisation pour raison médicale." [...] c'était tellement un discours rassurant, un discours... heu... qui adoucissait mes appréhensions. » E13, Les informations amenées par les travailleur-euse-s social-e-s évitaient des peurs inutiles « elle m'a dit qu'avec le récépissé je pouvais sortir de la maison, je pouvais marcher sans peur de me faire arrêter. » E2

- Compréhension du système de soin français

Le fait d'être **accompagné-e par un-e travailleur-euse social-e** permettait de mieux s'orienter pour les soins. La compréhension du système de soin permettait de **mieux exprimer ses problèmes de santé et ses problèmes administratifs**.

- Franchir la barrière de la langue

L'apprentissage de la langue française pouvait se faire au sein du Collectif Étranger-e-s Malades. Une fois devenues francophones, certaines personnes traduisaient pour d'autres.

b. Le choix possible de ses interlocuteur-ric-e-s

Le fait de pouvoir choisir ses interlocuteur-ric-e-s, notamment médicaux-ales, semblait favoriser une **meilleure qualité de la relation de soins**. Plusieurs personnes soulignaient **l'importance d'avoir pu choisir** leurs soignant-e-s, sur conseil d'ami-e-s, d'autres demandeur-euse-s au sein du Collectif Étranger-e-s Malades, ou de professionnel-le-s sociaux-ales ou de santé.

c. L'indissociable prise en charge sociale et médicale

- Un manque de prise en charge sociale par les médecins

Le fait que certain-e-s médecins aient une **prise en charge strictement pharmacomédicale était déploré** et parfois attribué à une durée trop courte des consultations. « il était très médical ! Très médical ! [...] Pff... c'est aussi ici, les problèmes avec les rendez-vous sont très rapides...[...] on a pas le temps pour parler pour l'aspect social » E6.

- Les bénéficiaires d'une prise en charge médico-sociale conjointe pour les demandeur-euse-s

La **coordination entre volet social et volet médical** permettait une **efficacité dans l'accompagnement** « Je ne sortirai pas de cet entretien sans rendre hommage à la Case de Santé qui m'a donné la raison de vivre et d'avoir des papiers, d'être régularisé, j'ai beaucoup erré, vraiment erré. [...] Que la case de santé reste la case de santé, avec l'esprit, l'accueil qu'on y trouve et l'efficacité dans l'accompagnement. » E13 et était présentée comme une **aide majeure**. Le fait d'avoir accès à une **prise en charge sociale sur le même lieu que les soins** permettait d'alléger et de faciliter les démarches. Une personne expliquait que, pour elle, faire la demande de DASRM était impossible à faire seule et que le meilleur conseil qu'elle avait à donner aux autres demandeur-euse-s de DASRM était d'aller à la Case de Santé.

x Le rôle de la prise en charge médico-sociale pour la qualité du certificat

Les travailleur-euse-s social-e-s aidaient les usager-ère-s à **compléter le dossier** DASRM et préparaient avec elles-eux les consultations médicales. « Avec les assistantes sociales on a fait le dossier et les documents que je dois avoir [...], avec le docteur. » E4. Il-elle-s fournissaient également aux demandeur-euse-s des informations sur le DASRM à destination de leur médecin traitant-e, facilitant ainsi la demande et la rédaction du certificat. Les médecins de la Case de Santé **relisaient les certificats médicaux** faits par des médecins extérieur-e-s à la Case de Santé et les complétaient au besoin.

x Les associations, et la PASS, des recours en cas d'impossibilité d'avoir accès aux dispositifs de droit commun

Une personne a dit avoir consulté auprès de Médecins du Monde à son arrivée en France. Une autre a été orientée vers la Case de Santé après une expulsion de soins de l'hôpital. La PASS était aussi un recours avant et pour l'ouverture des droits à la protection maladie.

x L'ouverture des droits à la protection maladie

L'accès à l'AME ou à la CMU était permis par les travailleur-euse-s social-e-s. Une fois les droits ouverts, l'accès aux thérapeutiques était **facilité par la dispense d'avance des frais**. Les soins étaient rendus possibles, même lorsque les personnes étaient en situation irrégulière.

x *L'aide à la prise de rendez-vous*

Les travailleur·euse·s socia·le·s, en prenant les rendez-vous médicaux, permettaient à certaines personnes de contourner l'obstacle de la prise de rendez-vous par téléphone, délicate pour les personnes non francophones.

d. Le Collectif Étranger-e-s Malades : un soutien collectif

La motivation de membres du Collectif Étranger-e-s Malades⁶ à y participer témoignait de son importance pour les personnes rencontré·e·s. « Tu peux pas te permettre d'acheter un titre de transport mais tu marches et tu viens au collectif. E1 ». **Le partage d'expérience** permettait de **s'entraider dans les démarches** et venait **rassurer, créer des liens dans un quotidien de solitude, redonner confiance**. « De se raconter, de parler, de rigoler... ça fait du bien. [...] Quand tu rentres, tu as ce que tu as entendu, ça te roule dans la tête et des fois ça te fait rigoler, ça te fait du bien. » E14 L'écoute et le soutien moral étaient perçus comme primordiaux. « Dire que vous êtes pas seul dans ce combat, vous êtes avec d'autres personnes qui sont dans le même parcours. Quand t'as des problèmes et que t'entends les difficultés de l'autre, tu vas te dire : oh moi ça va. Et du coup ça rassure. [...] Le soutien moral, je pense, n'est pas quelque chose de négligeable. C'est le plus important pour poursuivre... [...] c'est un truc fort, c'est les liens forts qui s'est créé..» E1 Le collectif était un espace de **mobilisation pour l'accès aux droits**, via des actions de plaidoyer, des manifestations.

6 Cf note 2, page 11.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

- Sujet original

La revue de la littérature a révélé qu'il n'existait pas d'études qualitatives semblables sur le sujet de la demande de DASRM en France.

- Qualité de l'échantillon

L'échantillon comprend des **profils variés** en termes de nombres de demandes DASRM effectuées (6 premières demandes, 8 demandes de renouvellement), de **genre** (7 femmes, 7 hommes), de **pays d'origine** (personnes originaires des principales régions d'origine des demandeur-euse-s de DASRM : Maghreb, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Europe de l'est), d'**âge** (27 à 75 ans), de **pathologies** (psychopathologie, maladies infectieuses, maladies endocriniennes et métaboliques, maladies de l'appareil circulatoire, maladies urinaires, maladies neurologiques). Sept personnes faisaient partie du Collectif Étranger-e-s Malades, ce qui peut constituer une richesse car ce sont des personnes expertes sur la question du DASRM.

Le rapport de l'OFII sur l'année 2017 rapporte que, à l'échelle de la France, deux demandeur-euse-s sur trois sont issu-e-s du continent africain. 55 % des demandes concernent des hommes, 6 % concernent des mineur-e-s. Leur âge moyen est 43 ans. Les demandes concernent en majorité des troubles psychiatriques, des maladies infectieuses, principalement VIH et Hépatites. Viennent ensuite le diabète, les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire.

- Durée des entretiens et climat de confiance

Les entretiens portent sur des sujets sensibles pour les personnes : la santé, leur situation administrative. Ils ont duré en moyenne **45 minutes**, durée que nous trouvons plutôt longue. Ceci peut être le signe d'un **climat de confiance** au sein duquel les personnes interviewé-e-s étaient à l'aise pour s'exprimer.

- Validité interne par triangulation

La triangulation des chercheuses a consisté à inclure le point de vue de plusieurs chercheuses. Le recueil de données a eu lieu dans différents lieux et auprès de différentes

personnes. Ceci a permis de veiller à ce que les données recueillies soit le plus possible proches de la réalité.

- Validité externe

Les résultats de l'analyse ont été discutés avec des personnes concernées (demandeur·euse·s de DASRM, médecins, sociologue ou bénévole associatif, « expert·e·s ») pour les corroborer. Ils ont été également confrontés à la littérature lors de l'analyse.

b. Limites de l'étude

- Limites liées à la langue

Lorsque les personnes n'étaient pas francophones, **elles ont souvent souhaité recourir à un·e proche pour traduire l'entretien plutôt qu'à un·e interprète professionnel·le**. Ceci a pu limiter la compréhension entre chercheuses et interviewé·e·s, par le fait que l'interprète semblait parfois résumer en quelques mots ce que les personnes avaient pris plusieurs minutes à expliquer dans leur langue d'origine. Le recours aux proches a aussi pu limiter les personnes dans leur propos, par souhait de ne pas évoquer certains éléments de vécu en présence de ce·tte proche. Nous avons remarqué que les entretiens réalisés sans interprète professionnel·le permettaient difficilement d'aborder le vécu des personnes et se cantonnaient au récit factuel.

- Difficultés liées au recrutement

Le recrutement a été compliqué : plusieurs personnes ont annulé un rendez-vous pour un entretien, nous avons eu des **difficultés à contacter certaines personnes pour fixer un rendez-vous car nous ne parlions pas la même langue**. Nous faisons l'hypothèse que la **méfiance liée à la situation parfois irrégulière** des personnes a pu induire ces difficultés.

- Limites liées aux chercheuses

Il s'agit du premier travail de recherche qualitative pour les chercheuses. Elles n'avaient pas d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Malgré une formation préalable, cela a pu limiter la qualité du recueil des données et de leur analyse. Les chercheuses, avant de débiter les entretiens, avaient pris conscience que des récits de discriminations avaient motivé leur sujet de recherches. La conduite des entretiens était souvent plus ciblée sur la recherche de ces discriminations que sur la recherche d'éléments favorables dans les relations entre professionnel·le·s de santé et demandeur·euse·s de DASRM.

II. Une procédure qui s'inscrit dans un climat de méfiance et de contrôle

a. Le parcours du-de la combattant-e à différents niveaux de la procédure DASRM

- Contexte d'apparition du DASRM:

C'est **au début des années 1990** que se sont rencontrés le Comité National contre la Double Peine⁷ et Act Up, qui représentaient deux dimensions de l'épidémie de sida : celle qui touchait les usager-ère-s de drogue, souvent immigré-e-s ou enfants d'immigré-e-s vivant dans les quartiers populaires, et celle qui décimait la communauté homosexuelle. L'objectif des luttes était **d'obtenir l'expulsabilité des personnes étrangères atteintes de pathologies graves**. Deux arguments principaux étaient mobilisés : la dimension humanitaire d'un côté - les « conséquences d'une exceptionnelle gravité » que les mesures d'expulsion avaient pour les malades : la mort probable du fait de l'absence de prise en charge dans le pays d'origine - , l'enjeu de santé publique de l'autre (9).

La loi « Debré » du 24 avril 1997 permet la **protection contre l'expulsion** pour les personnes étrangères malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine. En 1998 est créé un véritable Droit au Séjour pour Raison Médicale, au nom de la **raison « humanitaire »** : c'est la maladie qui légitime la présence de l'immigré-e en France. Didier Fassin parle de « biolégitimité », c'est-à-dire de reconnaissance par le corps (11). Elle est décrite par les interviewé-e-s lors de la prise de sang réalisée au service médical de l'OFII, pour vérifier qu'il-elle-s sont malades et peuvent accéder au titre de séjour ; et par leur crainte du retour à une situation irrégulière en cas de guérison. À plusieurs reprises, les interviewé-e-s se justifient de leur présence en France, en insistant sur la gravité de leur maladie.

- Situation du DASRM dans la politique migratoire actuelle

Les politiques migratoires sont actuellement dictées par une volonté de protéger l'emploi des français-e-s et une peur « *d'héberger toute la misère du monde* » (12), peur que les interviewé-e-s retrouvent chez certain-e-s médecins. Dans ce contexte, l'accès à un titre de séjour pour raison « humanitaire » comme l'est le DASRM **se fragilise** et les possibilités de régularisation pour regroupements familiaux, pour asile ou pour soins se réduisent.

7. À ce moment, la France avait le plus fort taux de contamination par le VIH des usager-ère-s de drogues par voie intra-veineuse d'Europe. En cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants, un-e étranger-ère courait plus de risques qu'un-e français-e d'être incarcéré-e. À ce risque d'incarcération pour détention de stupéfiants s'ajoutait, avec la loi du 31 décembre 1970, la possibilité de prononcer l'interdiction du territoire français pour usage ou commercialisation de drogue, ce qui constituait une double peine pour les étranger-ère-s.(9,10).

Les demandes d'asile en France ont quasiment doublé entre 2010 et 2016, en lien essentiellement avec la permanence des conflits au Proche et Moyen-Orient (13). La politique des quotas qui favorise les migrations pour raison économique vient majorer les difficultés à obtenir le statut de réfugié-e en France. **De plus en plus de personnes dont la demande d'asile a été déboutée, lorsqu'il existe une pathologie, se tournent vers la demande de DASRM, plus précaire en raison de son caractère temporaire.**

- **Obstacles administratifs de la procédure : un obstacle supplémentaire à l'accès aux droits et un retentissement sur la santé**

Les demandeur-euse-s décrivent leur parcours pour l'obtention du DASRM comme « **un combat** ». Les obstacles cités dans notre étude ont déjà été dénoncés par le-la Défenseur-e des Droits et les associations d'usager-ère-s (1,2,14,15) : le **coût de la procédure** (pour première demande : 19€ si la personne est en situation régulière, 359€ si elle est en situation irrégulière ; et 269€ lors du renouvellement), l'**obligation de se rendre en préfecture** alors que les déplacements sont parfois compliqués pour les personnes malades, des **délais d'instruction** qui dépassent les délais légaux (en moyenne 8 mois pour une durée maximum de 4 mois dans la loi), la **non-délivrance de récépissé** par la préfecture lors de la demande de titre de séjour alors qu'elle est obligatoire (occasionnant rupture de droits sociaux et perte d'emploi). D'autres obstacles, non rapportés dans notre étude, sont décrits.

Tous ces obstacles s'ajoutent au fait que, comme le montrent les résultats, les étranger-ère-s **ne connaissent souvent pas le fonctionnement du système administratif français**, qu'il-elle-s ne parlent pas bien **la langue**, ont **peu de moyens financiers** pour se déplacer et vivent des **discriminations** (cf. ci-dessous) (16). L'expression « parcours du combattant » utilisée par les interviewé-e-s est également employée par l'association la Cimade, dans son rapport d'observation de 2018 sur le DASRM (15) Elle dénonce la multiplication des obstacles qui précarisent les malades et qui sont, selon elle, la conséquence d'un « *fantasme de l'étranger faussement malade, simulant un état de santé dégradé, soutenu par un médecin trop humaniste pour ne pas être complaisant* » et du fait que **l'administration priorise le contrôle** par rapport à l'accès aux droits et à la protection des personnes malades.

Le parcours du-de la combattant-e ne s'arrête pas une fois que la demande a été déposée. Les personnes interviewées décrivent une **chute du taux d'avis médical favorable**, pourvoyeuse de stress supplémentaire. Le rapport de l'OFII de 2018 confirme leurs impressions : le taux est passé de 77 % en 2013 à **52 % en 2017**, toutes pathologies

confondues. Cette chute a lieu alors que les critères législatifs sont inchangés et que l'accès dans les pays d'origine ne s'est pas amélioré.

Par ailleurs, les interviewé-e-s ont parfois l'impression que le-la préfet-e « contredit » l'avis médical et ne comprennent pas que la décision finale ne relève pas d'un-e médecin. La Case de Santé notait dans son rapport de 2015 que 10 % des avis favorables du médecin de l'ARS n'avaient pas été suivis par la préfecture de Haute-Garonne, versus 2 % en 2014 (17).

Les interviewé-e-s décrivent du **stress, du désespoir et de la fatigue** qui résultent de la multiplicité des obstacles rencontrés et qui doivent être pris en compte par les professionnel-le-s de santé qui les accueillent.

b. Un contexte de contrôle des malades étranger-ère-s

Le sentiment d'être suspecté-e de fraude par les soignant-e-s peut être mis en regard d'un contexte politique de contrôle.

- Politique de contrôle vis-à-vis des personnes précaires

Les évolutions du fonctionnement des Caisses d'Allocations Familiales (CAF) ces dernières années témoignent du développement d'une **politique de contrôle focalisée sur les personnes les plus précaires (18)**. En 2016, les contrôles de la CAF ont concerné plus de 50 % des allocataires (toutes prestations incluses) alors que les cas de « fraude » détectés représentaient 0,36 % de la population des allocataires (19). L'ouverture d'un compte à la CAF pour accéder aux prestations sociales (allocations familiales, revenu de solidarité active...) et à l'affiliation à la Sécurité sociale, s'accompagne du contrôle du titre de séjour. Le titre de séjour étant enregistré, lorsqu'il arrive à échéance, **les prestations sont interrompues (20)**.

- Le contrôle dans le cadre de la procédure de DASRM

Selon les associations de défense des droits des malades étranger-ère-s, le contrôle des personnes s'est intensifié depuis le changement de procédure par la loi du 7 mars 2016 (15,21,22). Il vient allonger les délais d'instruction et semble démesuré au vu des chiffres fournis par le rapport de l'OFII 2017 : 115 cas de fraude avérée ont été dénombrés, soit 0,41% du nombre de demandes.

Dans la circulaire du 2 novembre 2016, le Ministère de l'Intérieur énonçait **un objectif de la lutte contre la fraude via le transfert des compétences de l'ARS à l'OFII(23)** avec un renforcement des différents dispositifs de contrôle. L'association AIDES décrivait, quelques mois après le changement de procédure, une interprétation restrictive

des conditions médicales, avec l'observation d'avis médicaux défavorables pour des personnes vivant avec le VIH, originaires de Guinée Conakry et d'Angola (22).

Ce contrôle s'effectue à différentes étapes de la procédure :

- **Vérification de l'identité** lors du retrait du dossier à la préfecture (15),
- **Ajout d'une question sur l'observance** sur le certificat médical : cette question ne semble pas avoir de lien avec « l'exceptionnelle gravité » de la maladie. La capacité d'observance dépasse la seule volonté de la personne à se soigner : les conditions de vie précaires des demandeur·euse·s de DASRM, associées aux difficultés de compréhension en lien avec la barrière linguistique, compliquent l'observance. Par exemple, la prise d'un médicament à conserver au réfrigérateur peut être rendue impossible chez une personne qui n'a pas de domicile fixe. À travers cette question, le contrôle ne s'étendrait-il pas à la manière de se soigner du·de la malade ? Les interviewé·e·s insistent souvent sur le fait qu'il·elle·s prennent bien leur traitement, réalisent bien leurs « contrôles » biologiques. Il·elle·s semblent alors plus dans une posture d'obéissance ou de peur que dans une posture d'acteur·rice de leur santé.
- **Ajout d'une étape de contrôle du rapport médical** : le rapport médical est effectué par le·la médecin régional·e de l'OFII, et transmis ensuite pour avis à un collège national de trois médecins. Quelle est la pertinence de la multiplication de rapports médicaux de médecins qui ne connaissent le·la malade qu'à travers des certificats ? Les interviewé·e·s exprimaient leur surprise et leur incompréhension que le·la médecin de l'OFII puisse contredire l'avis de leur médecin alors qu'il·elle·s sont tou·te·s les deux médecins.
- **Contre-enquêtes médicales** réalisées par certaines préfectures : elles avaient conduit à remettre en cause les avis du·de la médecin de l'ARS et se poursuivent avec la nouvelle procédure, malgré le fait que l'avis médical soit émis par l'OFII. Ces situations ont été dénoncées à de multiples reprises (1,15,17,24) et témoignent d'une suspicion de fraude qui touche aussi les médecins.
- **Convocation à l'OFII** pour contrôler les malades : près d'une personne sur deux est convoquée pour une visite de contrôle médical (8). Les personnes interviewé·e·s relatent le **retentissement sur leur santé mentale** de ces convocations, avec des questions parfois sans rapport avec leur situation médicale. La Cimade souligne le caractère opaque de ces convocations parfois contraires à la déontologie médicale (15).
- **Des interviewé·e·s rapportent que le·la médecin de l'OFII a appelé leur médecin pour demander ou contrôler des informations**. Nous nous interrogeons au sujet des effets de cet appel sur la relation médecin-malade de cet appel, tels qu'une perte de confiance envers sa·son médecin ou le sentiment d'un contrôle supplémentaire. Nous nous interrogeons sur le

fait que le sentiment de méfiance ressenti avec le-la médecin agréé-e dans l'ancienne procédure influence également la relation actuelle avec d'autres soignant-e-s.

Ces étapes de contrôle retentissent sur la relation de soin. Les interviewé-e-s, qui insistent sur l'importance de l'écoute et de la disponibilité pour raconter leur parcours, peuvent avoir des difficultés à exprimer leur ressenti, leur vécu, leurs symptômes et leurs questionnements dans un climat de méfiance.

- Situation non déontologiques consécutives à la logique de contrôle

On peut s'interroger sur le caractère déontologique ou non de ces pratiques de contrôle. Des personnes interviewé-e-s expliquent qu'elles ne comprennent pas les critères de convocation, ni la finalité des questions posées et examens prescrits. Les examens réalisés, dans une logique de contrôle de l'identité et de lutte contre la fraude, ne présentent **pas d'intérêt pour la santé** de la personne, d'autant plus que les résultats de ces examens ne sont souvent pas communiqués au-à la malade.

La question du **consentement** peut également être posée : dans quelle mesure le-la patient-e peut-il-elle refuser l'examen clinique ou la prise de sang lorsque son titre de séjour est en jeu ?

La Case de Santé dénonçait en 2015 les **violations du secret médical** secondaires aux contre-enquêtes médicales et l'absence de garantie de l'indépendance des médecins de l'OFII (24).

III. La rédaction du certificat médical par les professionnel-le-s de santé: un investissement à la frontière entre médical et politique

Quel est le rôle perçu du-de la médecin dans ce contexte ? Comment doit-il-elle « s'investir » pour écrire un certificat médical de « qualité » ? Le certificat semble soulever des questions déontologiques, éthiques et idéologiques.

Selon l'article 50 du code de déontologie médicale : « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables* ». Dans le cadre du DASRM, le-la médecin a un **double rôle** : soigner la personne et participer à une procédure de régularisation en rédigeant le certificat qui va lui permettre de faire valoir ses droits. La consultation pendant laquelle est demandée le certificat est spécifique aux personnes suivies pour le DASRM.

Fabrice Giraux, médecin habitué à rédiger des certificats médicaux pour la demande d'asile, en parle ainsi : « *L'écriture d'un certificat suppose normalement que le médecin se mette en position d'expert. On n'attend pas, en effet, du soignant qu'il se situe du côté de son patient mais qu'il soit le plus neutre possible dans son évaluation, le plus objectif possible dans ce qu'il décrit. Or, le recueil du récit - moment souvent douloureux - nécessite de la part du médecin un vrai engagement auprès de son patient. Dans ce cadre le médecin oscillera entre deux attitudes sans trouver de juste milieu: soit suivre son patient dans ce qu'il rapporte au risque de perdre son « objectivité » dans l'écriture du certificat (et perdre peut-être, si le certificat apparaît tendancieux, l'écoute de l'officier de l'OFPRO ou du juge [...] qui sont amenés à statuer), soit prendre une position d'expert au risque de ne pas prendre en compte le principal, la souffrance de son patient, le retentissement psychologique (et perdre peut-être par là-même la confiance de son patient). Or, il ne semble pas exister de bonnes réponses à ce problème. Aucune n'est satisfaisante quand il s'agit d'aider son patient dans ces circonstances particulières. » (25)*

a. Le sentiment d'une nécessaire expertise pour la rédaction du certificat

Les interviewé-e-s rapportent que le certificat médical ne doit pas être rempli avec « légèreté », qu'il est nécessaire de le détailler. Ce sentiment d'une nécessaire expertise est corroboré dans la littérature, qu'il s'agisse de l'évaluation du risque d'exceptionnelle gravité ou de l'accès effectif à la prise en charge dans le pays d'origine.

- L'évaluation d'un risque d'exceptionnelle gravité

Pour rédiger le certificat médical, le-la médecin doit évaluer si le défaut de soins peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son-sa patient-e. Pour A. VEISSE et M. HÉNOCCQ « *si l'évaluation du pronostic relève de l'expertise technique d'un médecin, la traduction de ce pronostic en risque d'exceptionnelle gravité se situe sur le plan de l'éthique* » (26). Cette responsabilité semble **déborder du champ de la formation initiale** d'un-e médecin. Au COMEDE, ce risque est interprété comme celui d'une mortalité prématurée et/ou d'un handicap grave consécutif à l'absence de prise en charge médicale requise (27). Il n'y a pas de listes de pathologies identifiées comme relevant d'une exceptionnelle gravité. Les personnes interviewé-e-s ont souvent l'impression d'être « très malades » E8-E13, en lien avec la quantité de médicaments pris régulièrement, le nombre d'exams complémentaires réalisés, de rendez-vous médicaux ou le nombre de spécialistes effectuant le suivi. Elles disent mériter le DASRM.

Si l'on prend l'exemple du diabète et des maladies cardio-vasculaires, **le pronostic peut être difficile à établir**. Le risque de réduire l'espérance de vie de dix ans en cas de

retour au pays est une gravité exceptionnelle, mais comment l'évaluer ? **Chaque cas est singulier** et le-la médecin doit fonder son avis au regard des complications existantes, des facteurs de risque vasculaires, des antécédents familiaux et aussi de la situation sociale incluant l'alimentation, l'hygiène de vie et les possibilités d'observance (28).

Dans le cadre des demandes de DASRM pour des troubles psychiatriques chez les personnes débouté-e-s d'asile, il est difficile d'évaluer le risque d'un nouveau traumatisme en lien avec le retour au pays d'origine.

- « Les médecins aussi peuvent pas deviner que telle prise en charge n'existe pas dans un pays où... ils sont pas formés à ça! » E1

L'évaluation de l'accès aux soins dans le pays d'origine par le-la médecin rédacteur-riche du certificat médical est importante pour l'avis du-de la médecin qui rédige le rapport pour la préfecture. Une part des refus porte, non pas sur le critère d'exceptionnelle gravité, mais sur l'accès aux soins dans le pays d'origine.

La **recherche d'informations sur l'accès aux soins** dans le pays d'origine est un travail particulièrement **long et difficile**. Sur internet, les informations sont rares et plutôt destinées aux français-e-s résidant à l'étranger. Elles ne sont pas exploitables pour les demandeur-euse-s de DASRM pour qui les obstacles, financiers entre autres, sont importants. Le-la médecin peut alors évaluer le risque d'exclusion des soins d'un-e individu-e à partir d'indicateurs globaux d'accès aux soins fournis par l'OMS et l'ONU. « *Comment affirmer l'inaccessibilité aux traitements dans certains pays, lorsque l'accès aux soins primaires est garanti pour 95 % de la population (Algérie ou Chine), mais que l'accès à des traitements spécialisés reste inaccessible irrégulièrement ? (27)* ». Dans une majorité des pays du monde, des traitements existent et ils ne sont donc pas « *absents* », mais **accessibles par une fraction privilégiée de la population (10)**.

Depuis janvier 2017, les médecins du collège de l'OFII utilisent des fiches-pays fournies par le Ministère de l'Intérieur dont le contenu est opaque (15). La Cimade dénonce les refus en 2018 pour des personnes vivant avec le VIH. Selon les orientations du Ministère de la Santé, fixées par arrêté (29), les personnes séropositives ne peuvent se soigner dans les pays en développement. Des personnes atteintes de graves troubles psychiatriques ont vu leur dossier refusé au prétexte qu'elles pourraient se soigner au Cameroun, en Angola ou au Mali, ce que la documentation disponible dément (15).

- Méconnaissance de la procédure par les médecins

Les demandeur-euse-s rapportent qu'il-elle-s sont souvent resté-e-s malades et en situation irrégulière pendant **plusieurs années** sans qu'un-e médecin ne leur parle du

DASRM, occasionnant un **retard d'accès aux droits**. Lorsque les personnes demandent à leur médecin de rédiger le certificat médical, il-elle le remplit parfois rapidement, sans savoir quels éléments il est nécessaire de détailler pour que le-la médecin de l'OFII puisse avoir une évaluation la plus complète. Le désintérêt de certain-e-s médecins concernant la situation administrative pourrait être en lien avec leur incompréhension des enjeux du certificat pour les demandeur-euse-s de DASRM, et leur méconnaissance des effets bénéfiques de la régularisation sur l'accès aux soins.

b. Les effets de la demande du certificat sur la relation de soin

- Méfiance ressentie des personnes vis-à-vis de leur médecin

Les interviewé-e-s décrivent une **méfiance** de la part de certain-e-s médecins lors de la demande du certificat. Elle peut résulter de la **méconnaissance** de la procédure de DASRM et du rôle du-de la médecin dans cette procédure, ou bien d'une **crainte pour le-la médecin d'être instrumentalisé-e** par les demandeur-euse-s, déjà décrite dans le cadre des certificats médicaux pour les demandes d'asile (28,30). Cette crainte peut amener de la colère, de l'hostilité, de l'évitement ou du déni.

La méfiance peut également résulter d'une **peur de l'étranger-ère** qui viendrait profiter du système de sécurité sociale de la France, image véhiculée par les médias et par les choix politiques sus-décrits (31). Nous pouvons faire l'hypothèse que la politique de contrôle de la préfecture a des effets sur l'attitude du-de la médecin de l'OFII, puis sur le-la médecin qui rédige le certificat. Des pressions politiques de maîtrise de l'immigration ont déjà eu lieu sur les médecins : des médecins agréé-e-s ont été accusé-e-s d'« abus de délivrance de certificats médicaux », certain-e-s se sont vu-e-s supprimer leur agrément (32). Un rapport des médecins des ARS⁸ en 2006 dénonçait la pression en lien avec une charge de travail croissante (majoration des consultations de contrôles, majoration du nombre de demandes, sans majoration des moyens pour étudier les dossiers) et les volontés politiques de maîtrise de l'immigration en France. Il-elle-s avaient l'impression d'être « *devenus les auxiliaires de la politique restrictive menée par l'Intérieur* » (33). **Les médecins semblent confronté-e-s aux consignes contradictoires de la protection de la santé et des politiques de maîtrise de l'immigration.**

Selon l'article 50 du code de déontologie médicale, le-la médecin a le devoir de **prendre des décisions de façon indépendante** : « *En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans*

8. Avant la réforme de 2016, les Médecins de l'ARS (dépendant du ministère de la Santé) étaient chargé-e-s de rendre un avis médical favorable ou défavorable à la préfecture en s'appuyant sur le rapport du-de la médecin agréé-e.

l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes ». Les médecins devraient en théorie agir pour l'intérêt et la santé des personnes qu'elles-ils reçoivent, et leur action ne devrait pas être influencée par les différents choix politiques.

- Le certificat, outil thérapeutique ou obstacle à la guérison ?

Le certificat, lorsqu'il est rédigé en prenant le temps, et avec le recours à un-e interprète professionnel-le pour les personnes allophones, peut également permettre aux personnes de **se sentir reconnues et comprises dans leurs souffrances**.

Il risque également, dans l'attente d'une reconnaissance de leur statut de malade, de les « *fixer dans une **position de victime** qui bloque les possibilités d'évolution, dans l'espoir que les mots du médecin puissent remplacer les siens. En matière de psychothérapie, **l'illusion tragique que la souffrance donnerait des droits** conduit à des impasses redoutables. Plus les troubles psychologiques sont importants, plus grand est le risque de la certification psycho-thérapeutique.* »(30) Ce risque peut se traduire par une frustration parfois violente, chez un-e soignant-e « *qui ne peut soigner, puisqu'il ne doit pas guérir au risque de compromettre les projets du patient, ceci en contradiction avec les références biologiques et techniques qui structurent la pensée de la majorité des médecins* »(30).

- Incompréhension et perte de confiance lors d'un refus de certification

La notion d'« exceptionnelle gravité » peut être **interprétée** différemment selon les médecins, et entre les médecins et les demandeur-euse-s de DASRM. Ces dernier-ère-s soulignent de façon répétée leur sentiment d'être gravement malade, et leur incompréhension en cas d'avis défavorable de la part du-de la médecin de l'OFII. Lorsque le-la médecin considère que le-la patient-e n'est pas « assez malade » pour obtenir le DASRM, cela peut générer une perte de confiance envers le-la médecin compromettant la relation de soin (28).

IV. La demande de DASRM, situation propice aux discriminations en matière de santé

Des discriminations ont été rapportées dans les résultats : négligence, moquerie, désintérêt, refus ou expulsion des soins, remise en question de la légitimité à bénéficier de soins en France, sentiment d'un traitement différencié du fait du statut d'étranger-ère. Les demandeur-euse-s du DASRM, personnes malades, décrivent un accès aux soins semé d'obstacles, et un **retentissement des discriminations sur leur santé mentale ainsi que sur leur accès aux soins**. Ce retentissement a déjà été relaté dans d'autres études (34,35) y compris celui spécifiquement lié aux discriminations raciales (36,37). Nous allons tenter de

comprendre les causes de ces discriminations afin de réfléchir à de potentiels moyens de les faire régresser.

a. Définition de la discrimination

Une discrimination est définie comme « *le traitement inégal d'individus ou de groupes sociaux pour des raisons illégitimes* » (38). Le rapport du Défenseur des Droits de 2016 sur *Les droits fondamentaux des étrangers en France* rappelait que, dans le domaine de la santé, le droit interdit les différences de traitement fondées sur la catégorie juridique « étranger-ère ».

b. Une asymétrie dans la relation soignant-e-soigné-e propice aux discriminations

Les résultats nous ont permis de constater un **cumul de facteurs d'asymétrie** dans la relation entre professionnel-le-s de santé et personnes faisant une demande de DASRM : la position de malade face au pouvoir médical, la précarité, la position d'étranger-ère arrivant dans un pays inconnu, la dépendance au-à la médecin pour l'obtention du certificat. Certains de ces facteurs d'asymétrie ont déjà été décrits :

- **la relation médecin-malade**, « *rapport social où chacun a une place assignée, [...] où chaque protagoniste est situé au sein de la hiérarchie sociale* » et dans lequel « *la détention du savoir légitime par le médecin n'est qu'une composante* » de l'asymétrie des rôles (39).
- **la précarité**, qui vient creuser la différence entre savoir médical et culture profane. Les médecins étant majoritairement issu-e-s des classes aisées, la distance sociale et culturelle est d'autant plus grande que les patient-e-s sont précaires (39). La précarité vient majorer les difficultés pour accéder aux médecins (40). Les interviewé-e-s décrivent cette nécessaire « débrouille » : se rendre sur les lieux de soins est compliqué, que ce soit par l'absence de moyen de transport ou par la peur de sortir de son logement en raison de la situation irrégulière.
- **la position de primo-arrivant-e**, groupe minoritaire au sein du système français. Les interviewé-e-s décrivent une errance à l'arrivée en France ainsi que des difficultés pour s'orienter, pour savoir à qui s'adresser pour obtenir des informations, pour comprendre le fonctionnement du système français, pour comprendre la langue. Les difficultés à maîtriser la langue française peuvent générer une moindre aisance pour s'exprimer et des difficultés pour s'appropriier le jargon médical (39). Il peut en résulter une moindre capacité à faire des choix éclairés concernant sa santé. M. COGNET, dans un travail de recherche sur la discrimination raciste dans les pratiques cliniques, observait que si « *la trajectoire thérapeutique des majoritaires procède des choix qu'ils font au fur et à mesure, [...] pour les*

minoritaires, c'est apparemment moins vrai. Plus dirigés qu'invités à prendre part aux décisions cliniques, ils sont davantage placés sous l'autorité des soignants qui peuvent aller jusqu'à décider pour eux, sans leur demander leur avis ni même les informer, dès le début du parcours. »(41)

Il semblerait que le **certificat médical** nécessaire à la demande de DASRM vienne majorer cette asymétrie. Les demandeur-euse-s sont en situation de dépendance par rapport aux médecins pour obtenir ce certificat, qui, pour elles et eux, comporte souvent un enjeu de vie ou de mort. Cette dépendance est renforcée par le caractère temporaire du titre de séjour, qui amène les demandeur-euse-s à répéter les demandes. Si l'obtention du certificat ne garantit pas un avis favorable au DASRM, sa non-délivrance ou une rédaction hâtive constituent un obstacle à l'accès à ce droit, face auquel les demandeur-euse-s se sentent impuissant-e-s.

Le cumul de ces facteurs d'asymétrie constitue un terreau fertile pour les discriminations et va amener certain-e-s à accepter des situations jugées injustes.

c. Des discriminations dans le domaine de la santé des personnes exilées et/ou précaires

Les discriminations rapportées dans notre travail de recherche s'inscrivent dans un contexte général de majoration des discriminations à l'égard des personnes les plus vulnérables(42). Le **droit à la protection maladie s'est dégradé progressivement** pour les personnes étrangères en lien avec la précarisation de leur statut administratif : les personnes sans droit au séjour ont été exclues de la couverture maladie « universelle » en 1999, puis, en 2003, de l'Aide Médicale d'État (AME) pendant les trois premiers mois de résidence en France. Le manque de moyens financiers de la plupart des hôpitaux les amène à limiter le dispositif PASS aux seules consultations externes. La situation d'exclusion d'une hospitalisation, pour des raisons financières, rapportée dans les entretiens n'est pas un cas isolé. Le COMEDE explique que les décisions d'hospitalisations, théoriquement fondées sur des critères exclusivement médicaux, font de plus en plus souvent intervenir des critères officieux, administratifs ou autres. La **fréquence des refus ou de restrictions de soins** dans les hôpitaux à l'encontre des personnes étrangères récemment arrivées en France, en situation de vulnérabilité sociale et dépourvues de protection maladie, augmente. Ces discriminations concernent de plus en plus l'ensemble des personnes pauvres (42).

S'appuyant sur des études ayant mis en évidence « *l'existence de refus de soins discriminatoires, de stéréotypes à l'égard de certains patients, d'un manque de temps accordé à celles et ceux dont la prise en charge peut réclamer plus de temps ou des démarches administratives plus lourdes* », le Défenseur des Droits a publié en décembre

2018 deux outils d'information pour prévenir les refus de soin. Il rappelle que ceux-ci peuvent être une **discrimination directe** (lors d'un refus de recevoir une personne du fait de sa protection sociale - AME, CMUC... - ou de motifs discriminatoires - orientation sexuelle, état de santé, handicap...-) ou **indirecte** [annexe XI]. Les discriminations indirectes peuvent prendre plusieurs formes : des orientations répétées et non-justifiées vers un-e autre professionnel-le, un délai de rendez-vous anormalement long par rapport aux autres patient-e-s, un comportement discriminatoire, intentionnel ou non (par exemple, proposer à certain-e-s patient-e-s des rendez-vous uniquement en fin de journée, après les autres) (43).

Plusieurs facteurs favorisent les discriminations envers les personnes exilées et/ou précaires.

- **Le rôle de la langue**

Une personne relate une situation de refus de soin de la part d'un-e médecin au motif explicite qu'elle n'est pas francophone. D'autres situations relatées liées à la barrière de la langue, surtout en l'absence d'interprétariat professionnel, illustrent un **traitement inégal** des personnes allophones par rapport aux personnes francophones et constituent en ce sens, des discriminations : absence ou incompréhension des informations sur les effets secondaires des traitements, difficulté à faire comprendre ses besoins de santé et à obtenir une réponse médicale, difficultés à prendre rendez-vous. La littérature rapporte d'autres formes de discriminations liées à la langue, comme la non-hospitalisation d'une personne présentant un risque suicidaire faute d'interprète, l'exclusion de programmes d'éducation thérapeutique (44).

- **Être minoritaire dans un système adapté aux majoritaires**

Les personnes rencontrées décrivent leur parcours d'accès aux soins et aux droits comme complexe, parcours où se combinent problèmes de santé, problèmes administratifs, problèmes sociaux, problèmes de communication. Les professionnel-le-s de santé perçoivent également la complexité des situations des personnes migrantes, situations difficiles à intégrer dans les protocoles normalisés, et se sentent coincé-e-s entre leurs obligations déontologiques et des contraintes financières (44).

- **Le rôle des choix politiques**

Plusieurs articles étayent l'**influence du contexte politique sur la relation de soin** (39,44-46) Les discours politiques sur la dette structurelle de la France, le déficit de la Sécurité sociale (sommes engagées dans le système de soin présentées comme des dépenses et non des investissements), la volonté de maîtrise des flux migratoires et la banalisation du discours xénophobe participent au climat de suspicion de fraude sus-décrit

dans laquelle s'inscrit la relation de soin. F. SICOT et S.TOUHAMI précisent que si « *toute relation de soin s'inscrit dans un contexte politique qui en structure en partie le sens et le déroulement [...] s'agissant d'une population dont la légitimité de la présence en France ne cesse d'être discutée, son poids devient crucial (46)* ». La remise en question de la légitimité des demandeur-euse-s à être en France par les professionnel-le-s de santé est la discrimination la plus fréquemment exprimée dans notre travail et semble en lien avec le contexte actuel de volonté de maîtrise de l'immigration.

d. Lutter contre les discriminations en tant que professionnel-le de santé

Si les discriminations résultent de nombreux facteurs, leur diminution s'envisage via différentes perspectives qui peuvent comprendre :

- le **recours généralisé à l'interprétariat professionnel**, dispositif rarement utilisé malgré son inscription dans le Code de santé publique depuis la loi de janvier 2016 comme facteur favorisant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins (Article L.1110-13) (42)

- des **politiques de santé promouvant un accès aux soins et à la prévention égal pour tou-te-s (44,47)**. E. CARDE proposait par exemple une couverture maladie incluant tou-te-s les résident-e-s **indépendamment des critères de droit au séjour (35)**

- la **communication sur l'existence des discriminations et leurs effets**, dans une optique de sensibilisation et de prévention ;

- la **formation des professionnel-le-s de santé sur les inégalités sociales de santé⁹** ;

- la **formation des médecins** sur leur rôle dans l'accès aux droits des usager-ère-s (par exemple, sur l'existence du DASRM et leur rôle dans la procédure).

Les effets de ces propositions seront très probablement limités par le maintien de politiques migratoires restrictives et/ou de politique de contrôle des personnes précaires.

9 L'INPES définit les inégalités sociales de santé (ISS) comme les différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. « *Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Les ISS concernent toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur. Les ISS peuvent être distinguées des **inégalités de santé** (sans l'adjectif « sociales »), qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs (génétiques comme d'être un homme ou une femme ; physiologiques, comme d'être jeune ou vieux).* »(48)

V. Comment aller vers plus de pouvoir d'agir (empowerment) pour les demandeur-euse-s dans la relation de soin?

Le récit par les demandeur-euse-s des discriminations, de la lourdeur du parcours de demande de DASRM, de leur situation de grande précarité, et de leur retentissement sur l'accès aux soins et sur la santé mentale, semble justifier l'intérêt particulier, chez elles et eux, d'acquérir du pouvoir d'agir.

Dans le contexte de particulière asymétrie de la relation avec les professionnel-le-s de santé, acquérir du pouvoir permettrait de diminuer la dépendance aux médecins, et de rendre possible la participation à la relation de soin.

a. Définitions et cadre légal de l'empowerment en France

Le terme « empowerment » est utilisé pour décrire un *« processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. [...] Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés. »*, selon la définition proposée par le glossaire multilingue de la BDSP.

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 promeut l'empowerment à destination des personnes présentant une ou des vulnérabilités en santé, porteuses ou particulièrement exposées au risque de maladies chroniques, dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cette loi en précise les modalités : « le respect absolu de la volonté de la personne et de ses libertés de choix, la confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences, le renforcement des capacités des personnes par l'information, l'éducation à la santé et le soutien, la reconnaissance de l'expérience des personnes en santé, notamment celle des patients, pour l'accès à la prévention et aux soins. » (49)

b. Facteurs favorisant l'empowerment des demandeur-euse-s de DASRM dans la relation de soin

- Le recours à l'interprétariat professionnel

Le recours à l'interprétariat professionnel-le, déjà décrit comme **outil de lutte contre les discriminations**, nous semble un préalable indispensable à toute action ou relation visant l'autonomie avec des personnes allophones. Comment amener à une participation des personnes aux processus de décision les concernant si elles ne comprennent pas la

langue de leur interlocuteur-riche ? Comment les professionnel-le-s peuvent-il-elle-s respecter les volontés et choix des personnes sans comprendre ce qu'il-elle-s expriment? L'interprétariat semble indispensable pour que les professionnel-le-s puissent **comprendre les usager-ère-s dans leurs choix et besoins**, et **respecter leurs volontés**. Il leur permet de mieux comprendre les professionnel-le-s de santé, et d'avoir accès aux informations qu'il-elle-s lui communiquent, indispensables pour acquérir des compétences et faire des **choix éclairés**.

Le renforcement de l'autonomie et du libre choix des personnes, dans la perspective d'un égal accès aux droits et aux soins, fait partie des **missions de l'interprétariat médical et social**, telles qu'elles sont exprimées dans la *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*, adoptée à Strasbourg en Novembre 2012, par une dizaine d'associations.

Un rapport de la Direction Générale de la Santé sur l'*Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel* rappelle l'**intérêt pour l'autonomie de l'interprétariat professionnel par rapport au recours aux proches accompagnant-e-s** pour traduire, rappelant que la traduction en consultation par les proches est moins souvent un choix qu'une contrainte pour les patient-e-s (50).

- La posture des professionnel-le-s de santé

Les interviewé-e-s soulignent l'importance d'un **accueil convivial** dans les lieux de soin pour se sentir à l'aise.

Les professionnel-le-s de santé peuvent favoriser la participation des usager-ère-s aux décisions les concernant en adoptant une **posture de consentement** et de **partage des informations** sur l'état de santé et les traitements possibles. La communication sur l'état de santé et les traitements de la part du-de la médecin, en employant un **langage adapté**, fait partie des éléments rapportés par les demandeur-euse-s de DASRM comme importants dans la relation avec les professionnel-le-s de santé.

Les professionnel-le-s de santé ont aussi un rôle à jouer dans l'acquisition de compétences concernant le système de santé en prenant le temps de leur en expliquer le fonctionnement.

L'estime de soi peut être favorisée par une **attitude d'écoute et de non-jugement**, **la volonté de comprendre l'usager-ère, en s'intéressant à son parcours de vie**. Le récit du parcours de demande de DASRM est quasi-systématique lors des entretiens, bien que ce ne soit pas ce sur quoi nous interrogeons les usager-ère-s. Nous faisons l'hypothèse que les personnes ont besoin de raconter leur parcours pour se sentir en confiance, et que ce besoin doit également exister dans la relation avec les professionnel-le-s de santé. La capacité à

s'inscrire dans une **relation de partenariat**, l'empathie, l'**écoute active centrée sur les solutions** de l'utilisateur-riche, l'attitude de **non-jugement** ont déjà été décrits comme facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie des usager-ère-s(51). Le souhait que le-la médecin s'intéresse au parcours de migration est décrit dans une thèse s'intéressant aux attentes des patient-e-s migrant-e-s vis-à-vis de leur médecin généraliste(4).

Les médecins peuvent porter attention à favoriser l'empowerment lors de la rédaction du **certificat** pour la demande de DASRM, en prenant soin de le **faire relire, corriger, valider par la personne**.

- L'importance d'une prise en charge médico-sociale

Les personnes interviewées soulignent à de nombreuses reprises « l'efficacité dans l'accompagnement » des structures médico-sociales parfois même présentées comme un cadeau divin. La promotion de l'autonomie fait partie des missions de l'action sociale et médico-sociale, telles que décrites dans le Code de l'action sociale et des familles (article L. 116-1). L'**accompagnement social**, par l'information sur les droits et sur le fonctionnement du système de santé, par la communication de coordonnées de structures et de professionnel-le-s de santé soutenant-e-s et adapté-e-s, permet aux personnes de **connaître leurs droits, de mieux se repérer** dans le système français, et **de majorer ainsi leur capacité de faire les choix les plus adaptés pour elles-eux**.

La Case de Santé est décrite comme un soulagement dans ce parcours du-de la combattant-e. En ayant, sur un même lieu, une prise en charge médicale et sociale, elle permet de limiter la multiplicité des structures d'accompagnement et d'améliorer la coordination entre les interlocuteur-riche-s. À la Case de Santé, la place des acteur-riche-s sociaux-ales est essentielle (médiateur-riche-s, travailleur-euse-s sociaux-ale-s) et les usager-ère-s rencontré-e-s soulignent de façon quasi-systématique la plus-value par rapport aux autres structures rencontrées.

Il nous semble important que les professionnel-le-s de santé puissent reconnaître l'intérêt des acteur-riche-s sociaux-ales dans le parcours des personnes, afin de pouvoir orienter les usager-ère-s vers elles-eux. **L'intervention d'acteur-riche-s socia-le-s dans la formation des professionnel-le-s de santé**, ainsi que des temps de rencontre entre professionnel-le-s du secteur sanitaire et médico-social, semblent pouvoir favoriser cette connaissance mutuelle.

- La constitution de collectif, une clef pour l'empowerment

Le Collectif Étranger-e-s Malades est cité à de nombreuses reprises, par les personnes qui y participent ou y ont participé comme espace favorisant la participation

(partage d'expérience, participation à des mobilisations), l'acquisition de compétences (compréhension du système, apprentissage de la langue française, échange de coordonnées de professionnel-le-s), l'estime de soi (reprise de confiance, soutien moral, réassurance), la conscience critique (prise de conscience que l'on n'est pas seul-e dans sa situation, organisation de mobilisation pour les droits), et donc l'empowerment.

La constitution d'un groupe est décrite par M. BRETON comme la **première étape de l'empowerment**. L'échange autour de situations vécues permet aux membres du groupe de **prendre conscience qu'il-elle-s ne sont pas seul-e-s** à vivre une situation donnée et de réfléchir ensemble pour en comprendre ses racines socio-économiques, culturelles, politiques. Le développement d'une **entraide** (solidarité intra-groupe) **donne confiance** au groupe et lui donne la possibilité de s'engager dans des actions collectives (solidarité inter et extra-groupe), actions susceptibles d'amener des changements concrets dans les structures sociales, économiques et politiques (52).

Dans les entretiens, les personnes membres du Collectif Étranger-e-s Malades semblent plus à même d'avoir un regard critique (positif ou négatif) sur leurs rapports avec le système de soin et les professionnel-le-s de santé. Ce constat pourrait être considéré comme résultant de l'empowerment permis par la participation au collectif.

Au sein des usager-ère-s de la Case de Santé, le **collectif « Discriminations en santé »**, s'est créé en 2018 à l'initiative des usager-ère-s, à la suite d'ateliers sur les maladies chroniques animés par les médiateur-rices. Ce nouveau collectif, s'il se réunit à la Case de Santé, n'est pas animé par les travailleur-euse-s du centre de santé. Nous le percevons comme un signe de plus de l'intérêt de la constitution des collectifs pour lutter contre les oppressions que subissent certaines personnes ou groupes.

CONCLUSION

Les personnes qui font une demande de Droit au Séjour pour Raison Médicale sont, en France, dans une situation de particulière vulnérabilité résultant de leur position de migrant·e, de malade, et du caractère temporaire de ce droit au séjour. Les professionnel·le-s de santé qu'elles rencontrent sont impliqué·e-s à la fois dans les soins et dans les formalités administratives pour l'obtention du DASRM.

Entre Mars et Décembre 2018, nous avons interviewé par entretiens semi-dirigés quatorze personnes ayant fait une demande de DASRM, en Haute-Garonne et en Ariège, afin de comprendre leur vécu des relations avec les professionnel·le-s de santé.

La demande de DASRM est vécue comme un parcours du-de la combattant·e, et s'inscrit dans une contexte de grande précarité. Les demandeur·euse-s accordent une importance particulière à la qualité de l'accueil dans les lieux de soin notamment l'écoute, l'intérêt pour le parcours administratif et l'interprétariat.

La dépendance au·à la médecin pour la délivrance du certificat médical vient renforcer une asymétrie déjà importante entre professionnel·le-s et usager·ère-s. Simple formalité pour le·la médecin, le certificat médical présente un enjeu de vie ou de mort pour les demandeur·euse-s qui soulignent le temps et les compétences particulières nécessaires à la qualité de sa rédaction.

Certain·e-s soignant·e-s sont particulièrement investi·e-s et soutenant·e-s pour l'accès aux soins et aux droits. D'autres prennent parfois un rôle de contrôleur·euse, amenant un climat de méfiance. Les discriminations - racisme, négligence, mépris – viennent impacter la santé mentale et l'accès aux soins des demandeur·euse-s, et reflètent un contexte général de majoration des discriminations dans l'accès aux soins. La relation avec les professionnel·le-s de santé s'inscrit dans un climat politique de maîtrise de l'immigration et de suspicion de fraude.

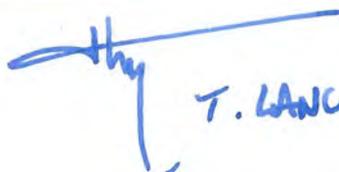
Pour acquérir des compétences sur le système français, de la confiance, et avancer vers plus de bien-être et d'autonomie des personnes, le recours à l'interprétariat professionnel, l'accompagnement social, l'information sur les droits et la participation à un collectif d'usager·ère-s sont des leviers.

Ces résultats pourront être pris en compte par les professionnel·le-s de santé pour adapter leur posture et leur prise en charge lorsqu'il·elle-s reçoivent des personnes faisant une demande de DASRM, en portant une attention particulière à leurs représentations et à la façon dont il·elle-s peuvent être influencé·e-s par les discours dominants. La généralisation du recours à l'interprétariat professionnel, le développement de la coopération entre

professionnel-le-s du sanitaire et du social, ainsi qu'une politique de santé ayant pour objectif l'accès aux soins et à la prévention pour toutes et tous, pourraient favoriser l'accès à des soins respectueux des personnes et pourvoyeurs d'autonomie.

Vu, le président du
jury

Toulouse, le 18 I 2019.


T. LANCÉ.

Toulouse, le 18/01/2019

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



Références bibliographiques :

1. Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France. 2016 mai.
2. ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers). Brochure « ETRANGER-ES MALADES RESIDANT EN FRANCE. Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1er janvier 2017 ». 2017.
3. La Santé de l'homme n° 392 - La santé des migrants - Repères sur la santé des migrants [Internet]. [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/02.htm>
4. 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.
5. Abt M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais: attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
6. La Case de Santé. Rapport d'activité 2012. 2012.
7. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/17952>
8. G F. Blanchet et Gotman, L'enquête et ses méthodes: L'entretien. Docs.school Publications [Internet]. 31 mars 2007 [cité 15 nov 2018]; Disponible sur: <https://docs.school/philosophie-et-litterature/litterature/fiche-de-lecture/enquete-entretien-sociologie-344542.html>
9. Musso S. L'étranger malade: une cause devenue digne d'être défendue. Plein droit. 27 déc 2016;n° 111(4):44-8.
10. Izambert C. Étrangers malades: la fin d'un consensus. Plein droit. 7 avr 2014;n° 100(1):19-22.
11. Fassin D. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. Cahiers de l'Urmis [Internet]. 15 mai 1999 [cité 28 nov 2018];(5). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/urmis/351>
12. Viprey M. Immigration choisie, immigration subie: du discours à la réalité. La Revue de l'Ires. 2010;n° 64(1):149-69.
13. Blanchard E, Rodier C. « Crise migratoire »: ce que cachent les mots. Plein droit. 27 déc 2016;n° 111(4):3-6.
14. Association Aides. Pantin. FRA. Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers 2015. Pantin: Association Aides; 2015 p. 74p.
15. Cimade. Rapport d'observation - Personnes malades étrangères: soigner ou suspecter? - Bilan des effets de la réforme du 7 mars 2016. 2018 juin p. 36. Report No.: ISBN 978-2-900595-47-3.
16. Comité Médical pour les Exilés. (C.O.M.E.D.E.). Le Kremlin Bicêtre. FRA. Dossier: Accès aux soins des étrangers, année zéro. MAUX D'EXIL. mars 2007;(18):8p.
17. Accès aux soins: difficultés des exilés en France. REVUE PRESCRIRE. avr 2009; (306):296.
18. DUBOIS V, PARIS M, WEILL PE, Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.). Paris. FRA, Université de Strasbourg. Laboratoire Sage Umr Cnrs 7363. Strasbourg.

- FRA. Politique de contrôle et lutte contre la fraude dans la branche Famille. DOSSIERS D'ETUDES - CNAF. 2016;(183):238p.
19. Knaebel R. Pas de « droit à l'erreur » pour les allocataires de la Caf, soumis à des contrôles toujours plus invasifs. Basta! [Internet]. 30 juin 2017 [cité 31 déc 2018]; Disponible sur: <https://www.bastamag.net/Pas-de-droit-a-l-erreur-pour-les-allocataires-de-la-Caf-soumis-a-des-contrôles>
 20. CADEAU C. Dossier : Droits des étrangers : La CAF face au statut des étrangers. INFORMATIONS SOCIALES. 1999;(78):88-99.
 21. [Communiqué interassociatif] Premier rapport de l'Ofii sur les personnes malades étrangères | Droits d'urgence [Internet]. [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.droitsdurgence.org/accueil/communiqué-interassociatif-premier-rapport-de-lofii-sur-les-personnes-malades-etrangères-une-chute-catastrophique-de-la-protection>
 22. Association Aides. Pantin. FRA. VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations. Paris: Aides; 2017 p. 35p.
 23. Ministère de l'Intérieur. Circulaire du 2 novembre 2016: Application de la loi relative au droit des étrangers en France – dispositions applicables à compter des 1er novembre 2016 et 1er janvier 2017. NOR- INT/V/16/31686/J 2016.
 24. Rapport d'observation: Le droit au séjour des personnes étrangères malades (DASEM) à la Case de Santé 2015. 2015.
 25. Giroux F. Rôle ambigu du certificat médical. Rhizome « Demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen ». déc 2005;(21).
 26. Hénocq M, Veïsse A. Hommes et Médiations. À propos du droit au séjour des étrangers malades. Hommes & migrations Revue française de référence sur les dynamiques migratoires. 1 nov 2009;(1282):44-53.
 27. VEÏSSE A. Le médecin, la santé et le séjour des étrangers. Plein droit. 2006;n° 69(2):32-5.
 28. BOUCHET L. Réflexions à propos du suivi de patients migrants en situation de précarité en centre médico-psychologique - Diplôme Inter-Universitaire SANTE, SOCIETE, MIGRATION. 2016.
 29. Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile | Legifrance [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/5/AFSP1638149A/jo>
 30. VEÏSSE A. Les lésions dangereuses. Plein droit. 2003;(1):32–35.
 31. Zeroug-Vial H, Chambon N, Fouche M. Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjour pour raison médicale : faut-il rédiger des rapports médicaux ? 2015;91:5.
 32. Veïsse A. Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration. Humanitaire Enjeux, pratiques, débats [Internet]. 12 déc 2011 [cité 20 déc 2018];(30). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/humanitaire/1112>
 33. BENEVISE J-F, LOPEZ A, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA / éd. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local : avis rendu par les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sur le maintien des étrangers malades sur le territoire. Paris: IGAS; 2006. 19p. (Rapport IGAS ; RM2006 139A.).

34. Dawson AZ, Walker RJ, Campbell JA, Egede LE. Validation of theoretical pathway between discrimination, diabetes self-care and glycemic control. *Journal of Diabetes and its Complications*. 1 juill 2016;30(5):858-63.
35. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*. 2007;19(2):99-109.
36. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2006;63(6):1428-41.
37. Borrell LN, Kiefe CI, Williams DR, Diez-Roux AV, Gordon-Larsen P. Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2006;63(6):1415-27.
38. Lochak D. Réflexion sur la notion de discrimination. *Revue de droit social*. (11).
39. DESPRES C, LOMBRAIL P, GAGNAYRE R, Défenseur des droits. Paris. FRA, Université de Paris 13. Laboratoire Educations et Pratiques de Santé Ea 3412. Bobigny. FRA, Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris. FRA / com. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes. Paris: Défenseur des Droits ; Paris; 2017 p. 248p.
40. Boissonnat-Pelsy H, Sibue-DeCaigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec*. 2006;Tome 54(2):18-30.
41. Cognet M. Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Les cahiers de la LCD*. 2017;N° 5(3):25-42.
42. COMEDE. Rapport d'observation et d'activité 2017. 2017.
43. Défenseur des droits. Fiche pratique à destination des professionnels de santé - Les refus de soins [Internet]. 2018 [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/fiches-thematiques/fiche-pratique-les-refus-de-soins>
44. Jung É. Les déclinaisons de la mise à l'écart des soins. *MAUX D'EXIL*. déc 2017;(56).
45. Carde E. Le masque de la bienveillance. *MAUX D'EXIL*. déc 2017;(56).
46. François Sicot, Touhami S. Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 11 mai 2015 [cité 14 déc 2018];(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1725>
47. VEÏSSE A, REVAULT P. Entre impensés et inhospitalité. *MAUX D'EXIL*. déc 2017;(56).
48. INPES - ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
49. Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé.
50. SCHWARZINGER M, Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé - Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Paris: Ministère chargé de la santé; 2016 p. 139p.
51. Pluss M. Facteurs clefs destinés à favoriser l'autonomie et l'autodétermination des usagers. *Pratiques en santé mentale*. 12 sept 2016;62e année(3):21-4.
52. BRETON M. Partenariat et travail communautaire. *INFORMATIONS SOCIALES*. 2000; (83):38-49.

ANNEXES

Annexe I : Extraits de l'arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII dans le cadre du DASRM

Arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, de leurs missions, prévues à l'article L. 313-11 (11°) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (29)

Article 2

L'article R. 313-22 du CESEDA confie, dans le cadre de la procédure de délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé, à un collège de médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) le soin d'émettre un avis au vu d'un rapport médical établi par un médecin du service médical de cet office.

Les règles déontologiques communes à tout médecin, telles qu'elles résultent des [articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique](#), sont applicables à la procédure mentionnée au premier alinéa du présent article.

L'avis communiqué au préfet par le collège des médecins de l'OFII ne comporte aucune information couverte par le secret médical, détaillé en annexe I, ni aucun élément susceptible de révéler la pathologie du demandeur. Le rapport médical mentionné au premier alinéa du présent article n'est communicable ni à cette autorité administrative ni à aucune autre.

Les conditions de transmission du certificat médical, telles que prévue dans l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du CESEDA sont assurées dans le respect du secret médical, qui implique que les agents des services préfectoraux ne puissent pas accéder à une information médicale couverte par ce secret.

Ces agents ne peuvent faire état d'informations médicales concernant un étranger que celui-ci a, de lui-même, communiquées, que dans le cadre d'une procédure contentieuse.

Article 3

L'avis du collège de médecins de l'OFII est établi sur la base du rapport médical élaboré par un médecin de l'office selon le modèle figurant dans l'arrêté du 27 décembre 2016 mentionné à l'article 2 ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont le demandeur d'un titre de séjour pour raison de santé est originaire.

Les possibilités de prise en charge dans ce pays des pathologies graves **sont évaluées**, comme pour toute maladie, **individuellement**, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires.

L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause.

L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié.

Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques suivies au plan national, des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires présentés en annexe II et III sont mis à disposition des médecins de l'office.

Article 4

Les conséquences d'une **exceptionnelle gravité** résultant d'un défaut de prise en charge médicale, mentionnées au 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA, sont appréciées sur la base des trois critères suivants : **degré de gravité** (mise en cause du pronostic vital de l'intéressé ou détérioration d'une de ses fonctions importantes), **probabilité et délai présumé de survenance de ces conséquences**.

Cette condition des conséquences d'une exceptionnelle gravité résultant d'un défaut de prise en charge doit être regardée comme remplie chaque fois que l'état de santé de l'étranger concerné présente, en l'absence de la prise en charge médicale que son état de santé requiert, une **probabilité élevée à un horizon temporel qui ne saurait être trop éloigné de mise en jeu du pronostic vital, d'une atteinte à son intégrité physique ou d'une altération significative d'une fonction importante**.

Lorsque les conséquences d'une exceptionnelle gravité ne sont susceptibles de ne survenir qu'à moyen terme avec une probabilité élevée (pathologies chroniques évolutives), l'exceptionnelle gravité est appréciée en examinant les conséquences sur l'état de santé de l'intéressé de l'interruption du traitement dont il bénéficie actuellement en France (rupture de la continuité des soins). Cette appréciation est effectuée en tenant compte des soins dont la personne peut bénéficier dans son pays d'origine.

Annexe II : Historique du DASRM

(réalisé à partir du rapport d'observation de la Cimade de 2018 « Personnes malades étrangères : Soigner ou suspecter » (15) et du rapport de l'Observatoire des malades étrangers de juin 2015 (14))

Début des années 1990 : Expulsion de nombreuses personnes séropositives en situation irrégulière dans leur pays d'origine où le VIH ne peut être traité, les exposant à une mort certaine.

1994-1995 : Combat d'associations de santé et de défense des droits humains pour obtenir une loi de protection des personnes malades étrangères.

24 avril 1997 : La loi « Debré » instaure une **protection légale contre l'expulsion** pour les personnes gravement malades étrangères ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine. Elles ne sont pas régularisées pour autant.

11 mai 1998 : La loi « Chevènement » crée le droit à une **carte de séjour temporaire** mention « vie privée - familiale » pour les personnes gravement malades étrangères. L'évaluation médicale est réalisée par les médecins des directions départementales d'action sanitaire et sociale (DDASS), (devenues ARS en 2010). Elle repose sur l'approche **individualisée** des besoins de prise en charge et des possibilités d'accès aux soins dans le pays d'origine. C'est à dire de tenir compte non seulement des infrastructures et ressources humaines et techniques dans le pays d'origine mais aussi de la possibilité pour la personne de bénéficier de la prise en charge selon des données qui lui sont propre : distance entre son domicile et établissements de soins, ressources financières et coût réel des soins.

Mai 2002 : Rapport de l'inspection générale de l'administration en faveur d'une reprise en main par le ministère de l'intérieur et les préfets : établissement d'une liste des pathologies les plus significatives et vérifiables facilement, de fiches pays pour disponibilité des traitements.

2005-2006 : Élaboration de fiches pays par le ministère intérieur et diffusées dans les services de préfecture, ne prenant pas en compte l'effectivité de l'accès au soin.

Avril 2010 : Le conseil d'état rappelle de prendre en compte l'**effectivité** d'accès aux soins dans pays d'origine pour chacun-e

16 juin 2011 : La loi « Besson » substitue la notion de l'effectivité de l'accès aux soin par « l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine ». La seule existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, même en quantité insuffisante, même à un coût inaccessible suffit pour considérer que l'individu ne peut bénéficier du DASRM

10 novembre 2011 : Instruction du ministère de la santé qui précise que l'absence de traitement approprié doit être évaluée au cas par cas. Elle préconise de considérer comme

inexistant les traitements du VIH et des hépatites « dans l'ensemble des pays en développement »

2011-2013 : Constat par l'ODSE d'un recul net des délivrances de titres de séjour pour raison médicale et d'une augmentation des expulsions des personnes malades.

Mars 2013 : Rapport de l'inspection générale de l'administration et des affaires sociales qui constate une disparité des taux d'avis favorables rendus pas les médecins des ARS et recommande de transférer les compétences à l'OFII, relevant du ministère de l'intérieur.

A partir de 2013 : Augmentation du nombre de refus. Les préfets obtiennent des informations médicales en préfecture et effectuent des contre-enquêtes avec l'appui du médecin-conseil du ministère de l'intérieur.

7 mars 2016 : La loi « Cazeneuve » restaure la notion d'effectivité de l'accès aux soins, mais confie aux médecins de l'OFII la responsabilité d'évaluer l'état de santé des personnes malgré les luttes de l'ODSE entre 2014 et 2016

5 janvier 2017 : L'instruction du ministère de la santé de 2011 devient un arrêté qui s'impose aux médecins de l'OFII et précise pour certaines maladies les conditions d'accès au traitement dans le pays d'origine [Annexe III]

Annexe III : Certificat médical à remplir par la-la médecin qui suit habituellement la personne ou un-e PH

ANNEXES

ANNEXE A



**Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical**

IDENTIFIANT :

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
A adresser au médecin de l'OFII

1^{er} bloc rempli par l'administration

<p>Nom : Prénoms : Nom d'usage : Né(e) le : A : Nationalité : Adresse : Entré en France le : Tél : Email : Responsable légal :</p>	
---	--

2^{ème} bloc à remplir par le patient

Je m'engage à fournir au médecin de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ou au collège de médecins de cet établissement, toute information et examen nécessaires concernant mon état de santé et d'accomplir les diligences utiles pour les obtenir.
I undertake to supply to the doctor of the French Service of the immigration and the integration or to the college of necessary doctors of this establishment, any information and examination concerning my health and to carry out the useful diligences to obtain them.

Date : _____ Signature du patient (patient signing) : _____

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation de votre état de santé relatif à votre demande. Les destinataires des données sont les médecins de l'OFII. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
OFII -A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bague 75015 Paris ou ci.themie@ofii.fr.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant
«Le directeur général de l'OFII»
Pour consulter les modèles de mentions légales sur le site de la CNIL : <http://www.cnil.fr/vosresponsabilités/information@gnale>
*The collected informations are treated by computer and used for evaluate your health. OFII's physicians are the only recipients. In accordance with the "Data protection and civil liberties" Act of 6 January 1978, modified, you have a right to access and rectify information relating to you, you can do it by contacting
OFII -Correspondant Informatique et Libertés- 44 rue Bague 75015 Paris or ci.themie@ofii.fr.
You have right, for legitimate reasons, to object to the processing of your data.
«CEO of OFII»
For more information please refer to CNIL website: <http://www.cnil.fr/vosresponsabilités/information@gnale>*

3^{ème} bloc à remplir par le médecin

<p>1 -Médecin traitant du demandeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 2 -Médecin spécialiste du demandeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 3 -Autre : _____</p> <p>Date de la consultation : _____</p> <p>Poids : _____ Taille : _____</p> <p>Langue parlée : _____</p> <p>Communication : Directe <input type="checkbox"/> Avec tiers <input type="checkbox"/> Avec interprète <input type="checkbox"/> (préciser langue) : _____ Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/></p> <p><small>Note importante au médecin rédacteur du certificat : La personne qui vous remet le présent certificat demande un titre de séjour pour raisons de santé ou sollicite une protection contre une mesure d'éloignement. Le présent certificat et doit être rempli par le médecin qui suit habituellement l'intéressé ou par le praticien hospitalier, inscrit au tableau de l'ordre. Le traitement du dossier dépend de la qualité de l'information qui sera transmise par le présent certificat et les pièces et documents nécessaires l'accompagnant. Toutes les informations sont transmises dans le respect du secret médical au médecin de l'OFII. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel dans l'enveloppe qui vous est remise par le demandeur. Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec le service médical santé de l'OFII au : 01.53.69.33.90 ou encher ci-après : Contact requis <input type="checkbox"/> Réf : articles L. 313-11 1°, L. 852-1 16°, R. 313-22, R. 313-23, R. 311-4, R. 321-1, R. 323-8 et R. 852-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Aucune attestation médicale ni information médicale n'est à fournir à la préfecture.</small></p>	
--	--

☞ si pathologie psychiatrique, renseigner directement la partie B en page 3



Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical

IDENTIFIANT :

Partie A : PATHOLOGIE SOMATIQUE

- Histoire de la maladie :
- Diagnostic principal :
- Traitements en cours ou prévisibles (*date du début, dénomination commerciale ou classe pharmacothérapeutique, durée prévue*)
 -
 -
 -
- Observance :
- Suivi et examens médicaux :
- Si suivi hospitalier, préciser le nom de l'hôpital et du service :
- Stade évolutif de la maladie (score, classification):
- Complications, limitations fonctionnelles ou invalidité actuelles :

Observations :

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date.:



Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
Service médical

IDENTIFIANT :

Partie B : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Début de la maladie :
- Date de la 1^{ère} consultation spécialisée :
- Nombre de consultations spécialisées :
- Éléments biographiques, environnement familial, étapes de vie, itinéraire, facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation (*resilience*) :

- Antécédents médicaux familiaux et personnels :

- Histoire des troubles mentaux, mode évolutif :

- Etat mental actuel (*éventuellement échelle d'évaluation*) :

- Discussion diagnostique (*DSM-5 et/ou CIM-10*) :

- Description détaillée de la prise en charge thérapeutique (*traitements entrepris et depuis quand, techniques de psychothérapie, fréquence, résultats des thérapeutiques jusqu'à présent*) :

- Perspectives et pronostic (*type et durée prévue des soins, objectifs thérapeutiques, selon quelle fréquence et à quels moments le résultat des soins sera évalué, méthodes d'évaluation des résultats, appréciation sur les perspectives d'évolution*) :

Merci de joindre tous résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation ou autres pièces médicales relatifs à la pathologie invoquée

Fait à

Date :

--

Annexe IV : Avis favorable de la commission éthique

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Service de Médecine de Famille et de Médecine Généraliste</p>	<h3>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</h3> <p>Secrétariat : <i>Dr Motoko DELAHAYE</i> 30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr</p>
--	---

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

<u>Renseignements concernant le demandeur :</u>	
Noms : DUVAL Léa et	MARZOUK Auriane
Qualité : internes en Médecine Générale TCEM3	
Adresse : [redacted]	[redacted] 31000 Toulouse
Courriel : leonleon@zaclys.net,	auriane.marzouk@gmail.com
Numéro de téléphone : [redacted]	[redacted]
<u>Renseignements concernant le promoteur :</u>	
Nom : DUMG de Toulouse sous la responsabilité de Dr Laurencin Gabrielle	
Qualité : médecin généraliste	
Adresse : La CASE de Santé, 17 place Arnaud Bernard 31000 Toulouse	
Courriel : gabrielle.laurencin@gmail.com	
Numéro de téléphone [redacted]	

<u>Titre complet de la recherche</u> : Quel est le vécu des personnes faisant la demande de Droit au Séjour pour Raison Médicale (DASRM) des consultations médicales dans la procédure DASRM
--

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 020

LE 23/5/2018



Dr Motoko Delahaye

Annexe V : Formulaire d'information et de consentement

« Vécu des relations avec les professionnel-le-s de santé des personnes faisant la demande de Droit au séjour pour Raison Médicale » Thèse de Recherche

Formulaire d'information

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche concernant le droit au séjour pour raison médicale (DASRM).

Nous souhaitons améliorer l'accueil des personnes effectuant cette démarche. Pour cela, nous avons besoin de savoir quel est votre vécu des consultations médicales dans le cadre de la procédure de DASRM.

Ce recueil d'informations est anonyme : nous n'utiliserons pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous et votre famille. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment, sans conséquence négative pour vous et votre entourage.

Déroulement : nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion dure entre 15 et 60 minutes suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien ce que nous vous demandons, n'hésitez pas à nous le dire. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. Nous essaierons d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

Les personnes présentes seront : Auriane Marzouk ou Léa Duval (chercheuses), et éventuellement un.e interprète.

La séance sera enregistrée, nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

Avantages de l'enquête :

Cette étude se réalise autour de questions que l'on vous pose sur vos ressentis afin de mieux comprendre vos besoins. Avec cette enquête, nous souhaitons améliorer l'accès à la procédure de droit au séjour pour raison médicale et améliorer l'accueil au cours des consultations médicales.

Risques liés à l'enquête :

Nous ne dirons à personne les confidences que vous nous ferez. L'enregistrement ne sera divulgué à aucune personne extérieure à l'enquête.

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de quitter la discussion à tout moment sans vous justifier.

Vous ne gagnerez pas d'argent mais nous vous proposerons une collation pendant la séance.

Si vous êtes d'accord pour participer, pouvez vous nous dire que vous avez compris le déroulement et les avantages de l'enquête ? Pouvez vous nous dire oralement que vous acceptez de participer à cette enquête ?

La personne qui réalise l'enquête va signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation. Nom et Prénom de la chercheuse :

Date, lieu, heure et signature :

Formulaire de consentement :

J'accepte de participer à l'étude sur le vécu des consultations médicales dans la procédure de droit au séjour pour raison médicale.

Date et signature :

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les chercheuses Léa Duval et Auriane Marzouk déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Annexe VI : Première version du guide d'entretien

Consigne : Pouvez-vous nous raconter votre parcours avec le DASRM : Comment avez vous vécu les consultations avec les médecins ?

1. Déroulé de la consultation : Pouvez-vous nous raconter comment s'est déroulée une consultation médicale dans le cadre de la procédure DASEM ?

- est-ce que vous étiez seul-e ?
- est-ce qu'on vous a examiné ?
- est-ce qu'on a contrôlé votre identité ?
- langue parlée ? présence d'interprète ?
- remise de certificat ?
- durée de la consultation ?
- Lieu de la consultation: ambulatoire ? Hôpital ?
- Depuis quand connaît-il-le le médecin ?

2. Ressentis : Comment vous êtes-vous senti-e durant cette consultation ? Comment l'avez-vous vécue ?

- a. Relation avec le-la médecin
 - i. Accompagnement médical / psychologique
 - ii. Écoute/ Accueil/ Disponibilité / Respect /confiance ?
 - iii. Respect de l'intimité (physique, psychologique/intrusif ?)
 - iv. Sentiment de rejet / résistance / jugement /suspicion de fraude ?
 - v. Difficulté de compréhension :
 - 1. Différence de culture et de religion
 - 2. Barrière de la langue
 - vi. Sentiment d'infériorité ? Dépendance ?
- b. Réponse aux attentes
 - i. divergence des priorités entre médecin et patient-e
 - ii. méconnaissance de la procédure
 - iii. explications données / compréhension
- c. Facteurs de stress
 - i. Lié à la crainte de l'aggravation de la maladie
 - ii. Respect du secret médical
 - iii. Lié à l'obtention d'un titre de séjour
 - iv. Coût ?
- d. Surdiagnostic ?
- e. En amont :
 - i. Difficultés pour obtenir une consultation
 - ii. appréhension

3. Avez-vous eu un RDV avec un-e médecin de l'OFII ?

- Prise de sang ?
- Climat de suspicion ?

Annexe VII : Dernière version du guide d'entretien

Consigne : Pouvez-vous nous raconter votre parcours avec le Droit au Séjour pour Raison Médicale (DASRM). Comment ça s'est passé pour faire le certificat médical pour la demande DASRM ? (autre formulation : Comment ça s'est passé pour avoir le certificat médical ?)

1. Ressenti et déroulé d'une consultation : Pouvez-vous nous raconter une consultation ?

- est-ce que ça s'est bien passé, pour vous ?
- est-ce que vous avez eu besoin de **préparer la consultation** ?
- comment avez vous été **accueilli-e** dans la structure ?
- qu'en avez vous pensé ?
- est-ce qu'il y a eu des choses qui vous ont **gêné-e** / que vous avez **aimé**?

- est-ce que vous étiez seul.e ?
- est-ce qu'on vous a examiné.e ?
- langue parlée ? présence d'interprète ?
- remise de certificat ?
- durée de la consultation ?
- Lieu de la consultation: ambulatoire ? Hôpital ?
- Depuis quand connaît-il-elle le-la médecin ?
- Dépassements d'honoraires ?
- Parle de la situation administrative au-à la médecin ?

2. Relation avec le personnel médical : Comment ça s'est passé avec le-la médecin ? l'infirmier-ère? le-la secrétaire / accueil ?

Relation avec le-la médecin

- i. *Accompagnement médical / psychologique*
- ii. *Ecoute/ Accueil/ Disponibilité / Respect /confiance ?*
- iii. *Respect de l'intimité (physique, psychologique/intrusif ?)*
- iv. *Sentiment de rejet / résistance / jugement /suspicion de fraude ?*
- v. *Difficulté de compréhension :*
 1. *Différence de culture*
 2. *Barrière de la langue*
- vi. *Sentiment d'infériorité ? Dépendance ?*

Pour les consultations avec les médecins, qu'est-ce qui vous a posé problème ?

- i. *Stress Lié à la crainte de l'aggravation de la maladie, Lié à l'obtention d'un titre de séjour*
- ii. *Respect du secret médical*
- iii. *Coût*
- iv. *Difficultés pour prendre les rendez-vous*
- v. *Réponse aux attentes*
 1. *divergence des priorités entre médecin et patient => compréhension des enjeux et conséquences liées à l'obtention ou non du DASEM ?*
 2. *méconnaissance de la procédure*

Pour les consultations avec les médecins, qu'est-ce qui vous a aidé ?

i. relecture du certificat par une association avant l'envoi

3. Consultation avec le-la médecin de l'OFII : Est-ce que vous avez rencontré le-la médecin de l'OFII? Comment ça s'est passé ? Ça s'est bien passé pour vous ? avec qui étiez vous ?

4. Ça veut dire quoi pour vous « exceptionnelle gravité ? »

5. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe VIII : Exemple de contexte d'énonciation et extrait d'entretien

Nous nous retrouvons à la maison des associations de ville T où Mr a l'habitude de venir pour les rendez-vous de l'association de défense des droits, qui l'accompagne pour la réalisation des dossiers de demande de droit au séjour. Une personne de cette association qu'il connaît bien et avec laquelle je suis en contact l'a appelé pour l'informer de notre travail de recherche et lui proposer de venir nous rencontrer. Il devait venir avec une personne pour faire la traduction, cette personne n'est pas là. Nous essayons de mener l'entretien sans traducteur-ice, mais il est très difficile de nous comprendre. Je répète souvent les mêmes questions au début car j'ai peur que nous ne nous comprenions pas. Je propose alors d'appeler l'interprétariat téléphonique, mais finalement, il préfère appeler un ami à lui qui va nous servir d'interprète.

Mr semble assez stressé et contrarié. Il m'explique que lui, sa femme, sa sœur et ses enfants vivent à l'hôtel et que dans deux semaines, cet hébergement se termine et qu'il a peur de se retrouver à la rue avec sa sœur gravement malade. Elle ne peut communiquer ni se déplacer seule. Elle vit chez lui, et il l'accompagne dans toutes ses démarches médicales.

Extrait d'entretien :

L : Pour ça je voulais savoir comment ça s'est passé avec les médecins qu'il a rencontré pour =la maladie de sa sœur ? Est-ce qu'il s'est senti bien accueilli ? Est-ce que il a été bien accueilli

I : Oui, oui il est bien.

L : Vous pouvez lui demander pour qu'il m'explique comment ça s'est passé ? Qu'il me raconte ?

I : Oui madame. Oui, oui c'est bon.

L : Et euh, le médecin appelait l'interprète ou c'est l'assistante sociale qui appelait l'interprète pour les consultations ?

I : Madame. Il est avec le docteur et le docteur aussi appelle l'assistante sociale.

L : D'accord. Et euh, est-ce qu'il avait l'impression que les médecins il-le-s comprenaient bien sa demande ?

I : Oui madame, pour le moment, quand il a, quand il doit aller avec les docteurs, il avait un interprète, et après il expliquait tout, comment il est arrivé là jusque là maintenant. Ça veut dire, il expliquait tout tout tout tout !

L : Et les médecins comprenait bien ?

I : Je pense oui. Parce que vraiment il appelait avec l'interprète.

L : Et est-ce qu'il y a déjà eu des médecins qui l'ont jugé ou qui l'ont rejeté ? Avec sa sœur ?

I : Madame, normalement, lui il a appelé, un docteur ou quoi là, Euh, après, je sais pas il m'a dit il doit payer 170 euros pour une demande de la juge, je sais pas ce que c'est moi ça. Et après comme ça, normalement, il va voir le docteur à ville X (ville à 20 km de ville Y)

L : Alors j'ai pas bien compris, il y a un médecin qui lui a demandé 170 euros ?

I : oui bon là c'était une demande ? *(je ne comprends pas bien s'il parle du coût des timbres fiscaux demandés par la préfecture)*

L : Pour faire un certificat ?

I : Voilà c'est ça

L : D'accord : Et est-ce que c'était pour sa sœur ? Pour la demande de droit au séjour pour sa sœur ?

I : oui. Pour sa sœur bien sûr c'est pour sa sœur. Il a fait ça et après il a dit, on verra le juge. Quel juge je sais pas...docteur ou... je sais pas.

L : D'accord. Et pourquoi il était allé voir ce médecin à ville X ? Plutôt que le médecin qu'il connaît ?

I : Madame en fait lui, il est parti là bas, à ville X. Il a expliqué tout ça, la santé de madame et tout , et après, il a fait une demande, pour le certificat, pour expliquer tout ça, que son frère il fait tout, lui signer les papiers,[incompréhension] parce que normalement elle est malade, elle doit porter rien

L : Donc lui il était obligé d'aller voir le médecin pour faire le dossier pour sa sœur ?

I : Voilà. Et après lui, lui il est en charge d'elle. Pour la garder, parce que elle elle est malade madame. C'est pas possible pour sortir toute seule, elle est perdue pour ça tu comprends ?

L: D'accord ok.

(...)

L : Et quand il est allé à l'hôpital pour sa sœur, est-ce que vous pouvez lui demander comment ça s'est passé à l'hôpital pour sa sœur ? Est-ce qu'il était bien accueilli.. ou pas ?

I : Oui normalement ça se passe très bien il a dit, il est très content des résultats parce que il allait très bien, il a fait les analyses, il a fait tout ça. Il est très content avec l'hôpital.

L : D'accord, ok. Et est ce qu'il y a déjà eu des problèmes avec des médecins ? Vous pouvez lui dire que je pose cette question parce que moi mon but c'est d'améliorer si jamais y'a des problèmes. Voir si y'a des problèmes, les résoudre. Donc savoir si y'a déjà eu des problèmes avec des médecins, si ya des médecins qui ont déjà été racistes, ou qui ont pas compris, ou...

I : Non, madame, il n'y a pas de souci. Il est très content avec tous les docteurs : l'hôpital, dr Y., docteur K. Il n'y a pas de souci.

L : Et comment il fait pour aller chez le médecin, est-ce qu'il y a toujours quelqu'un qui l'accompagne ? Ou est ce qu'il y va tout seul avec sa sœur ?

I : Je pense qu'il allait tout seul. Avec le Dr K. au début, y avait l'assistante sociale. Mais après à l'hôpital et tout ça il est allé tout seul.

(...)

L : Est-ce que lui il aurait des questions, ou des propositions pour améliorer les rapports avec les médecins en général ?

I : En fait madame, ya pas de question. Il est inquiet parce que dans deux semaines, il va sortir de l'hôtel. Et après, il a peur, parce que il sait pas il va aller où. Il est avec elle, elle est très malade.

Annexe IX : Extrait de l'analyse thématique

Thème	Sous-thème1	Sous-thème2	Codage	Entretien 1	Entretien 8
Véçu de DISCRIMINATIONS	Désintérêt des médecins perçu comme une discrimination		perception d'une absence d'intérêt des médecins dans leur regard désintéressé perçu comme une discrimination	parce que le regard des fois c'est parlant, des fois quand on est désintéressé c'est parlant, fin tu le sens ! parce que le regard des fois c'est parlant, des fois quand on est désintéressé c'est parlant, fin tu le sens ! Même... C'est pas que des propos ; c'est ce qu'on disait la discrimination indirecte ; tu le sens, tu sens qu'il y a aussi... l'accord ou pas..	
		véçu de négligence	Absence de prise en charge médicale malgré le constat par l'infirmière d'un événement de santé ressenti comme grave		J'ai craché devant lui j'ai dit « venez madame, regarde comment j'ai craché beaucoup de sang dans le lavabo ». Elle a dit « ouais c'est vrai monsieur K il crache du sang dans lavabo c'est pas question il t'mene quand il a dit qu'il crache du sang ». A : Mmh. M : Elle a dit on verra et tout. Après il m'a rien fait.
véçu de moquerie			sentiment de négligence de la part du médecin en lien avec l'absence de proposition thérapeutique malgré des symptômes gênant, justifiées par un nombre trop important de personnes présentant ces symptômes		
	Remise en question de la légitimité, en tant qu'étranger-e, à se faire soigner en France	Fréquence de ce jugement chez les médecins	sentiment que le médecin agréé se moque d'elle en repoussant de façon répétée la délivrance du certificat attitude de non jugement vis à vis du médecin traitant rareté des médecins avec lesquels on peut se sentir en confiance pour expliquer sa situation sociale et médicale Fréquence des remises en question de la légitimité à être en France pour se soigner en tant qu'étranger grande fréquence des personnes avec un véçu de discrimination	Et du coup pour trouver déjà ce bon médecin qui va... qui va pas te juger qui va te comprendre, qui va comprendre ce que tu fais et tout, et, c'est, c'est, c'est difficile, ça te laisse pas beaucoup de choix. // fin qu'ils le comprennent sans te juger ou Et du coup oui, ils sont rares les médecins où... où tu le sens à l'aise avec eux pour leur expliquer... voilà... la raison pour laquelle tu est là. Et, c'est vrai que des propos comme ça sont pas... répétés dans le milieu hospitalier enfin consultations médicales, c'est fréquent.	le tu rentres ils donnent les cachets c'est tout elle dit c'est bon Monsieur M faut te... départ. Ça fait 1h. En plus qu'il est trop fermé le centre de rétention c'est pareil pas ville 1. A ville 1 ils sont ouverts. A : Comment tu l'expliques ça... que t'as l'impression qu'ils font pas le maximum ? T'as l'impression s'en foutent ? M : Ouais ils s'en foutent. P K : Ils font pas le maximum parce que... ff ils s'en fout

Annexe X : Caractéristiques des personnes participantes

Pays d'origine	Albanie , Algérie, Arménie, Cameroun x3, Centrafrique, République Démocratique du Congo, Kosovo x2, Mali, Tunisie, x2,
Genre	7 hommes, 7 femmes
Âge	27 à 75 ans, moyenne 44,5 ans
Profession exercée dans le pays d'origine	boulangère, coiffeuse, comptable, éboueur, enseignant en IUT, maçon, professions variées (cumul de plusieurs emplois : vendeuse, services à la personne...), serveur, vendeuse
Interprétariat téléphonique	Pas du tout :10 (consultations réalisées en français) Pour tout l'entretien : 2 Pour le formulaire d'information et de consentement: 4
Mode de recrutement	Case de santé : 6 Via un-e participant-e : 1 Association de défense des droits : 5 CLAT : 1 Médecine légale : 1
Durée des entretiens	25 minutes à 1 heure 40 minutes Moyenne : 46 minutes
Membres du Collectif Étranger-e-s Malades	7
Date des entretiens	Du 9 mars 2018 au 29 novembre 2018
Lieu de vie	Toulouse : 9 Ariège: 5
Type de demande DASRM	Malade : 12 Accompagnant-e d'étranger-ère malade : 1 Parent d'enfant malade : 1
Nombre de demandes de DASRM effectuées	1 à 7 (moyenne 2,5)
Pathologies pour lequel le DASRM a été demandé (demandé pour plusieurs pathologies chez 5 personnes)	Psychopathologie (x1), maladies infectieuses (x4), maladies endocriniennes et métaboliques (x4), maladies de l'appareil circulatoire (x4), maladies urinaires (x1), maladies neurologiques (x4)

Annexe XI : Extrait de la fiche pratique du Défenseur des droits à destination des professionnel-le-s de santé sur les refus de soin.

4 Quels sont les différents types de refus de soins illégaux ?

→ **Le refus de soins est une discrimination directe** lorsque la ou le professionnel de santé refuse de recevoir le ou la patiente du fait de sa protection sociale (CMU-C, ACS ou AME) ou en raison d'un motif discriminatoire (état de santé, orientation sexuelle, handicap, ...).

→ **Le refus de soins est souvent une discrimination indirecte** et se manifeste de différentes manières :

- des **orientations répétées et non-justifiées** vers un autre confrère, un hôpital ou un centre de santé sans raison médicale particulière ;
- des **refus de devis** ;
- un **rendez-vous proposé dans un délai anormalement long** par rapport aux autres patients ;
- une **attitude ou un comportement discriminatoire**, intentionnel ou non, de la part du professionnel de santé. Cela peut se caractériser par le fait de prendre en charge certains patients ou patientes dans des conditions différentes des autres patients (exemple : proposer systématiquement à certains patients des rendez-vous uniquement en fin de journée, après les autres).



Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ont des droits spécifiques.

Les professionnels de santé ne doivent pas appliquer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, sauf en cas d'exigences particulières du patient ou de la patiente quant au lieu

ou à l'horaire de la consultation par exemple (Article L162-5-13 du code de la sécurité sociale).

Les bénéficiaires de la CMU-C bénéficient d'un maintien des droits jusqu'à 12 mois en cas de non renouvellement. Ainsi, une avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie ne peut être demandée.

Pour l'ACS, la dispense totale d'avance de frais n'est possible que si la personne a choisi préalablement un des contrats de complémentaire santé proposé par le ministère de la Santé.

Les bénéficiaires de l'AME ont droit au tiers payant.

5 Comment améliorer sa pratique ?

→ S'informer sur les droits dont bénéficient les patients pour éviter tout malentendu.

Un ou une professionnelle de santé qui n'applique pas le tiers payant à un patient bénéficiaire de l'ACS par exemple s'expose à une sanction.

→ S'assurer que les droits du patient sont à jour afin d'éviter toute difficulté administrative.

Pour prévenir des problèmes de remboursement par l'Assurance maladie, demandez de manière systématique la carte vitale ou l'attestation de droits. Le dispositif de télétransmission peut simplifier vos démarches.

Si votre patient n'a pas sa carte vitale ou qu'elle n'est pas mise à jour, vous pouvez recourir au dispositif de téléservice gratuit « Acquisition des droits intégré » (ADRI) de l'Assurance maladie qui permet d'obtenir les droits à jour de vos patients.

→ Proposer différents modes d'organisation des rendez-vous accessibles et multiples comme par exemple des rappels de rendez-vous par SMS ou mail, des plages de consultation sans rendez-vous ou d'autres méthodes plus adaptées à votre pratique.

Des modalités d'organisation du cabinet, choisies par commodité, peuvent parfois exclure indirectement des patients ou des patientes. Certaines modalités ne sont pas adaptées aux personnes qui par exemple peuvent avoir des difficultés avec les nouvelles technologies ou qui maîtrisent mal le français.

→ Indiquez à votre patientèle qu'elle doit annuler ses rendez-vous ou prévenir en cas d'empêchement.

Il est important de rappeler de manière pédagogique aux patients l'importance d'honorer leur rendez-vous.

→ N'hésitez pas à vous rapprocher des référents CPAM en cas de difficulté administrative.

Ils sont là pour vous informer.

Vécu des relations avec les professionnel-le-s de santé, des personnes qui font la demande de Droit au Séjour pour Raison Médicale.

Les demandeur-euse-s de droit au séjour pour raison médicale (DASRM) sont particulièrement vulnérables. Les médecins ont un double rôle administratif et de soin. **Objectif** : Explorer leur vécu des relations avec les professionnel-le-s de santé. **Méthode** : Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés et analyse thématique, auprès de quatorze demandeur-euse-s de DASRM, de mars à décembre 2018 en Haute-Garonne et en Ariège. **Résultats** : Les thèmes retrouvés sont : le parcours du-de la combattant-e de la demande de DASRM dans un contexte de grande précarité ; l'importance de l'accueil et de la prise en compte la globalité des personnes ; la sortie de rôle des professionnel-le-s, entre contrôle et investissement ; la dépendance vis-à-vis des médecins et les discriminations au sein d'une relation asymétrique ; les leviers pour favoriser l'empowerment. **Conclusion** : Une prise en compte de la dépendance des demandeur-euse-s vis-à-vis des médecins dans un contexte de contrôle et de vulnérabilité est nécessaire pour leur accompagnement.

Experiences of residency seekers for medical reasons of their relationships with health professionals

Residency seekers for medical reasons in France are particularly vulnerable. Doctors have a double role : administrative and care. **Objective** : To explore their experiences of relationships with health professionals. **Method** : Qualitative study by semi-directed and thematic analysis with fourteen residency seekers from March to December 2018 in Toulouse and Ariège. **Results** : The themes were : the obstacle course of seeking a residence permit for medical reasons in a very precarious environment, the importance of welcoming the patient and taking into account the patient as a whole, professionals acting outside their expected boundaries, between control and dedication; the dependance towards the doctors and discriminations within an asymmetric relationship, the tools for favouring empowerment. **Conclusion** : In order to support these residency seekers, it is necessary to take into account the dependance towards the doctors in a context of control and vulnerability.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : migrant, étranger, professionnel de santé, relation soignant soigné, discrimination, accès au soin, droit au séjour

Keyword : migrant, foreigner, health professional, doctor-patient relationship, discrimination, acces to health, right of stay, health social inequalities.
