

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

Année 2014

2014 TOU3 1075

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 SEPTEMBRE 2014 PAR

M. Julien CALMON

Comparaison de l'état de santé d'un groupe de demandeurs d'asile avant et après l'obtention du statut de réfugié

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Jean DOUBOVETZKY

JURY

Président

Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC

Assesseurs

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Alain GRAND

Madame le Docteur Béatrice GUYARD-BOILEAU

Membre invité

Madame le Docteur Anastasia MEIDANI

Membre

Monsieur le Docteur Jean DOUBOVETZKY

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ABBAL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. GALINIER
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. GARRIGUES
Professeur Honoraire	M. BARRET	Professeur Honoraire	M. GAUBERT
Professeur Honoraire	M. BARTHE	Professeur Honoraire	M. GEDEON
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. GOZI
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. BAZEX	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. LACOMME
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. CABARROT	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC	Professeur Honoraire	M. MONROZIES
Professeur Honoraire	M. CARLES	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. CARRIERE	Professeur Honoraire	M. PASQUIE
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CATHALA	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. CERENE	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PUJOL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. REGIS
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. REGNIER
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER	Professeur Honoraire	M. RIBAUT
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. RIBET
Professeur Honoraire	M. DELSOL	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. RUMEAU
Professeur Honoraire	M. DURAND	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. ESCANDE	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ESCAT	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. FABRE J.		

Professeurs Émérites

Professeur J.L. ADER	Professeur F. JOFFRE
Professeur ALBAREDE	Professeur JUSKIEWENSKI
Professeur E. ARLET-SUAU	Professeur L. LARENG
Professeur M. BOCCALON	Professeur LARROUY
Professeur B. BONEU	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CARATERO	Professeur LOUVET
Professeur CONTÉ	Professeur MANELFE
Professeur J. CORBERAND	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur MURAT
Professeur H. DABERNAT	Professeur SARRAMON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.	
<i>Classe Exceptionnelle et 1^{re} classe</i>	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumat.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.	
<i>2^e classe</i>	
Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES PH.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU CH	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER CH.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER CH.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-CH.	Neurochirurgie
P.U.	
M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeurs Associés

Dr MESTHÉ P.	Médecine Générale	Dr POUTRAIN J.Ch.	Médecine Générale
Dr NIEZBORALA M.	Médecine du Travail		

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
<i>Classe Exceptionnelle et 1^{re} classe</i>		<i>2^e classe</i>	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD Jp.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE Jm.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeurs Associés

Dr VIDAL M.	Médecine Générale	Woisard V.	O.R.L.
-------------	-------------------	------------	--------

M.C.U.-P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DE GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
Mme DUCUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUT PH.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE ANNE	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT M-E	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC TH.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Avant-propos

Prérequis sur le droit d'asile et les réfugiés

La France est un pays d'immigration : sa population compte près de 11 % d'immigrés¹. L'origine de ces immigrés est variée et parmi eux on distingue un petit nombre de réfugiés. Au sens large du terme un réfugié est une personne qui est contrainte à l'exil parce que sa vie ou sa liberté sont menacées à l'endroit où elle vit. La plupart du temps elle s'enfuit dans un pays voisin du sien, mais parfois elle décide de partir plus loin, notamment en Europe². Cependant pour prétendre au droit d'asile en France et en Europe, le réfugié doit répondre à des critères conventionnels internationaux. Ces critères sont basés sur une définition précise du réfugié : victime de persécutions liées à sa race, son sexe, sa religion, son appartenance à un groupe social ou ses idées politiques (annexe 6 p. 69). On parle d'ailleurs souvent de « réfugiés politiques » comme synonyme de réfugiés. Ce raccourci de langage un peu réducteur permet de les opposer, par exemple, aux réfugiés « économiques » ou parfois « climatiques » qui ne rentrent pas dans le champ de la protection internationale des réfugiés.

En fonction de cette reconnaissance du statut de réfugié, on parlera de « demandeurs d'asile », pour ceux qui sont en attente d'une réponse à leur demande et de « réfugiés statutaires » pour ceux qui ont obtenu le statut de réfugié. Les réfugiés n'ayant pas obtenu le statut sont parfois appelés « déboutés de l'asile ».

Pendant l'examen de leur dossier, les demandeurs d'asile ne sont pas des clandestins ou des « sans-papiers » : ils bénéficient d'un titre de séjour régulier. Il faut donc les différencier, d'une part, des personnes qui sont immigrées pour d'autres raisons (motif familial, raison professionnelle, études, étrangers malades, etc.), d'autre part, des personnes qui sont en situation irrégulière. Après la Seconde Guerre

1. Chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), qui utilise comme définition d'« immigré » celle du Haut Conseil à l'intégration de 1991 (voir glossaire p. 100)

2. L'Europe accueille moins de 30 % des réfugiés dans le monde selon le Rapport mondial sur le développement humain de l'Organisation des Nations Unies (ONU).

mondiale, réfugiés et immigrés étaient traités (et perçus) comme deux catégories différenciées, les réfugiés ayant éventuellement droit à un traitement préférentiel. Actuellement les frontières entre les demandeurs d’asile et les immigrés tendent à s’évaporer dans les discours et les politiques menées à leur égard^[15].

La procédure en France

L’asile est octroyé individuellement, chacune des personnes revendiquant ce droit doit suivre une procédure complexe et longue pour obtenir la reconnaissance du statut de réfugié. La première étape conduit à la préfecture de région pour obtenir un dossier de demande d’asile et une Autorisation Provisoire de Séjour (APS). C’est ensuite l’Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui est chargé d’instruire les demandes en France. Il doit déterminer s’il existe un risque de persécution dans le pays d’origine. Chaque demandeur d’asile a un mois pour envoyer sa demande comportant son histoire précise et détaillée, traduite en français. Un entretien oral est ensuite fréquent. En cas de rejet de sa demande par l’OFPRA, le demandeur d’asile peut former un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d’Asile (CNDA) qui statue en deuxième instance. Si la demande est à nouveau refusée le débouté est alors contraint de rentrer dans son pays, sinon il deviendra un clandestin. L’obtention de l’asile n’a donc rien d’automatique et la durée de la procédure d’examen peut s’étendre de 21 à 54 mois (procédure détaillée en annexe 7 p. 75).

Conditions de vie des demandeurs d’asile

Les premiers jours suivant l’arrivée en France des demandeurs d’asile sont difficiles. Il n’existe aucun accueil spécifique capable de prendre en charge simultanément l’ensemble des problèmes qu’ils rencontrent, dès le premier jour : se loger, se soigner éventuellement, se nourrir, comprendre où ils sont et quels sont leurs droits, pouvoir communiquer (la plupart ne parle pas le français), se déplacer. Leur besoin de prise en charge est global. Ils errent souvent plusieurs jours avant de trouver les bons guichets de l’aide sociale. Ils ont ensuite un mois pour rédiger leur demande d’asile détaillée et traduite en français^[24]. Une fois demandeurs d’asile, ils ont un statut social tout à fait à part : bien qu’ayant le droit de séjourner en France, leur condition sociale est légalement définie de telle manière qu’ils sont précaires

par essence. Ils n'ont pas de droit au travail et la majorité bénéficie d'une allocation d'environ onze euros par jour (dans certaines procédures, aucune allocation n'est versée³). Le Dispositif National d'Accueil (DNA) prévoit l'hébergement des demandeurs d'asile dans des Centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA). Les personnes qui y sont accueillies bénéficient d'un hébergement pendant la durée de la procédure, mais aussi d'un accompagnement social et juridique qui multiplie largement leurs chances d'obtenir le statut de réfugié^[23]. Cependant, le nombre de places est très insuffisant et la grande majorité des personnes en quête d'asile doit donc se tourner vers le réseau d'hébergement d'urgence ou leurs proches, ceci sans droit au travail et avec seulement les onze euros alloués chaque jour pour subsister. Depuis 2006 le demandeur d'asile refusant une place en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) est privé des onze euros d'allocation quotidienne⁴. Autre conséquence du débordement du Dispositif National d'Accueil, les demandeurs d'asile bénéficient de moins en moins d'actions de formation et d'insertion. La formation professionnelle est interdite et l'enseignement du français n'est pas encouragé par les autorités (conditions de vie et droits sociaux sont détaillés en annexe 8 p. 81).

Difficultés psychologiques

D'autre part, l'avenir des demandeurs d'asile dépend de l'obtention difficile et incertaine du statut de réfugié, ce qui les place sous le signe de l'insécurité et de l'incertitude. Ils doivent faire le deuil de leur vie passée sans savoir s'ils pourront se reconstruire dans le pays d'accueil. Entre le risque de renvoi dans leur pays d'origine et le risque de tomber dans la clandestinité, souvent loin de leurs proches restés au pays, il leur est bien difficile de former des projets. Les chances d'obtenir le statut de réfugié sont faibles : le taux d'accord global (OFPRA et CNDA) est faible, environ 21 % en 2012^[45]. Les demandeurs d'asile l'ignorent lors de leur arrivée en France, il se croient souvent « tirés d'affaire ». Lorsque, assez rapidement, ils se rendent compte qu'il n'en est rien, leur sentiment initial de sécurité fait place à une nouvelle angoisse. Leur précarité prend une forme plus insidieuse si on la considère d'un point de vue identitaire. Il ne s'agit pas seulement de leur survie,

3. C'est le cas en procédure prioritaire (voir p. 75).

4. Circulaire interministérielle DPM/ACI3 n° 2006-495 du 22 décembre 2006 relative à l'allocation temporaire d'attente

de leur liberté et de leur sécurité économique et juridique. Il s'agit aussi d'être reconnus en tant qu'êtres humains et de se constituer une identité, de trouver une place sociale, relationnelle – d'autant plus chez les victimes de mauvais traitements, de tortures ou de viols^[37].

Enfin, tous les demandeurs d'asile, y compris ceux ayant obtenu le statut de réfugié, ont vécu une autre forme de pression qui leur a été très douloureuse, la suspicion. Ils ont parfois l'impression qu'on les présume fraudeurs, qu'on les soupçonne en permanence d'être de « faux réfugiés », cherchant seulement à contourner l'interdiction de s'installer en France^[50].

Prise en charge médicale

Les demandeurs d'asile peuvent bénéficier d'une couverture santé intégrale par la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). À ce titre, ils peuvent comme tout un chacun, accéder au système de santé de droit commun, et cela sans avance de frais. Les médecins généralistes assurent en grande partie la prise en charge médicale, en dehors de quelques centres spécialisés dans l'accueil de migrants dans les grandes métropoles. La consultation de demandeurs d'asile demande beaucoup d'investissement, car la barrière de la langue et la méconnaissance des règles de fonctionnement du système français réclament de la part du médecin plus d'efforts pour se faire comprendre. L'investissement est aussi humain, compte tenu des situations parfois dramatiques qu'ont vécues certains réfugiés et qu'ils continuent de vivre ici en France. Sur le plan technique, des notions juridiques sur le séjour des étrangers sont nécessaires pour appréhender la complexité des situations sociales et des notions de psychiatrie – ou en tout cas une aptitude à la psychologie humaine – sont essentielles.

La question qui nous intéresse ici est de savoir quelle est l'influence de l'obtention du statut de réfugié sur l'état de santé des demandeurs d'asile.

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui ont directement œuvré à la réalisation et à la publication de cette étude. En premier lieu le D^r Jean DOUBOVETZKY qui a dirigé cette thèse et M. Francis PADIÉ qui a réalisé et mis en page le document par L^AT_EX.

Je tiens aussi à remercier pour leur apport : le Comité Albigeois de Solidarité Avec les Réfugiés (CASAR), M^{me} Djamila ZIANI, M^{me} Sylvie ALBINET, M. Pierre BERTRAND, le D^r Francis BLANC, le D^r Colette MIGNOT et le D^r Francois BESSETTES.

Je tiens aussi à citer toutes les personnes qui m'ont apporté de précieux conseils ou leur expertise dans un domaine : les D^{rs} Estelle & Alexandre JUTEAU-VIGIER, M. Eric CALMON, le D^r Julie DUPOUY, le D^r Anastasia MEIDANI, le D^r Martine LALANDE et le D^r Martine DEVRIES.

Je remercie pour leur soutien moral mon épouse Morgane, mes parents, mon frère et mes soeurs.

Enfin je dédie cette étude à tous les demandeurs d'asile et réfugiés qui nous ont fait l'honneur de nous accorder leur confiance.

Table des matières

Table des matières	11
Table des figures	13
Liste des tableaux	14
1 Introduction	15
1.1 Problématique	15
1.2 Recherche documentaire	16
1.3 Résultats de la recherche documentaire	18
1.4 Objectif général	20
2 Méthodologie	21
2.1 Préalables	21
2.2 Type d'étude	21
2.3 Méthodologie de l'étude avant / après	22
2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	26
2.5 Données collectées	27
2.6 Comparaison réfugiés et non immigrés	28
2.7 Application sur le terrain	28
2.8 Éthique	29
3 Résultats	31
3.1 Généralités sur la population étudiée	31
3.2 Critères principaux	32
3.2.1 Période d'attente du statut de réfugié	32
3.2.2 Période après l'obtention du statut de réfugié	33
3.2.3 Comparaison avant et après l'obtention du statut de réfugié	33
3.3 Comparaisons en sous-groupes	34
3.4 Critères secondaires	37
3.4.1 Période d'attente du statut de réfugié	37
3.4.2 Période après l'obtention du statut de réfugié	38
3.4.3 Comparaison avant et après l'obtention du statut de réfugié	39

Table des matières

3.5	Population non immigrée du cabinet	40
3.5.1	Nombre de consultations	40
3.5.2	Nombre d'ordonnances	41
4	Discussion	42
4.1	Synthèse	42
4.2	Commentaires sur la méthode	44
4.3	Validité des résultats	46
4.3.1	Représentativité de la population	46
4.3.2	Critères principaux	46
4.3.3	Étude des sous-groupes	47
4.3.4	Critères secondaires	48
4.3.5	Validité des résultats	49
4.4	Hypothèses explicatives	49
4.5	Propositions d'études complémentaires	52
5	Conclusion	54
	 Annexes	 56
	Chapitres de la CIM-10	57
	Classification des médicaments	58
	Élaboration de la population étudiée	59
	Caractéristiques de la population	59
	Résultats	62
	Les fondements de la protection des réfugiés	69
	La procédure d'asile en France	75
	Conditions de vie des demandeurs d'asile en France	81
	Résultat de ma recherche documentaire	93
	 Glossaire	 100
	 Acronymes	 105
	 Bibliographie	 107

Table des figures

1	Durée des deux périodes comparées	31
2	Comparaison des consultations	64
3	Comparaison des prescriptions	65

Liste des tableaux

1	Recherche initiale et application des critères d'exclusion	59
2	Âges	59
3	Nationalités d'origine des réfugiés	60
4	Professions d'origine	61
5	Victimes de violences	61
6	Évolution du nombre de consultation	62
7	Évolution du nombre d'ordonnance	63
8	Évolution du nombre de lignes de médicaments	63
9	Évolution des diagnostics	66
10	Évolution des médicaments prescrits	66
11	Évolution des diagnostics en fonction du sexe	67
12	Évolution des médicaments prescrits en fonction du sexe	67
13	Étude sur les deux périodes du groupe non immigrés	68
14	Comparaison des réfugiés avec les non immigrés	68

1 Introduction

1.1 Problématique

J'ai travaillé comme médecin généraliste au Centre Médical de Cantepau à Albi à partir de novembre 2011, en tant que remplaçant du Docteur Jean DOUBOVETZKY. Ce cabinet accueillait depuis plusieurs années un certain nombre de demandeurs d'asile et de réfugiés. Mon impression, comme celle des autres médecins du cabinet, était que ce groupe social présentait une morbidité accrue, en particulier sur le plan psychiatrique mais aussi sur le plan somatique. Les médecins du cabinet m'ont fait part de l'impression qu'ils avaient d'une amélioration nette de l'état de santé des demandeurs d'asile après l'obtention du statut. Cette observation, basée sur plusieurs années d'expérience, laissait sous-entendre que des malades voyaient leur état de santé s'améliorer par le simple fait d'une décision administrative. Cela valait la peine d'être vérifié.

La situation des demandeurs d'asile est-elle pathogène ? En dehors de l'observation de terrain, la question se pose parce que la situation sociale des demandeurs d'asile est extrêmement précaire et que l'attente de la reconnaissance du statut est très angoissante alors même que ces personnes sont déjà fragilisées psychologiquement à leur arrivée en France.

Question corollaire, l'obtention du statut de réfugié améliore-t-elle l'état de santé des demandeurs d'asile ? Elle représente la fin de cette période d'instabilité. Elle s'accompagne d'une nette amélioration sociale, du droit au séjour, et du droit au travail, ainsi que du respect des droits fondamentaux (liberté religieuse, d'expression, de réunion, d'association, d'éducation primaire, d'ester en justice, accès aux allocations, à la protection sociale). C'est enfin souvent, le succès d'une entreprise complexe (l'exil, parfois clandestin, souvent avec leur famille) qui a demandé beaucoup de sacrifices, qui a fait courir des dangers, et qui a duré longtemps.

C'est cette deuxième question que nous avons retenue car elle est plus facilement vérifiable.

1.2 Recherche documentaire

Une recherche documentaire informatisée a été effectuée sur les bases de données PubMed, banque de données en santé publique (BDSP), base documentaire Elsevier Masson (EM-consulte). Elle a été complétée par une recherche dans le catalogue de thèses du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), et par une recherche manuelle de littérature grise.

Sur PubMed, nous avons fait une recherche automatisée en utilisant les mots-clés : « refugees » (ou « asylum ») et « health » (ou « delivery of health care » ou « health services accessibility » ou « access to health care » ou « morbidity ») et « france », en date du 29 septembre 2012. Nous avons obtenu 27 réponses. À partir des titres, nous avons retenu 4 articles pertinents dont nous avons lu les résumés. Aucun article ne comportait d'étude de l'état de santé de groupes de demandeurs d'asile après obtention d'un statut de réfugié ou après rejet de leur demande, ni de comparaison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention de leur statut de réfugié. Cette recherche a été mise à jour le 1^{er} juin 2014, mais aucun nouveau résultat n'est apparu.

Sur la BDSP, nous avons fait une recherche automatisée en utilisant les mots-clés : « réfugié » (ou « asile ») et « état santé » (ou « morbidité » ou « accès soins » ou « recours soins » ou « consommation médicale ») et « france », en date du 29 septembre 2012. Nous avons obtenu 83 réponses. À partir des titres, nous avons retenu 32 articles pertinents dont nous avons lu les résumés. Aucun article ne comportait d'étude de l'état de santé de groupes de demandeurs d'asile après obtention d'un statut de réfugié ou après rejet de leur demande, ni de comparaison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention du statut. Cependant la thèse de Mme S. N'HONY CORNY intitulée *Évolution de l'état de santé des demandeurs d'asile en centre d'hébergement* en 2005, apporte un éclairage sur l'évolution de l'état de santé des demandeurs d'asile pendant leur séjour en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA). Cette recherche a été mise à jour le 1^{er} juin 2014, mais aucun nouveau résultat n'est apparu.

Sur EM-consulte nous avons fait une recherche automatisée en utilisant les mots-clés : « réfugié », « demandeur d'asile », « exilé », « état de santé », « morbidité », « soins », « accès aux soins », « recours aux soins », « consommation médicale », « médicaments », « épidémiologie » et « france » en date du 30 septembre 2012.

Nous avons obtenu 17 réponses. À partir des titres, nous avons retenu 7 articles pertinents dont nous avons lu les résumés. Aucun article ne comportait d'étude de l'état de santé de groupes de demandeurs d'asile après obtention d'un statut de réfugié ou après rejet de leur demande, ni de comparaison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention du statut.

Sur le SUDOC, catégorie des thèses, nous avons fait une recherche automatisée en utilisant les mots-clés : « réfugié », « asile », « santé », « soins » en date du 25 septembre 2012. Nous avons obtenu 14 réponses. À partir des titres, nous avons retenu deux thèses dont nous avons lu les résumés. Ces deux thèses ne comportent pas d'étude de l'état de santé de groupes de demandeurs d'asile après obtention d'un statut de réfugié ou après rejet de leur demande, ni de comparaison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention du statut.

Livres : nous avons fait une recherche dans le répertoire des livres de la bibliothèque ; aucun livre pertinent n'a été retenu.

Littérature grise : Le Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) nous a transmis ses rapports d'activité de 2011 et 2012, ainsi que des numéros de la revue *Maux d'exil* qui apportent un éclairage sur la prise en charge médico-sociale des migrants. J'ai également obtenu des documents de manière spontanée par des personnes intéressées par ma recherche. C'est le cas du numéro du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 17 janvier 2012 qui fait une compilation d'articles sur le thème de la santé des migrants et dans lequel j'ai trouvé 3 articles pertinents.

Ressources internet : nous avons utilisé le moteur de recherche Google (France) avec les mots-clés « demandeurs d'asile », « réfugiés », « soins », en date du 1^{er} novembre 2012 nous avons obtenu 49 400 réponses. Dans les 100 premières références, nous avons sélectionné 36 documents dont les titres étaient pertinents. Après lecture des documents, 12 ont apporté un éclairage intéressant sur le thème mais aucun ne comportait d'étude de l'état de santé de groupes de demandeurs d'asile après obtention du statut de réfugié ou après rejet de leur demande, ni de comparaison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention du statut.

Veille documentaire : à partir de juin 2012 et jusqu'en mai 2014, j'ai systématiquement parcouru les sommaires des revues suivantes : *Annals of Internal Medicine* (ANN INTERN MED), *British Medical Journal* (BMJ), *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), *Journal of the American Medical Association* (JAMA), *The Lancet*, *New England Journal of Medicine* (NEJM). Aucun article n'a mentionné de compa-

raison de la santé de réfugiés avant et après l'obtention du statut.

1.3 Résultats de la recherche documentaire

J'ai trouvé 51 articles, 2 thèses, 4 livres, 4 lois ou rapports parlementaires, 13 rapports d'organismes et 1 guide pertinents (détail en annexe 9 p. 93).

Ces articles permettent d'aboutir aux conclusions suivantes.

Le recours aux soins des immigrés en France est moindre que celui de la population générale. Les immigrés sont en moins bonne santé, ce qui s'explique par une situation économique et sociale plus défavorisée, par un moindre accès à la complémentaire santé et par une moindre intégration sociale^{[7][19]}. Toujours parmi la population des immigrés, les femmes ont plus recours aux soins que les hommes, quelle que soit leur origine^[30].

Les étrangers en situation précaire ont des difficultés d'accès aux soins, malgré l'instauration de la CMU-C^[20], et on relève des refus de soins de la part de certains professionnels, en particulier des médecins spécialistes libéraux^[13]. Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) ont des difficultés pour ouvrir leur droits auprès des caisses d'assurance maladie^[14] et retardent cette demande par peur d'être contrôlés par la police ou simplement par méconnaissance de leurs droits^[8]. Eux aussi font face à des refus de soins encore plus fréquents par les médecins^[25].

Parmi les migrants en situation précaire, accueillis dans des structures comme le COMEDE à Paris, les maladies les plus fréquentes sont les psychotraumatismes graves, les maladies infectieuses et affections chroniques graves^[12]. Au COMEDE environ 60 % des demandeurs d'asile ont subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture^[54]. La clinique des conséquences psychiques du vécu de la violence se traduit essentiellement par l'état de stress post-traumatique (ESPT) décrit dans le DSM-IV^[40], mais il ne résume pas la complexité de la souffrance des patients, qui est également liée à d'autres facteurs, comme les deuils, l'exil, l'éloignement des proches, le contexte social et politique de l'accueil en France^[6].

Plusieurs articles font état de la nécessité pour les demandeurs d'asile de fournir des preuves de la véracité de leur histoire car il pèse sur eux la suspicion d'être de « faux » réfugiés^[24]. Il sont nombreux à demander aux médecins qui les suivent des certificats pour authentifier leur souffrance, ce qui engendre un malaise chez bon nombre des psychiatres et des généralistes concernés^{[26][41]}.

Des études sociologiques et ethnographiques basées sur des entretiens avec des demandeurs d'asile ou sur l'expérience subjective des travailleurs sociaux, supposent que les conditions d'attente du statut de réfugié sont pathogènes, propices à la production de la maladie mentale et physique^[3] et que le recours aux soins chez les demandeurs d'asile peut procéder en réalité d'un glissement des questions sociales dans le champ sanitaire^[5].

La médecine générale assume la très grande majorité des prises en charge médicales des demandeurs d'asile^[56] mais des réformes vont dans le sens d'un encadrement sanitaire plus restrictif des demandeurs d'asile^[44]. La thèse de Mme S.N'HONY conclut que durant leur passage au CADA l'état de santé des demandeurs d'asile ne s'est pas amélioré^[17]. Elle étudie l'évolution de l'état de santé des demandeurs d'asile entre l'entrée et la sortie du CADA. Pour cela elle compare l'état de santé de deux groupes de réfugiés, l'un composé de demandeurs d'asile entrant en CADA, l'autre de réfugiés à la sortie du CADA, une fois le statut obtenu. Elle utilise comme critères les fiches médicales d'entrée et de sortie remplies par les médecins traitants. La conclusion est qu'il n'y pas d'amélioration de l'état de santé en CADA et que les pathologies mentales s'affirment. Les biais que l'on peut soulever dans cette étude sont liés au fait que les deux groupes soient composés d'individus différents (bien que les résultats montrent un sex ratio équivalent et des âges ainsi que des origines à peu près semblables). Elle dispose de gros échantillons de plus de 2 000 sujets dans chaque groupe.

Des documents m'ont permis de circonscrire le thème de l'immigration, en commençant par définir les termes qui s'y rapportent, comme les mots « immigré », « étranger » et d'autres qui figurent dans le glossaire p.100 et en prenant connaissance des données chiffrées sur l'immigration^{[16][12]} ou sur l'asile en France et en Europe^{[21][45][32]}.

Des guides et livres juridiques ainsi que le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) m'ont permis de rédiger une annexe sur la procédure de demande d'asile^{[52][4][10][49]} (annexe 7 p. 75).

En résumé, il existe peu de travaux avec de bons niveaux de preuves sur l'état de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés. Nous avons trouvé deux études épidémiologiques françaises qui objectivent un mauvais état de santé des demandeurs d'asile en France en CADA (WLUCZKA et DEBSKA 2007, CORNY N'NHONI 2005), des rapport de centres de soins qui suggèrent une forte prévalence des maladies

psychiatriques (VEÏSSE, WOLMARK et REVAULT 2012). Le reste est constitué d'articles de psychiatrie ou de sociologie avec un faible niveau de preuves qui supposent un effet délétère de la période d'attente.

Aucune étude ne s'intéresse à l'état de santé des réfugiés statutaires en France. Aucune étude ne répond à la question que nous nous posons, concernant l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé des demandeurs d'asile après l'obtention du statut de réfugié. Nous décidons donc de poursuivre plus loin notre travail et d'élaborer un protocole d'étude.

1.4 Objectif général

Il s'agit de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'état de santé des réfugiés s'améliore après l'obtention du statut de réfugié. Ce qui devrait se traduire par une diminution de la consommation médicale et pharmaceutique et une modification quantitative et qualitative des diagnostics portés par les médecins après l'obtention du statut de réfugié.

De manière secondaire, si l'hypothèse se vérifie, il est intéressant de tenter de voir quelles variables affectent le phénomène observé, quelles catégories diagnostiques ou thérapeutiques sont les plus touchées, et comment la consommation médicale et pharmaceutique des demandeurs d'asile et réfugiés se compare avec celle de la population générale.

2 Méthodologie

2.1 Préalables

Nous posons en préalable qu'à conditions d'accès aux soins égales, le recours volontaire à un médecin est un reflet de l'état de santé tel qu'il est perçu par la personne. Cette approche de l'état de santé par le besoin de soins est largement utilisée dans la littérature. Il fait partie des indicateurs de santé retenus par l'Union Européenne^{[55][36]}. Par exemple, en période épidémique hivernale, la hausse de l'activité médicale des médecins, liée aux infections, autorise à parler d'altération de l'état de santé de la population. Lorsque les épidémies régressent, la diminution de l'activité des médecins corrobore l'amélioration de l'état de santé de la population.

C'est particulièrement le cas dans une société où les autres thérapeutes (guérisseurs, etc.) ont un rôle social marginal, ce qui est bien le cas chez les demandeurs d'asile et réfugiés d'une petite ville française où les chances de trouver un thérapeute traditionnel de même origine ou de même culture sont minimales.

Par ailleurs nous avons comparé chaque individu avec lui-même à une autre période. Nous n'avons pas comparé des populations différentes entre elles, car d'autres critères entrent en jeu pour définir l'état de santé d'une population, l'origine et la culture ayant aussi une incidence sur le recours au médecin^[19].

Nous posons aussi en préalable que la prescription médicamenteuse du médecin est un reflet de la perception qu'il a de l'état de santé de la personne qui le consulte.

Nous avons donc utilisé deux indicateurs d'état de santé, l'un, le recours au médecin, émanant du patient, l'autre, les prescriptions médicamenteuses, émanant du médecin.

2.2 Type d'étude

Une possibilité aurait été d'étudier de manière prospective l'état de santé de demandeurs d'asile. Cependant une telle étude est longue et lourde à mettre en

œuvre. Recruter de manière prospective un nombre suffisant de patients n'est pas facile. De plus, la connaissance de l'objet de l'étude peut engendrer un biais en modifiant les jugements et le comportement du ou des médecins dont les diagnostics et les prescriptions sont étudiés. Une étude rétrospective présente des avantages en termes de faisabilité, et aussi en termes de fiabilité, si le recueil des données est correct. En effet le comportement des patients et des médecins est étudié à une période où ni les uns ni les autres ne pensaient que leurs faits et gestes seraient examinés. Les données recueillies reflètent donc mieux la réalité du terrain. C'est pourquoi nous avons opté pour une étude épidémiologique historique de type cas-témoin où chaque réfugié est son propre témoin. Pour chaque réfugié, l'étude compare deux périodes de temps identiques séparées par l'obtention du statut de réfugié.

Le choix d'une étude cas-témoin où chaque cas est son propre témoin présente plusieurs avantages. En premier lieu elle permet d'éliminer la plupart des facteurs de variations autres que l'obtention du statut de réfugié. Naturellement, l'âge des sujets progresse entre les deux périodes. Mais si la durée d'étude n'est pas trop longue, à condition d'exclure les enfants de la population étudiée, ce facteur d'évolution temporelle est négligeable. Ensuite, par rapport à un essai comparatif, du fait que chaque sujet est son propre témoin, elle permet d'obtenir la même puissance statistique avec un échantillon deux fois moins important. Compte tenu de l'étroitesse du groupe social étudié, ce point est important.

En complément, nous avons aussi comparé ce groupe de demandeurs d'asile devenus réfugiés à un groupe de la population générale non immigrée.

2.3 Méthodologie de l'étude avant / après

Durée de la période d'étude

La période d'étude ne doit pas être trop longue, pour éviter l'apparition d'évènements intercurrents (notamment déménagements, changement de médecin). Mais elle doit l'être assez pour générer un nombre suffisant de consultations. D'après l'INSEE^[31], le nombre de consultations par an et par patient est de 4,8. Une période de 12 mois est idéale pour éliminer le facteur saisonnier. Cependant, un pourcentage important de personnes déménage un certain temps après avoir obtenu

le statut de réfugié, tout particulièrement parmi ceux qui ont été pris en charge dans un CADA et qui pour cette raison n'ont pas choisi leur ville de résidence. Par conséquent, une période de temps trop longue aurait réduit la taille de l'échantillon. Pour obtenir un échantillon plus important nous avons retenu une durée de suivi comprise entre 6 et 12 mois avant et après l'obtention du statut de réfugié (pour chaque personne, la période de suivi avant et après obtention du statut est identique). En nous fondant sur les chiffres de l'INSEE, il nous a semblé que le nombre de consultations serait acceptable.

Âge des sujets inclus

L'avancée en âge, au cours de l'étude, peut entraîner une évolution de la consommation de soins. Chez les personnes adultes, ce n'est vrai que pour de longues périodes de temps. Pour une période de 12 à 24 mois (deux fois 6 à 12 mois), et pour une population variée en âge, on peut considérer que cette évolution est négligeable. Chez les jeunes enfants, les maladies infectieuses bénignes (dites « infantiles ») jouent un grand rôle dans le recours au médecin généraliste. Elles varient en fonction de l'étendue de la fratrie^[29], de la fréquentation d'une collectivité^[51] (crèche, école), et diminuent notablement à partir de l'âge de 8 ans environ. D'autre part, les pédiatres et les médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI) jouent aussi un rôle dans le suivi des jeunes enfants en France. Ils suivent de façon exclusive ou conjointement avec le généraliste 55 % des enfants de moins de 3 ans et encore 30 % des enfants de 3 à 7 ans^{[42][22]}. Nous avons donc exclu les demandeurs d'asile âgés de moins de 12 ans, de façon à éliminer de manière certaine le biais lié à la diminution des infections infantiles et à minimiser l'impact du recours aux pédiatres.

Impact de la couverture assurantielle maladie

La population étudiée dans cette étude (demandeurs d'asile et réfugiés statutaires) bénéficie du droit à une assurance maladie avec prise en charge du ticket modérateur et dispense de l'avance de frais grâce à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Cette couverture maladie permet l'accès de ces populations défavorisées aux professionnels de santé libéraux.

Si, à l'issue de sa demande d'asile, la réponse est négative, le demandeur doit quitter le territoire. S'il ne le fait pas, le suivi médical est compromis car il se trouve généralement en situation irrégulière, donc sans CMU-C. Même si beaucoup de personnes dans cette situation ont droit à une AME, l'expérience montre que pour diverses raisons, beaucoup ne la demandent pas^[8]. De plus, un certain nombre de personnes en situation irrégulière changent de lieu de résidence, souvent pour se perdre dans une grande ville. Dans cette seconde situation aussi, le suivi médical est souvent compromis. Pour toutes ces raisons, nous n'avons inclu que des personnes ayant obtenu le statut de réfugié, même si cela nous privait de la comparaison avec une population qui ne l'a pas obtenu. Avec la méthodologie retenue, toutes les personnes incluses ayant une couverture d'assurance maladie complète avant comme après l'obtention du statut de réfugié, cette variable n'a aucun impact sur les résultats.

Cependant il existe un phénomène de surconsommation transitoire à l'obtention de la CMU-C. Ce phénomène, décrit dans les études d'impact de l'obtention de la CMU-C^[47], est attribué au mauvais état de santé initial des nouveaux entrants dans la CMU-C et au rattrapage des renoncements aux soins préalables à l'obtention de la CMU-C^{[27][9]}. Il concerne en grande partie les soins de dentisterie et d'optique, mais pas seulement. Aucune étude ne précise la durée de cette période de surconsommation. Les médecins spécialisés dans les soins aux populations défavorisées que nous avons interrogés estiment qu'elle dure moins d'un an. On peut penser que les demandeurs d'asile sont touchés par un phénomène analogue, car dans leur pays d'origine, la plupart n'ont pas eu un accès optimal aux soins. Ajoutons à cela que les demandeurs d'asile sont invités par leur Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) à réaliser un bilan de santé dans les premiers jours de leur accueil¹ (en sus de la visite obligatoire de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration - OFII^[53]). Ce bilan est réalisé par le moyen de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital, s'il n'y a pas encore de couverture maladie, soit par un médecin libéral lorsqu'ils sont couverts par la CMU-C^[35]².

Il y a donc un risque de surestimer la consommation initiale si on inclut des

1. Les rapports de gestion des CADA que j'ai pu lire (FTA, CIMADE) font état de cette visite médicale.

2. À Albi, les demandeurs d'asile sont souvent orientés par le CADA vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'hôpital pour ce bilan.

patients qui ont obtenu la CMU-C depuis peu de temps, et de biaiser la comparaison entre les périodes avant et après l'obtention du statut de réfugié. En conséquence, nous avons exclu les personnes qui avaient obtenu une couverture maladie moins d'un an avant le début de la période étudiée.

Importance d'un suivi régulier

Les paramètres d'activité médicale étudiés doivent répondre à une certaine régularité tout au long du suivi des réfugiés. Cela est possible si le patient est suivi par le même médecin et que celui-ci a une activité stable et régulière tout au long de l'étude. En incluant des patients qui ont signé une déclaration de médecin traitant (ou de médecin référent, ancienne disposition équivalente) auprès de leur médecin, on limite le biais lié au nomadisme médical. S'il s'agit d'un cabinet de groupe et si les associés remplissent parfois le rôle de « médecin traitant conjoint », leurs pratiques en matière de prescriptions doivent être similaires. Les paramètres d'activité et de prescription du cabinet choisi peuvent être étudiés grâce aux relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP) annuels fournis par la caisse d'assurance maladie à chaque praticien.

Caractéristique du terrain d'étude

Idéalement, le terrain d'étude donne accès à un nombre important de sujets d'étude, suivis sur une longue période de manière homogène et stable, les données de consultations et les prescriptions médicamenteuses étant renseignées de manière systématique. Pour ces raisons nous avons fait le choix d'un seul terrain d'étude.

Choix du terrain d'étude

Le Centre Médical de Cantepau, situé à Albi (Tarn) est un cabinet de médecine générale qui présente des caractéristiques correspondant à celles décrites ci-dessus. Les trois médecins qui y exercent ont soigné environ 500 demandeurs d'asile entre 2003 et 2013, soit environ 60 % des demandeurs d'asile accueillis dans la ville³. Les autres cabinets de médecine générale d'Albi accueillent beaucoup moins de deman-

3. Albi accueille entre 70 et 100 nouveaux demandeurs d'asile chaque année, selon l'OFPPA

deurs d'asile⁴. La pratique des médecins du Centre médical de Cantepau présente de nombreux points communs, notamment en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses. Le logiciel de gestion utilisé par le cabinet (MédiStory) permet de compiler les données pertinentes, qui ont été correctement renseignées. L'étude des RIAP des médecins du Centre médical de Cantepau permet de dire que l'activité de consultation et de prescription de chaque médecin est globalement stable au cours de la période d'étude. La comparaison avec le référentiel région, révèle aussi que les médecins de ce cabinet sont à l'origine d'un « montant remboursable en pharmacie par patient » beaucoup plus faible que la moyenne régionale⁵. Ces relativement faibles quantités prescrites de médicaments présentent l'inconvénient de diminuer la puissance statistique de la partie « prescriptions médicamenteuses » de notre étude.

2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- avoir été demandeur d'asile et patient du Centre médical de Cantepau,
- entre janvier 2003 et décembre 2011,
- avoir signé une déclaration de médecin traitant (ou de médecin référent, ancienne disposition équivalente) auprès d'un médecin du cabinet,

Critères d'exclusion :

- être âgé de moins de 12 ans au début de la période étudiée,
- ne pas avoir obtenu le statut de réfugié,
- durée de suivi inférieure à 6 mois, avant ou après l'obtention du statut de réfugié,
- absence ou obtention trop récente (< 12 mois) d'une couverture maladie intégrant parts obligatoire et complémentaire (CMU-C ou AME),

4. Le CADA d'Albi fait état de la réticence de certains médecins généralistes à accueillir des demandeurs d'asile.

5. Moyenne de 101 euros pour les médecins du cabinet contre 191 euros pour la région, entre 2004 et 2011.

2.5 Données collectées

Données recueillies parmi les dossiers du groupe de réfugiés.

- Informations communes :
 - sexe,
 - date de naissance,
 - date d’obtention du statut de réfugié,
 - nationalité,
 - expérience personnelle de violences⁶,
 - profession,
- Période avant obtention du statut de réfugié :
 - nombre de consultations,
 - diagnostic principal à la fin de la consultation,
 - nombre d’ordonnances,
 - nombre de lignes de médicaments,
 - molécules médicamenteuses prescrites⁷,
- Période après obtention du statut de réfugié :
 - nombre de consultations,
 - diagnostic principal à la fin de la consultation,
 - nombre d’ordonnances,
 - nombre de lignes de médicaments,
 - molécules médicamenteuses prescrites.

Pour chaque consultation, nous avons recueilli le diagnostic principal retranscrit par le médecin. Puis nous avons rapporté ce diagnostic à l’appareil concerné en faisant appel à la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (CIM-10) de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (annexe 1 page 57).

Pour chaque ordonnance, les spécialités prescrites ont été rangées par classes thérapeutiques (annexe 2 page 58).

6. Informations recueillies dans le contenu de la consultation ou dans un certificat, ou encore dans le récit fait à l’OFPRA quand il est numérisé dans le dossier.

7. La grande majorité des prescriptions sont rédigées en Dénomination Commune Internationale (DCI) et pas en nom commercial.

2.6 Étude complémentaire comparant réfugiés et population non immigrée

L'objectif est de comparer l'état de santé des réfugiés statutaires avec un groupe contrôle représentatif de la population non immigrée suivie dans le même cabinet médical. Nous avons utilisé une étude cas-témoin en prenant comme critères de comparaison le nombre de consultations et le nombre d'ordonnances. Le choix du même terrain d'étude que pour les réfugiés permet de conserver le même mode de recueil et les mêmes habitudes de prescription. En appariant chaque candidat du groupe population non immigrée avec un réfugié du groupe de réfugiés déjà étudié, par âge (année de naissance) et par sexe et en étudiant la consommation médicale sur la même période que le réfugié apparié, on élimine la plupart des facteurs de confusion. Par la suite ce groupe contrôle sera nommé groupe « non immigrés ».

Critères d'inclusion dans le groupe « non immigrés » :

- avoir été patient du Centre médical de Cantepau,
- être né en France,
- avoir le même sexe et la même année de naissance que le réfugié apparié,
- avoir été suivi au cabinet durant la période étudiée pour le réfugié apparié,
- avoir signé une déclaration de médecin traitant (ou de médecin référent, ancienne disposition équivalente) auprès d'un médecin du cabinet.

Dans le groupe « non immigrés », seules les données suivantes ont été recueillies :

- Nombre de consultations,
- Nombre d'ordonnances.

2.7 Application sur le terrain

Entre janvier 2003 et décembre 2011, 6 351 patients ont consulté au Centre médical de Cantepau. Pour en extraire les demandeurs d'asile, nous avons croisé la liste de ces patients avec la liste des personnes accueillies au Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) d'Albi, géré par le CASAR, dans la même période. Le CASAR conserve une trace de la grande majorité des demandeurs d'asile ayant

habité à Albi durant l'examen de leur demande. Les correspondances entre notre liste de patients et la liste des demandeurs d'asile répertoriés par le CASAR ont été faites manuellement. 438 dossiers de demandeurs d'asile communs entre les deux structures ont ainsi été identifiés⁸.

Nous avons complété par une recherche dans la base de données des patients du cabinet avec le logiciel MédiStory, en utilisant les mots-clés « réfugié », « asile », « ofpra », « crr », « cnda », « statut », parmi les patients ayant consulté au cours de notre période d'étude. Après lecture de chaque dossier nous avons retenu une liste de 59 dossiers supplémentaires de demandeurs d'asile.

Au total nous avons détecté 497 demandeurs d'asile ayant consulté entre janvier 2003 et décembre 2011 au Centre médical de Cantepau. Après application des critères d'exclusion, le nombre de personnes incluses a été de 105 réfugiés (détails en annexe p.59).

Pour le groupe « non immigrés », chaque dossier a été sélectionné individuellement grâce à la fonction recherche par critères de Médistory, en appliquant les critères d'inclusion édictés dans la section précédente. La naissance sur le territoire français a été vérifiée par le numéro de sécurité sociale. Lorsqu'il existait plusieurs candidats, nous avons tiré au sort un patient⁹.

2.8 Éthique

Conscients d'avoir demandé aux médecins du Centre médical de Cantepau et à l'association CASAR (gestionnaire du CADA d'Albi) des données personnelles à caractère hautement confidentiel, nous avons veillé au respect du secret médical.

- Aucune donnée personnelle n'a été transmise à des tiers autres que les médecins traitant du Centre médical de Cantepau.
- Nous avons utilisé une table de correspondance pour substituer l'identité des patients par une chaîne de caractères alphanumériques et cette table a été séparée du fichier contenant les données.

8. Le CASAR nous a fourni la liste des demandeurs d'asile ainsi que l'issue de leur demande, rejet ou obtention du statut de réfugié avec la date de la décision, date figurant sur le courrier de l'OFPPA ou de la CNDA, anciennement Commission de Recours de Réfugiés (CRR).

9. En utilisant l'algorithme de génération de nombres aléatoires du logiciel LibreOffice Calc

- Les données indirectement identifiantes telles que les dates de naissance ont été réduites à l'année de naissance et à l'âge lors de l'obtention du statut de réfugié.
- Les résultats sont publiés sous forme agrégée et n'incluent pas de données individuelles.
- La table de correspondance sera détruite au plus tard un mois après la soutenance de la thèse.
- Les données anonymisées seront conservées au Centre médical de Cante-pau sous forme chiffrée dans un fichier pour permettre une vérification des résultats et des recherches complémentaires.

La déclaration a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'autorisation porte le numéro 1784950.

Les patients sont informés de leur droit d'opposition discrétionnaire au moyen d'un affichage permanent en salle d'attente¹⁰.

10. Article 56 - Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « loi informatique et liberté »

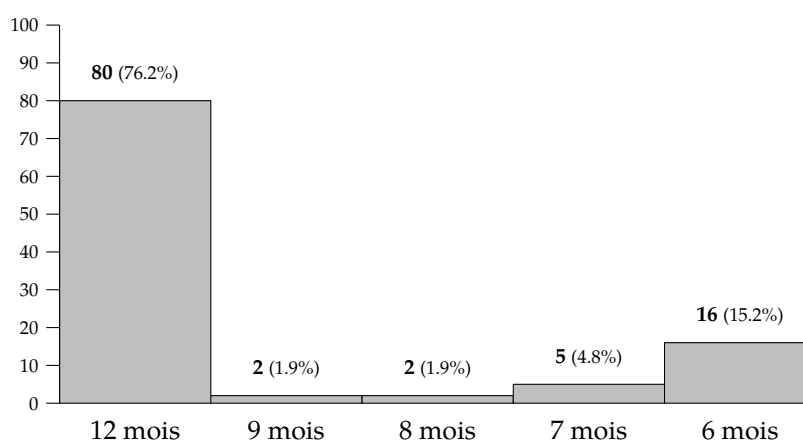
3 Résultats

3.1 Généralités sur la population étudiée

La population étudiée est composée de 105 réfugiés, 50 femmes et 55 hommes (sex-ratio 1,1). La moyenne d'âge est de 32,2 ans à l'obtention du statut de réfugié, à peu près identique chez les hommes et les femmes, avec une large dispersion (tableau 2 page 59).

Dans la grande majorité des dossiers (80 sur 105), la durée des deux périodes comparées a été de 12 mois avant et 12 mois après l'obtention du statut de réfugié.

FIGURE 1 – Durée des deux périodes comparées



L'intervalle de temps entre l'obtention de la CMU-C et le début de l'étude est en moyenne de 16,9 mois avec une médiane à 16 mois.

Les pays d'origine sont très divers (19 nationalités représentées) ; plus de la moitié proviennent de l'ancien bloc d'Europe de l'Est (Russie, Arménie, Géorgie, Azerbaïdjan, Moldavie) (tableau 3 page 60). Un peu plus du quart de l'échantillon

n'a jamais exercé de profession dans le pays d'origine. Les professions les plus représentées sont les ouvriers non qualifiés, les commerçants et les employés (tableau 4 page 61).

Presque la moitié des réfugiés de l'échantillon ont déclaré avoir été victimes de violences dans leurs pays d'origine (47 cas, dont 24 cas de tortures¹ et 10 viols) (tableau 5 page 61).

3.2 Critères principaux

3.2.1 Période d'attente du statut de réfugié

Nombre de consultations

Avant l'obtention du statut de réfugié, les 105 réfugiés ont totalisé 497 consultations² (toutes durées de suivi confondues), soit une fréquence moyenne de 5,54 consultations par an et par réfugié (6,08 pour les femmes et 5,05 pour les hommes, différence statistiquement non significative) (tableau 6 page 62).

Nombre d'ordonnances

Le nombre d'ordonnances³ est de 358, soit une fréquence moyenne de 3,93 ordonnances par an et par réfugié (4,58 pour les femmes et 3,34 pour les hommes, différence statistiquement significative, $p = 0,03$) (tableau 7 page 63).

Nombre de lignes de médicaments

Le nombre de lignes de médicaments correspondant est de 770. Soit en moyenne 2,15 lignes par ordonnance. La fréquence moyenne est de 8,58 lignes de médicaments par an et par réfugié. Les femmes font l'objet d'une prescription de médicaments plus forte que les hommes (10 lignes de médicaments par an contre 7 pour les hommes, différence statistiquement significative, $p = 0,04$) (tableau 8 page 63).

1. Selon la définition de l'OMS, voir glossaire p. 100

2. N'inclue pas les visites à domicile dont le détail n'est généralement pas rapporté par les médecins dans le logiciel de consultation. Elles ne représentent cependant que 1 % du total des consultations selon les Relevés Individuels d'Activité et de Prescriptions (RIAP) des médecins concernés.

3. N'inclue pas les ordonnances rédigées en visite.

3.2.2 Période après l'obtention du statut de réfugié

Nombre de consultations

Après l'obtention du statut de réfugié, les 105 réfugiés ont totalisé 317 consultations (toutes durées de suivi confondues), soit une fréquence moyenne de 3,6 consultations par an et par réfugié (pas de différence statistiquement significative entre hommes et femmes) (tableau 6 page 62).

Nombre d'ordonnances

Le nombre d'ordonnances est de 244, soit une fréquence moyenne de 2,69 ordonnances par an et par réfugié (pas de différence statistiquement significative entre hommes et femmes) (tableau 7 page 63).

Nombre de lignes de médicaments

Le nombre de lignes de médicaments correspondant est de 513. Soit en moyenne 2,10 lignes par ordonnance. La fréquence moyenne est de 5,69 lignes de médicaments par an et par réfugié (pas de différence statistiquement significative entre hommes et femmes) (tableau 8 page 63).

3.2.3 Comparaison avant et après l'obtention du statut de réfugié

Nombre de consultations

Le nombre de consultations passe de 497 avant l'obtention du statut de réfugié (fréq. moyenne 5,54 par an et par réfugié) à 317 après (fréq. moyenne 3,6 par an et par réfugié). Soit une baisse de 36,22 %, différence statistiquement significative au test de Student pour échantillons appariés ($p = 1,6 \cdot 10^{-8}$) (tableau 6 page 62).

Nombre d'ordonnances

Le nombre d'ordonnances passe de 358 avant l'obtention du statut de réfugié (fréq. moyenne 3,93 par an et par réfugié) à 244 après (fréq. moyenne 2,69 par an et par réfugié). Soit une baisse de 31,84 %, différence statistiquement significative au test de Student pour échantillons appariés ($p = 7,3 \cdot 10^{-6}$) (tableau 7 page 63).

Nombre de lignes de médicaments

Le nombre de lignes de médicaments passe de 770 avant l'obtention du statut de réfugié à 513 après. Soit une baisse de 33,38 %, différence statistiquement significative au test de Student pour échantillons appariés ($p = 3,0 \cdot 10^{-6}$) (tableau 8 page 63).

3.3 Comparaisons en sous-groupes

La robustesse des résultats a été étudiée en utilisant toutes les variables recueillies pour subdiviser le groupe principal et comparer l'évolution des critères principaux dans divers sous-groupes. Nous avons à chaque fois divisé le groupe principal en deux, afin de travailler avec des échantillons de dimensions suffisantes pour effectuer des comparaisons statistiques valides.

Selon le sexe

La diminution des variables principales (nombre de consultations, nombre d'ordonnances, nombre de lignes de médicaments) est statistiquement significative chez les hommes comme chez les femmes (test de Student, $p < 0,05$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

	Femmes (n=50)				Hommes (n=55)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	264	167	-36,74	$1,8 \times 10^{-4}$	233	150	-35,62	$1,5 \times 10^{-5}$
Ordonnances	202	131	-35,15	$3,5 \times 10^{-5}$	156	113	-27,56	0,021
Lignes	449	274	-38,98	$3,6 \times 10^{-6}$	321	239	-25,55	0,039

Selon l'âge

Les réfugiés ont été classés en plus jeunes et moins jeunes en formant deux groupes identiques séparés par la médiane de l'âge.

La diminution des variables principales est statistiquement significative chez les réfugiés les plus jeunes ($\text{âge} \leq 32,4$ ans) comme chez les réfugiés les moins

3 Résultats

jeunes (âge > 32,4 ans) (test de Student, $p < 0,05$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

	$\leq 32,4$ ans (n=53)				$> 32,4$ ans (n=52)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	243	136	-44,03	$2,1 \times 10^{-5}$	254	181	-28,74	$2,1 \times 10^{-4}$
Ordonnances	165	94	-43,03	$7,5 \times 10^{-5}$	193	150	-22,28	0,021
Lignes	313	177	-43,45	$6,4 \times 10^{-5}$	457	336	-26,48	$5,9 \times 10^{-3}$

Selon la durée des périodes étudiées

Le groupe des réfugiés a été divisé en deux groupes en fonction de la durée des deux périodes comparées (12 mois ou < 12 mois). La diminution des variables principales est statistiquement significative pour les réfugiés étudiés 12 mois avant et après (test de Student, $p < 10^{-5}$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe). Le sous-groupe de réfugiés étudiés moins de 12 mois avant et après contient 25 réfugiés, l'échantillon est trop faible pour un calcul statistique valide.

	12 mois (n=80)				< 12 mois (n=25)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	391	244	-37,6	$1,9 \times 10^{-6}$	106	73	-31,13	*
Ordonnances	292	196	-32,88	$4,1 \times 10^{-5}$	66	48	-27,27	*
Lignes	616	407	-33,93	$3,5 \times 10^{-5}$	154	106	-31,17	*

* : Population trop faible pour un calcul statistique valide.

Selon l'origine géographique

Les réfugiés ont été séparé en deux zones géographiques suivant leur origine (tableau 3 page 60). La zone 1 rassemble les pays de l'ex-URSS et comprend 49 réfugiés. La zone 2 correspond aux autres pays et comprend 56 réfugiés.

La diminution des variables principales est statistiquement significative chez les réfugiés originaires de l'ex-URSS comme chez les réfugiés des autres régions du

3 Résultats

monde (test de Student, $p < 0,01$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

	Ex-URSS (n=49)				Autres pays (n=56)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	227	133	-41,41	$3,9 \times 10^{-6}$	270	184	-31,85	$5,7 \times 10^{-4}$
Ordonnances	151	102	-32,45	$5,4 \times 10^{-4}$	207	142	-31,4	$2,3 \times 10^{-3}$
Lignes	311	198	-36,33	$2,3 \times 10^{-4}$	459	315	-31,37	$1,5 \times 10^{-3}$

Selon l'expérience de violences physiques

La diminution des variables principales est statistiquement significative chez les victimes de violences – sauf la diminution des ordonnances – comme chez les autres (test de Student, $p < 0,05$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

	Pas de violences (n=58)				Violences physiques (n=47)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	259	170	-34,36	$3,2 \times 10^{-4}$	238	147	-38,24	$6,5 \times 10^{-6}$
Ordonnances	195	122	-37,44	$3,0 \times 10^{-3}$	163	122	-25,15	0,055
Lignes	404	253	-37,38	$5,5 \times 10^{-6}$	366	260	-28,96	0,018

Selon la date d'obtention de la complémentaire-CMU

Le groupe des réfugiés a été divisé en deux groupes égaux séparés par la médiane de l'ancienneté de la CMU-C.

La diminution des variables principales est statistiquement significative chez ceux qui ont la couverture la plus récente (≤ 16 mois) comme chez ceux qui ont la CMU-C depuis le plus de temps (> 16 mois) (test de Student, $p < 0,05$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

3 Résultats

	≤ 16 mois (n=54)				> 16 mois (n=51)			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	263	168	-36,12	$8,8 \times 10^{-7}$	234	149	-36,32	$8,7 \times 10^{-4}$
Ordonnances	187	136	-27,27	0,012	171	108	-36,84	$9,4 \times 10^{-5}$
Lignes	414	307	-25,85	0,018	356	206	-42,13	$1,4 \times 10^{-5}$

En raison de l'importance de ce point pour l'interprétation des résultats, nous avons aussi divisé la population en trois groupes égaux et comparé les résultats chez les 32 réfugiés ayant obtenu la CMU-C depuis le plus de temps (> 18 mois) et chez les 35 réfugiés ayant obtenu la CMU-C depuis le moins de temps (< 15 mois)

	< 15 mois				> 18 mois			
	avant	après	Δ (%)	p	avant	après	Δ (%)	p
Consultations	155	94	-39,35	$1,9 \times 10^{-6}$	137	85	-37,96	0,02
Ordonnances	120	72	-40	$4,1 \times 10^{-5}$	97	62	-36,08	$9,8 \times 10^{-4}$
Lignes	261	155	-40,61	$3,5 \times 10^{-5}$	193	109	-43,52	$2,8 \times 10^{-4}$

La diminution des variables principales est statistiquement significative dans les deux sous-groupes (test de Student, $p < 0,05$ pour chaque variable dans chaque sous-groupe).

3.4 Critères secondaires

3.4.1 Période d'attente du statut de réfugié

Diagnostiques principaux en fin de consultation

Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles mentaux et du comportement (20 %) – dont troubles anxieux et dépressifs, stress post-traumatique, etc. – et les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles (18 %) – douleurs du rachis, radiculalgies, tendinites, etc.

Les autres diagnostics fréquents sont les maladies de l'appareil respiratoire (14 %) – dont les affections saisonnières du nez, de la gorge et des bronches, et les

asthmes –, les consultations sans diagnostic (10 %) – chapitre « autres motifs de recours » dont certificat médical, vaccination, frottis de dépistage –, les affections dermatologiques (10 %), digestives (7 %) et uro-génitales (7 %).

Les autres diagnostics sont peu représentés (moins de 30 diagnostics chacun) (figure 2 page 64).

Les hommes ont consulté un peu plus que les femmes pour des troubles mentaux et un peu moins pour des troubles ostéo-articulaires, mais globalement, il y a peu de différence entre les sexes dans les diagnostics retenus au sein de cet échantillon (tableau 9 page 66).

Médicaments prescrits

Les antalgiques représentent un tiers des prescriptions, loin devant les anti-infectieux (13 %), les psychotropes (10 %), les médicaments à visée dermatologique (8,5 %), à visée ORL et ophtalmologique (8 %), à visée endocrinologique (7 %), à visée digestive (6 %) et pneumologique (6 %). Les autres spécialités sont négligeables (moins de 30 prescriptions chacune) (figure 3 page 65, tableau 10 page 66).

3.4.2 Période après l'obtention du statut de réfugié

Diagnostics principaux en fin de consultation

Les diagnostics les plus fréquents sont les maladies du système ostéo-articulaire et musculaire (21,5 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (17,5 %).

Les autres diagnostics fréquents sont les autres motifs de recours (11 %), les troubles mentaux et du comportement (10 %) et affections digestives (10 %).

Les autres diagnostics sont peu représentés (moins de 30 diagnostics chacun) (figure 2 page 64).

Les hommes ont consulté un peu plus que les femmes pour des troubles mentaux (tableau 9 page 66).

Médicaments prescrits

Les antalgiques représentent plus du tiers des prescriptions (36 %), loin devant les anti-infectieux (10 %), les médicaments à visée endocrinologique (10 %), ORL et ophtalmologique (8,5 %), les psychotropes (7,5 %) et les médicaments à visée

dermatologique (7,5 %) ou digestive (6,5 %). Les autres spécialités sont négligeables (moins de 30 prescriptions chacune) (figure 3 page 65 et tableau 10 page 66).

3.4.3 Comparaison avant et après l'obtention du statut de réfugié

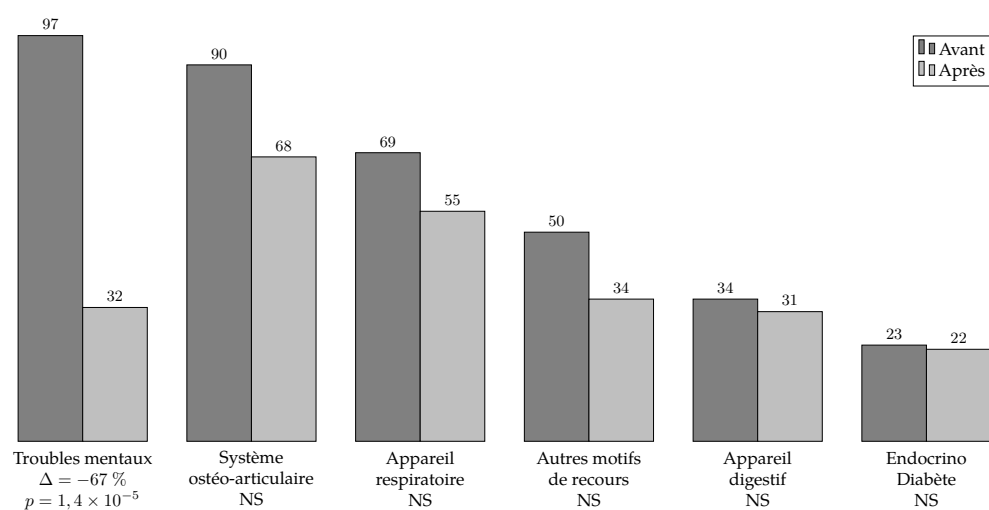
Diagnostics principaux en fin de consultation

Seuls les troubles mentaux et du comportement baissent de manière statistiquement significative ($n_{avant} = 97$; $n_{apres} = 32$; $\Delta = -67\%$; $p = 1,4 \cdot 10^{-5}$).

La diminution des maladies ostéo-articulaires et musculaires ($\Delta = -24,5\%$), des maladies de l'appareil respiratoire ($\Delta = -20,5\%$) et des consultations pour « autres motifs de recours » ($\Delta = -32\%$), n'est pas statistiquement significative.

Les pathologies digestives et les pathologies endocrinologiques et diabétiques restent stables (tableau 9 page 66).

Les autres diagnostics ne sont pas assez nombreux pour permettre une interprétation valide.



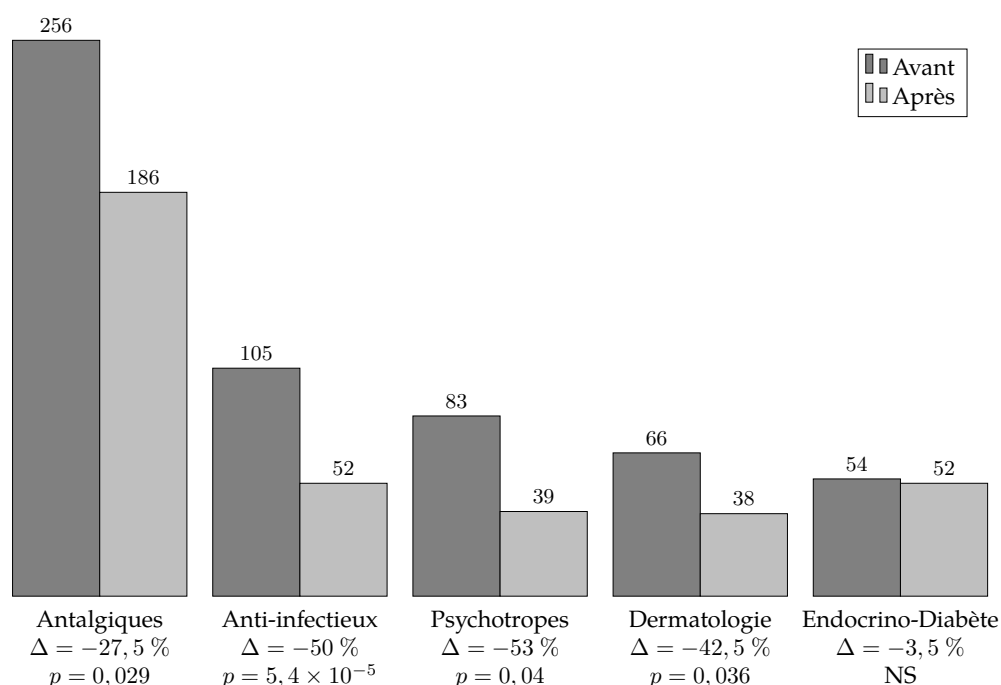
Médicaments prescrits

Presque toutes les prescriptions médicamenteuses diminuent après l'obtention du statut de réfugié. La baisse la plus importante concerne les médicaments psychotropes ($n_{avant} = 83$; $n_{apres} = 39$; $\Delta = -53\%$; $p = 0,04$).

Les antalgiques baissent ($n_{avant} = 256$; $n_{apres} = 186$; $\Delta = -27,5 \%$; $p = 0,029$), comme les médicaments à visée anti-infectieuse ($\Delta = -50 \%$, $p = 5,4 \cdot 10^{-5}$) et dermatologique ($\Delta = -42,5 \%$; $p = 0,036$).

La diminution des médicaments à visée ophtalmologique et ORL (-31 %), pneumologique (-32 %) et gastro-entérologique (-26 %) n'est pas statistiquement significative. Les médicaments du diabète restent stables (pas de variation statistiquement significative) (tableau 10 page 66).

Les autres prescriptions ne sont pas assez nombreuses pour permettre une interprétation valide



3.5 Population non immigrée du cabinet

3.5.1 Nombre de consultations

Le nombre de consultations dans le groupe « non immigrés » est de 295 dans la première période de l'étude et de 309 dans la période suivante (pas de différence statistiquement significative). La fréquence moyenne de consultation est de 3,4 par

an et par personne (tableau 13 page 68).

La comparaison avec le nombre de consultations des demandeurs d'asile pendant la période d'attente du statut de réfugié montre une différence statistiquement significative ($n_{dem.asile} = 472$; $n_{non.immigr.} = 295$; $\Delta = -68,5 \%$; $p = 2,92 \cdot 10^{-7}$).

La comparaison avec le nombre de consultations des réfugiés statutaires dans la période après l'obtention du statut de réfugié ne montre pas de différence statistiquement significative ($n_{refugie} = 317$; $n_{non.immigr.} = 309$; $\Delta = -2,5 \%$; $p = 0,928$) (tableau 14 page 68).

3.5.2 Nombre d'ordonnances

Le nombre d'ordonnances dans le groupe « non immigrés » est de 222 dans la première période de l'étude et de 237 dans la période suivante (pas de différence statistiquement significative). La fréquence moyenne d'ordonnance est de 2,5 par an et par personne (tableau 13 page 68).

La comparaison avec le nombre d'ordonnances des demandeurs d'asile pendant la période d'attente du statut de réfugié montre une différence statistiquement significative ($n_{dem.asile} = 358$; $n_{non.immigr.} = 222$; $\Delta = -61,5 \%$; $p = 3,74 \cdot 10^{-6}$).

La comparaison avec le nombre d'ordonnances des réfugiés statutaires dans la période après l'obtention du statut de réfugié ne montre pas de différence statistiquement significative ($n_{refugie} = 244$; $n_{non.immigr.} = 237$; $\Delta = -3 \%$; $p = 0,286$) (tableau 14 page 68).

4 Discussion

4.1 Synthèse

Population étudiée et méthode

Cette étude cas-témoin, où chaque sujet est son propre témoin, compare l'état de santé de réfugiés pendant deux périodes de même durée, avant et après l'obtention du statut officiel de réfugié.

La population étudiée est composée de 105 réfugiés (sex-ratio 1,1) avec une moyenne d'âge de 32 ans (mini = 12 ans ; maxi = 66 ans). Pour la très grande majorité ils ont été étudiés sur une période de 12 mois avant et 12 mois après l'obtention du statut de réfugié (80 sur 105). Les autres ont été étudiés sur des périodes allant de 6 mois à 9 mois avant et après l'obtention du statut de réfugié. Ils étaient tous couverts par la CMU-C depuis plus d'un an, avec une moyenne de 16 mois entre l'obtention de la CMU-C et le début de la période étudiée.

Sauf mention contraire, toutes les comparaisons statistiques ont fait appel au test de Student pour échantillons appariés.

Critères principaux

La population étudiée a totalisé 497 consultations avant l'obtention du statut de réfugié et 317 après (fréquence moyenne de 5,5 consultations par an et par réfugié¹ avant et 3,6 après). La baisse (- 36 %) est statistiquement significative ($p = 1,6 \cdot 10^{-8}$).

Le nombre d'ordonnances est de 358 avant l'obtention du statut de réfugié et de 244 après (fréquence moyenne de 3,9 ordonnances par an et par réfugié avant et 2,7 après). La baisse (- 32 %) est statistiquement significative ($p = 7,3 \cdot 10^{-6}$).

Le nombre de lignes de médicaments correspondant est de 770 avant l'obtention du statut de réfugié et 513 après. La baisse (- 33 %) est statistiquement significative ($p = 3,0 \cdot 10^{-6}$).

1. Nombre de consultations par mois ramené à 12 mois

Robustesse des résultats

L'évolution des variables principales (nombre de consultations, nombre d'ordonnances, nombre de lignes de médicaments) a été étudiée dans divers sous-groupes afin de tester la robustesse des résultats. Chaque variable recueillie a été utilisée pour former deux sous-groupes de 40 à 60 sujets : hommes / femmes, jeunes / moins jeunes, originaires d'ex-URSS / d'autres pays, vécu de violences / pas de violences, CMU-C plus récente / CMU-C plus ancienne. Dans tous les sous-groupes, les variables principales diminuent de manière très homogène, de - 22 % à - 45 %. Toutes les différences sont statistiquement significatives, sauf pour le nombre d'ordonnances chez les victimes de violences (- 25 %, NS).

Critères secondaires

Avant l'obtention du statut de réfugié les diagnostics les plus fréquents sont les troubles mentaux et du comportement (20 %) et les maladies du système ostéo-articulaire et des muscles (18 %).

Après l'obtention du statut de réfugié les diagnostics les plus fréquents sont les maladies du système ostéo-articulaire et musculaire (21,5 %) ; les troubles mentaux et du comportement ne représentent plus que la quatrième famille diagnostique (10 %).

Dans les deux périodes, les maladies de l'appareil respiratoire, les affections dermatologiques et les consultations pour « autres motifs de recours » sont fréquentes (au moins 10 % chacune).

Entre les deux périodes, tous les types de diagnostic diminuent, en dehors de trois qui passent de 6 à 9 cas à eux trois réunis. Mais seuls les troubles mentaux et du comportement baissent de manière statistiquement significative ($n_{avant} = 97$; $n_{apres} = 32$; $\Delta = - 67\%$; $p = 1,4 \cdot 10^{-5}$). Les diminutions des maladies du système ostéo-articulaire et des muscles ($\Delta = - 24,5\%$), des maladies de l'appareil respiratoire ($\Delta = - 20,5\%$) et des autres motifs de recours ($\Delta = - 32\%$), ne sont pas statistiquement significatives.

Avant et après l'obtention du statut de réfugié les antalgiques représentent un tiers des prescriptions, loin devant les anti-infectieux, les psychotropes et les médicaments à visée dermatologique ou à visée ORL qui sont des prescriptions fréquentes.

Presque toutes les prescriptions médicamenteuses diminuent après l'obtention du statut de réfugié. La baisse la plus importante concerne les médicaments psychotropes ($n_{avant} = 83$; $n_{apres} = 39$; $\Delta = -53\%$; $p = 0,04$). Les médicaments anti infectieux baissent aussi fortement ($\Delta = -50\%$, $p = 5,4 \cdot 10^{-5}$). Les antalgiques baissent dans une moindre mesure ($n_{avant} = 256$; $n_{apres} = 186$; $\Delta = -27,5\%$; $p = 0,029$). Enfin les médicaments à visée dermatologique baissent de manière statistiquement significative ($\Delta = -42,5\%$; $p = 0,036$).

La diminution des autres médicaments n'est pas statistiquement significative.

Les médicaments du diabète restent stables ($n_{avant} = 54$; $n_{apres} = 52$; NS).

Comparaison avec la population non immigrée

La comparaison du nombre de consultations des demandeurs d'asile pendant la période d'attente du statut de réfugié avec la population non immigrée montre une différence importante ($\Delta = -68,5\%$), statistiquement significative ($n_{dem.asile} = 472$; $n_{non.immig} = 295$; $p = 2,92 \cdot 10^{-7}$).

La comparaison du nombre de consultations des réfugiés statutaires dans la période après l'obtention du statut de réfugié avec la population non immigrée ne montre pas de différence ($n_{refugie} = 317$; $n_{non.immig} = 309$; $\Delta = -2,5\%$; $p = 0,928$).

La comparaison du nombre d'ordonnances des demandeurs d'asile pendant la période d'attente du statut de réfugié avec la population non immigrée montre une différence importante ($\Delta = -61,5\%$), statistiquement significative ($n_{dem.asile} = 358$; $n_{non.immig} = 222$; $p = 3,74 \cdot 10^{-6}$).

La comparaison du nombre d'ordonnances des réfugiés statutaires dans la période après l'obtention du statut de réfugié avec la population non immigrée ne montre pas de différence ($n_{refugie} = 244$; $n_{non.immig} = 237$; $\Delta = -3\%$; $p = 0,286$).

4.2 Commentaires sur la méthode

Le choix du lieu d'étude devait combiner un maximum de réfugiés et le même mode de compilation des données de consultation par les praticiens. Cela nous a conduit à travailler sur un seul cabinet, le Centre médical de Cantepau (Albi). D'après l'OFPPA, environ 850 demandeurs d'asile sont arrivés à Albi entre 2003 et

2011². Si on applique le taux global national d'admission à l'asile (soit 20 % ces dix dernières années^[45]) à ces demandeurs d'asile albigeois, on peut évaluer le nombre de réfugiés statutaires dans la période à 170. Malgré la faiblesse de ce calcul (il faudrait aussi retirer les mineurs de 12 ans), les 105 réfugiés de notre étude représentent sans aucun doute une très grande partie des demandeurs d'asile d'Albi ayant obtenu le statut de réfugié dans cette période.

La préexistence de maladies chroniques est un critère important à prendre en compte pour étudier la prise en charge d'un patient en médecine générale. Dans une population atteinte de maladies lourdes imposant un suivi régulier, le nombre de consultations et d'ordonnances reflète surtout le suivi de ces affections. Il y a cependant peu de chances que ce soit le cas dans la population étudiée. D'une part, en raison de son jeune âge (32 ans en moyenne) et d'autre part, parce que ce serait incompatible avec les diagnostics retenus, les classes thérapeutiques utilisées, et surtout la diminution observée après obtention du statut de réfugié.

Pour ce qui concerne le suivi psychiatrique, il est possible que certains patients aient été suivis par un spécialiste psychiatre ou un Centre Médico-Psychologique (CMP). Cependant la rareté des courriers échangés avec les psychiatres et le CMP local ne permet pas de documenter ce point. Pour la plupart des demandeurs d'asile, l'absence de maîtrise du français rend difficile le suivi d'une psychothérapie. La ville d'Albi ne possède pas de dispositif spécifique d'accueil psychologique des exilés, tel qu'il peut en exister dans certaines grandes villes (exemples du Comité de Coordination Pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté (CCPS) à Toulouse, du COMEDE à Paris).

Selon les dossiers médicaux (et l'expérience des praticiens du Centre médical de Cantepau), les demandeurs d'asile consultent très peu les autres spécialistes sans en référer auparavant à leur médecin traitant. Au total, il est possible que les consultations et prescriptions psychiatriques soient un peu sous-estimées. Mais la conception de l'étude, où chaque personne est son propre témoin, empêche que cette éventuelle sous-estimation aboutisse à un biais.

2. Selon les rapports chiffrés de l'OFPPRA des années correspondantes, 500 adultes et 350 mineurs.

4.3 Validité des résultats

4.3.1 Représentativité de la population

L'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population générale des réfugiés en France, et encore moins en Europe. Les pays d'origine changent au gré des conflits dans le monde et évoluent d'une année sur l'autre. Dans certains départements français, telle ou telle nationalité est parfois sur-représentée en raison du mode de fonctionnement des filières d'immigration. L'évolution des règles régissant l'asile (notion de pays sûrs, etc.) et les aléas de l'histoire entraînent des variations relativement fréquentes et rapides de l'origine géographique des réfugiés.

Selon l'OFPPA, en 2013, la part des femmes parmi les demandeurs d'asile est en léger recul passant à 35,9 % (47,6 % dans l'échantillon étudié). L'âge moyen des demandeurs demeure 32 ans (32,4 ans dans cette étude lors de l'obtention du statut de réfugié).

4.3.2 Critères principaux

Les réfugiés de l'échantillon étudié consultent beaucoup moins leur médecin généraliste une fois leur statut de réfugié obtenu (- 36 %). La délivrance d'ordonnance (- 32 %) et le nombre de lignes d'ordonnance (- 33 %) baissent dans la même proportion. Le nombre de prescriptions de médicaments par consultation reste stable : 0,72 ordonnance et 1,55 lignes de médicaments par consultation versus 0,77 et 1,62 (NS).

L'état de santé de ce groupe – objectivé par le recours au médecin généraliste et par ses prescriptions – s'est donc amélioré après l'obtention du statut de réfugié.

Le volume de prescriptions des praticiens du Centre médical de Cantepau (mis en évidence sur les Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP)) est faible. Cela diminue la puissance statistique des observations sur les prescriptions et donne encore plus de poids à la diminution observée.

L'étude de la population non immigrée du Centre médical de Cantepau apporte quelques informations complémentaires. Les demandeurs d'asile consultent 1,6 fois plus que les non immigrés du cabinet et 1,6 fois plus d'ordonnances leur sont prescrites. Après obtention du statut de réfugié, leurs nombres de consultations et

de prescriptions sont comparables à celles des non immigrés.

Au total, les données principales sont cohérentes, et il n'y a pas de raison de mettre en doute leur validité

4.3.3 Étude des sous-groupes

Âge. Les plus jeunes (< 32,4 ans) semblent consommer moins de médicaments que les plus vieux, avant comme après l'obtention du statut de réfugié (cf. tableau 7 p. 63). Cet écart se vérifie aussi pour le nombre de consultations après le statut (mais pas de différence significative dans le nombre de consultations avant). Chez les plus jeunes, la baisse des paramètres de consommation de soins semble plus nette que chez leurs aînés : - 44 % versus - 29 % pour les consultations et - 43 % versus - 22% pour les ordonnances (pas de test statistique).

Ces données sont cohérentes avec ce qu'on sait de la consommation de soins qui augmente avec l'âge dans la population générale. Les données de la CNAMTS^[46] montrent que les dépenses de santé sont croissantes avec l'âge (à l'exception de la petite enfance) avec une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires. Ce sont les dépenses pharmaceutiques qui croissent le plus fortement avec l'âge.

Sexe. Selon les données de la CNAMTS^[46], les dépenses ambulatoires des femmes sont supérieures à celles des hommes entre 20 ans et 60 ans (médecins et dépenses pharmaceutiques). Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence statistiquement significative de la consommation de soins suivant le sexe. Avant obtention du statut, les femmes consultent 6 fois par an et les hommes 5 fois. Après, les femmes consultent 3,9 fois par an et les hommes 3,3 fois (différence entre les deux sexes non significative). Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative pour le nombre d'ordonnances et de lignes de médicaments (un peu supérieures chez les femmes). Ces données sont cohérentes, l'absence de différence statistiquement significative étant probablement due à la faible puissance statistique de l'échantillon étudié.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Il n'y a pas de différence significative dans l'évolution des paramètres principaux entre les sous-groupes

obtenus en fonction de la durée de détention de la CMU-C en début d'étude (< 16 ou > 16 mois, < 15 ou > 18 mois).

Le taux de renoncement aux soins est important avant obtention de la complémentaire CMU^[18], surtout pour raisons financières. Les bénéficiaires de la CMU-C sont, à âge égal, plus malades que le reste de la population^[46] à cause de déterminants sociaux de la santé défavorables (pauvreté, précarité, chômage, etc.). Il consomment plus de soins que le reste de la population^[47] (avant l'âge de 60 ans).

Le CREDES a comparé^[27] la consommation de soins sur l'année 2000 (première année du dispositif CMU-C) des bénéficiaires de la complémentaire CMU qui étaient sans complémentaire santé ou bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) (équivalent de la CMU-C), avant l'instauration du dispositif. Ceux qui n'avaient pas de couverture complète avant ont plus consommé de soins que les autres. Il existe donc probablement un phénomène de surconsommation transitoire à l'obtention de la CMU-C. On ignore cependant combien de temps ce phénomène dure car il dépend de l'état de santé des personnes à leur entrée dans le dispositif. Les spécialistes de la santé des populations défavorisées interrogés estiment qu'il est le plus souvent inférieur à un an.

Les données recueillies ne sont pas en contradiction avec ces connaissances. Elles n'ont pas montré de différence significative selon l'ancienneté de la CMU-C. A posteriori, il semble avoir été justifié d'exclure les récents bénéficiaires de la CMU-C (moins d'un an).

Les données par sous-groupes sont cohérentes avec ce que l'on sait par ailleurs.

4.3.4 Critères secondaires

Dans cet échantillon, les troubles psychiatriques représentent les diagnostics les plus fréquents chez les demandeurs d'asile en attente du statut. Chez les demandeurs d'asile consultant le COMEDE, la prévalence des troubles psychiatriques, et en particulier des psychotraumatismes, est particulièrement élevée (34%)^[14]. La prévalence élevée des troubles psychiatriques dans notre échantillon n'est donc pas inattendue. En revanche nous n'avons pas trouvé de chiffre de prévalence des maladies psychiatriques chez les réfugiés statutaires et nous n'avons donc pas d'élément de comparaison.

Les plaintes douloureuses liées aux maladies ostéo-articulaires et musculaires,

ont également une prévalence importante chez les demandeurs d'asile en attente du statut (18 %). Là encore, les données de notre échantillon sont cohérentes avec celles du COMEDE, selon lesquelles les demandeurs d'asile présentent de fréquentes somatisations accompagnant les troubles psychiatriques^[12]. En effet les somatisations sont classées au chapitre des maladies ostéo-articulaires et musculaires dans la CIM-10.

Les pathologies chroniques, qui imposent un suivi régulier ininterrompu, restent logiquement stables (diabète - 4 %).

Les prescriptions médicamenteuses baissent dans les mêmes proportions que les consultations. Globalement on retrouve une cohérence dans l'évolution des pathologies et des spécialités prescrites.

Les antalgiques sont, en nombre absolu, la première classe de médicaments prescrits avant et après l'obtention du statut de réfugié (plus de 30 % des prescriptions avant et après le statut). Ces chiffres sont légèrement supérieurs aux chiffres de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)^[1], des ventes de médicaments en 2012, qui indiquent que le paracétamol (loin devant), l'ibuprofène et la codéine sont les trois premières substances actives prescrites en médecine libérale avec 19 %.

Les données des critères secondaires sont cohérentes avec ce que l'on sait par ailleurs.

4.3.5 Validité des résultats

Au total, la cohérence interne comme la cohérence externe des résultats principaux, comme des résultats secondaires ou des études par sous groupe, sont satisfaisantes. Rien n'incite à remettre en cause la validité de données recueillies sur notre échantillon de réfugiés.

4.4 Hypothèses explicatives

Les données recueillies permettent d'élaborer un certain nombre d'hypothèses pour expliquer la diminution observée de la consommation de soins et des diagnostics après obtention du statut de réfugié.

Amélioration continue. Selon cette hypothèse, après leur arrivée en France et leur accès à un nouveau système de soins, la santé des demandeurs d’asile, puis des réfugiés, s’améliore de manière continue, en sorte que l’on aurait juste observé une tranche de cette amélioration. Cette hypothèse est peu vraisemblable. D’une part, parce que si elle était vraie, on observerait probablement des différences en fonction de la date d’admission à la CMU-C (en effet, il y a peu de chances qu’une telle amélioration soit linéaire et continue). D’autre part et surtout, parce qu’il n’y aurait aucune raison pour qu’elle concerne particulièrement la santé mentale. Cependant, si on voulait vérifier ce point, il serait intéressant de répéter les mêmes comparaisons dans la même population, par exemple 6 ou 12 mois avant l’obtention du statut de réfugié, et 6 ou 12 mois après l’obtention du statut de réfugié.

Influence des consultations sociales. À leur arrivée, les demandeurs d’asile sont confrontés à de nombreuses difficultés (compréhension, adaptation, procédures, etc.) qui peuvent multiplier les consultations à but social ou juridique (rédaction de certificats médicaux).

Cette hypothèse explique mal la décroissance des consultations et prescriptions à visée psychiatrique ou infectieuse. De plus, les « consultations pour autres motifs de recours » qui regroupent notamment les certificats médicaux et les actes de prévention (vaccinations, etc.), sont en nombre peu élevé et ne contribuent que faiblement aux résultats observés.

Demandeurs d’asile, faux malades ? Selon cette hypothèse, les demandeurs d’asile seraient nombreux à simuler un mauvais état de santé dans le but d’obtenir le statut de réfugié, et c’est ce qui expliquerait leur niveau plus élevé de consommation de soins.

En réalité l’état de bonne ou de mauvaise santé des demandeurs d’asile ne joue aucun rôle dans l’obtention du statut de réfugié. Les seuls certificats utiles sont ceux qui décrivent des séquelles de torture et de mauvais traitements. Simuler des affections psychiatriques ou infectieuses est sans utilité pour obtenir un statut de réfugié. Les demandeurs l’apprennent très vite, soit par les travailleurs sociaux, soit par les médecins, soit par les autres demandeurs d’asile. Les dossiers médicaux des réfugiés de l’échantillon ne renferment d’ailleurs aucune mention de demandes de certificats de mauvaise santé destinés à l’OFPRA ou à la CNDA. Les

faits observés ne soutiennent pas l'hypothèse selon laquelle la consommation de soins des demandeurs d'asile serait liée à des simulations visant à obtenir un statut de réfugié.

Accès au système de soins. Selon cette hypothèse, les diminutions de consommation observées seraient seulement le retour vers la normale après une période de surconsommation transitoire liée à l'obtention de la CMU-C. Cependant, dans ce cas, on devrait observer des variations en fonction de l'ancienneté de l'obtention de la CMU-C. Or la diminution est quasiment identique dans tous les sous-groupes élaborés à partir de la date d'obtention de la CMU-C : moins de 16 mois, plus de 16 mois, moins de 15 mois, plus de 18 mois. Enfin cette hypothèse ne permet pas d'expliquer la diminution particulièrement marquée des diagnostics de maladies mentales et des traitements psychotropes.

Effet thérapeutique du statut de réfugié. Selon cette hypothèse, l'obtention du statut de réfugié équivaldrait à la reconnaissance officielle d'un statut de victime et aurait un effet thérapeutique dans les stress post-traumatiques liés à une agression humaine (comme la reconnaissance par la justice des victimes de viols ou d'agressions^{[38][48]}). Cette hypothèse pourrait expliquer une amélioration des troubles psychiatriques directement liés aux violences, et d'eux seuls. De plus, elle est contredite par le fait que la diminution de la consommation de soins est moins marquée dans le sous-groupe « violence » que dans le sous-groupe « pas de violence » (les résultats par sexe ne sont pas pertinents dans ce cas, car les viols des femmes sont « compensés » par un plus grand nombre de tortures chez les hommes). Cette hypothèse n'est donc pas la plus vraisemblable.

L'attente pathogène. Selon cette hypothèse, la situation psychologique et sociale des demandeurs dans l'attente de la réponse à leur demande d'asile est une situation pathogène. Ce ne serait pas l'obtention du statut de réfugié en soi qui améliore leur santé, mais la fin d'une période d'incertitude, d'angoisse et de suspicion (sur le plan psychologique), de grande précarité et de marginalisation (sur le plan social).

Cette hypothèse est cohérente avec la diminution marquée de la consommation de soins à visée psychiatrique. Elle est aussi cohérente avec la diminution de la prescription d'anti-infectieux (-48 %). En effet, de nombreuses données établissent

un lien entre les maladies infectieuses et une situation sociale précaire^{[2][28][39]}, notamment dans le cas des migrants^[11]. Elle semble donc la plus vraisemblable.

Cette hypothèse pourrait être approfondie en comparant l'état de santé (notamment psychiatrique) des demandeurs d'asile ayant eu une procédure rapide et une procédure lente ou en étudiant les différences d'évolution entre les demandeurs d'asile accueillis en CADA et les autres.

4.5 Propositions d'études complémentaires

Situation familiale. La question se pose de l'influence des séparations familiales et de l'inquiétude pour les proches, notamment conjoint et enfants. Il serait intéressant d'étudier de manière comparative des sous-groupes d'adultes célibataires, mariés (ou en couple) sans enfants et avec enfants, et de comparer aussi les demandeurs dont le conjoint ou les enfants sont restés au pays avec ceux qui ont immigré en famille.

Déboutés de l'asile. La question se pose de l'évolution de santé des demandeurs d'asile ayant vu leur demande rejetée et qui se sont maintenus sur le sol français (faute de pouvoir étudier ceux qui ont obéi à l'injonction de quitter le territoire). Leur santé s'est-elle stabilisée ? s'est-elle améliorée ? dégradée ? Si l'hypothèse du caractère pathogène de la situation de demandeur d'asile est exacte, il faut s'attendre à une stabilité ou à une dégradation de l'état de santé des déboutés du droit d'asile. Il serait donc intéressant de mener une étude analogue à celle qui est ici présentée, mais chez des demandeurs d'asile déboutés.

Comparaison entre réfugiés et non immigrés. Une partie de cette étude a comparé la population de réfugiés sélectionnée et des témoins non immigrés. Les résultats semblent indiquer que l'état de santé des réfugiés était altéré dans la période d'attente et qu'il s'est rapproché de celui de la population non immigrée après obtention du statut. Cette comparaison était cependant très grossière. Elle pourrait être améliorée en augmentant le nombre de témoins non immigrés pour chaque réfugié et en examinant plus finement des critères comme les diagnostics en fin de consultation et les spécialités prescrites.

Catégories socioprofessionnelles. Les professions exercées par les réfugiés dans leur pays d'origine sont extrêmement variées. Il serait intéressant d'étudier le taux d'obtention du statut de réfugié, l'évolution sociale et l'évolution de l'état de santé des demandeurs d'asile et réfugiés en fonction de critères socioprofessionnels (niveau d'étude, revenu, etc.)

Les réfugiés dont l'état de santé ne s'améliore pas. Les réfugiés n'évoluent pas tous de la même manière. La santé de certains ne s'améliore pas ou s'aggrave après l'obtention du statut de réfugié. Ont-ils des points communs ? Peut-on prévoir une telle évolution ? Peut-on la prévenir ? Ces questions ouvrent tout un champ d'investigations.

5 Conclusion

Un groupe de 105 demandeurs d'asile a été étudié pendant une période de 6 à 12 mois avant et après l'obtention du statut de réfugié. Dans cette étude cas-témoin, chaque réfugié était son propre témoin au cours de deux périodes de même durée successives et centrées autour de la reconnaissance du statut par les autorités. Nous avons étudié des paramètres de consommation médicale : le nombre de consultations, le nombre d'ordonnances et le nombre de lignes de médicaments prescrits. La comparaison des données des mêmes individus à deux périodes différentes a permis d'étudier l'évolution de leur état de santé.

La question était de savoir si la procédure et son issue positive, l'obtention du statut de réfugié, avaient une influence sur l'état de santé des demandeurs d'asile.

Tous les demandeurs d'asile étudiés bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et chacun a été suivi par le même médecin généraliste durant toute la période étudiée. Nous avons exclu les demandeurs d'asile détenteurs de la CMU-C depuis moins d'un an pour éviter un biais de surconsommation de soins transitoire) et les enfants âgés de moins de 12 ans pour éviter un biais lié à l'évolution naturelle des pathologies infantiles. Cette étude a été complétée par une comparaison des réfugiés étudiés avec un groupe de patients non immigrés du même cabinet.

Après l'obtention du statut de réfugié le nombre de consultations, le nombre d'ordonnances et de lignes de médicaments ont baissé de plus de 30 % (différences statistiquement significatives au test de Student : $p < 10^{-6}$). Les affections psychiatriques sont largement représentées avant et diminuent de manière très nette (- 69 %) après l'obtention du statut de réfugié ($p < 10^{-5}$). Les médicaments psychotropes sont également en très forte baisse (- 53 %, $p = 0,04$) comme les médicaments anti-infectieux (- 50 %, $p < 10^{-5}$). La comparaison avec le groupe de non immigrés du cabinet laisse penser qu'après obtention du statut de réfugié, les paramètres de consommation de soins redeviennent proches de ceux de la population générale.

La cohérence des résultats principaux, comme celle des résultats secondaires est

satisfaisante. Rien ne permet de remettre en cause la validité de données recueillies sur notre échantillon de réfugiés.

La reconnaissance du statut de victime permet probablement aux réfugiés ayant subis des violences graves d'entamer un processus de reconstruction. Cependant l'amélioration de la santé physique et mentale des réfugiés après l'obtention du statut de réfugié semble essentiellement liée à la fin du processus pathogène que représente la procédure de demande d'asile (incertitude concernant l'avenir, pauvreté, absence de droit au travail, logement précaire, etc.).

Pour confirmer l'effet pathogène de la procédure, il serait intéressant d'étudier les effets de la durée de la procédure qui est en moyenne de deux ans. Il serait également intéressant d'étudier le devenir des déboutés de l'asile qui sont restés sur le sol français et de vérifier que l'évolution de leur état de santé diffère de celle des demandeurs ayant obtenu le statut de réfugié.

Annexes

Annexe 1 : Chapitres de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (CIM-10)

- I Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
- II Tumeurs (C00-D48)
- III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)
- IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)
- V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
- VI Maladies du système nerveux (G00-G99)
- VII Maladies de l'oeil et de ses annexes (H00-H59)
- VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)
- IX Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)
- X Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)
- XI Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)
- XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)
- XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)
- XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)
- XV Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)
- XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)
- XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)
- XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)
- XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)
- XX Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
- XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)
- XXII Morphologie des tumeurs
- XXIII Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires

Annexe 2 : Classification des médicaments

- Antalgiques - Antispasmodiques - Anti-inflammatoires ;
- Cancérologie - Hématologie ;
- Cardiologie - Angéiologie ;
- Dermatologie ;
- Endocrinologie - Métabolisme - Diabète - Nutrition ;
- Gastro - Entéro - Hépatologie ;
- Gynécologie - Obstétrique ;
- Hémostase - Hématopoïèse - Hémoglobinopathies ;
- Infectiologie - Parasitologie ;
- Neurologie ;
- Ophtalmologie - Oto - Rhino - Laryngologie ;
- Pneumologie ;
- Psychiatrie ;
- Urologie - Néphrologie.

Annexe 3 : Élaboration de la population étudiée

Tableau 1 – Recherche initiale et application des critères d'exclusion

Critères	Exclus	Sujets restants
Recherche initiale *		497
Moins de 12 ans au début de l'étude	102	395
Statut rejeté	242	153
Suivi moins de 6 mois avant/après	38	115
Pas de CMU ou CMU depuis moins de 12 mois	10	105

** Nombre de demandeurs d'asile ayant consulté au cabinet entre 2003 et 2011, obtenu par croisement de la liste de patients du Centre médical de Cantepau avec les listes du CADA d'Albi et par une recherche par mots-clés sur le logiciel du cabinet.*

Annexe 4 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 – Âges

	Femmes	Hommes	Total
Effectif	50	55	105
Âge moyen	31,26	33,02	32,18
Âge mini	12,18	12,47	12,18
Âge maxi	66,21	59,47	66,21

Tableau 3 – Nationalités d’origine des réfugiés

Zone*	Nation	Nombre
2	Albanie	10
2	Algérie	1
2	Angola	4
1	Arménie	17
1	Azerbaïdjan	2
2	Bosnie	1
2	Congo-Brazzaville	2
1	Géorgie	4
2	Guinée	1
2	Irak	2
2	Kosovo	14
2	Macédoine	1
1	Moldavie	1
2	Mongolie	3
2	République Démocratique du Congo	9
1	Russie	25
2	Somalie	2
2	Sri-Lanka	5
2	Turquie – Kurdistan	1

* La zone 1 correspond aux pays de l’ex-URSS, la zone 2 correspond aux autres régions du monde

Tableau 4 – Professions exercées par les demandeurs d’asile
dans leur pays d’origine

	Profession	Nombre
1	Agriculteurs exploitants	2
2	Artisans	5
3	Commerçants et assimilés	12
4	Chefs d’entreprise de 10 salariés ou plus	0
5	Professions libérales et assimilées	1
6	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	5
7	Cadres d’entreprise	0
8	Professions intermédiaires de l’enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilées	0
9	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	2
10	Techniciens	5
11	Contremaîtres, agents de maîtrise	0
12	Employés de la fonction publique	3
13	Employés administratifs d’entreprise	5
14	Employés de commerce	6
15	Personnels des services directs aux particuliers	2
16	Ouvriers qualifiés	5
17	Ouvriers non qualifiés	13
18	Ouvriers agricoles	4
19	Anciens agriculteurs exploitants	0
20	Anciens artisans, commerçants, chefs d’entreprise	1
21	Anciens cadres et professions intermédiaires	0
22	Anciens employés et ouvriers	0
23	Chômeurs n’ayant jamais travaillé	5
24	Inactifs divers	29

Tableau 5 – Victimes de violences

	Hommes	Femmes	Total
Effectif total	55	50	105
Victimes de violences	29	18	47
- dont torture	16	8	24
- dont viol	1	9	10

Annexe 5 : Résultats

Tableau 6 – Nombre de consultations avant et après obtention du statut de réfugié

	Effectif	Avant		Après		Δ (%)	p
		Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
Population totale	105	497	5,54	317	3,6	-36,22	$1,6 \times 10^{-8}$
Femmes	50	264	6,08	167	3,93	-36,74	$1,8 \times 10^{-4}$
Hommes	55	233	5,05	150	3,3	-35,62	$1,5 \times 10^{-5}$
Âge $\leq 32,4$	53	243	5,37	136	3,08	-44,03	$2,1 \times 10^{-5}$
Âge $> 32,4$	52	254	5,71	181	4,12	-28,74	$2,1 \times 10^{-4}$
Ex-URSS	49	227	5,11	133	2,87	-41,41	$3,9 \times 10^{-6}$
Autres régions	56	270	5,92	184	4,23	-31,85	$5,7 \times 10^{-4}$
Pas de violences	58	259	5,13	170	3,36	-34,36	$3,2 \times 10^{-4}$
Expérience de violences	47	238	6,05	147	3,89	-38,24	$6,5 \times 10^{-6}$
CMU depuis ≤ 16 mois	54	263	5,57	168	3,58	-36,12	$8,8 \times 10^{-7}$
CMU depuis > 16 mois	51	234	5,51	149	3,61	-36,32	$8,7 \times 10^{-4}$
CMU depuis < 15 mois	35	155	5,33	94	3,43	-39,35	$1,9 \times 10^{-6}$
CMU depuis > 18 mois	32	137	4,94	85	2,95	-37,96	0,018

* : Fréquence moyenne de consultation ramenée à 12 mois.

Tableau 7 – Nombre d’ordonnances avant et après obtention du statut de réfugié

	Effectif	Avant		Après		Δ (%)	p
		Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
Population totale	105	358	3,93	244	2,69	-31,84	$7,3 \times 10^{-6}$
Femmes	50	202	4,58	131	2,96	-27,56	$3,5 \times 10^{-5}$
Hommes	55	156	3,34	113	2,44	-35,15	0,021
Âge $\leq 32,4$	53	165	3,6	94	2	-43,03	$7,5 \times 10^{-5}$
Âge $> 32,4$	52	193	4,26	150	3,39	-22,28	0,021
Ex-URSS	49	151	3,35	102	2,21	-32,45	$5,3 \times 10^{-4}$
Autres Régions	56	207	4,43	142	3,1	-31,4	0,002
Pas de violences	58	195	3,81	122	2,3	-37,44	$3,0 \times 10^{-3}$
Expérience de violences	47	163	4,08	122	3,17	-25,15	0,055 ns
CMU depuis ≤ 16 mois	54	187	3,9	136	2,88	-27,27	0,012
CMU depuis > 16 mois	51	171	3,96	108	2,48	-36,84	$9,4 \times 10^{-5}$
CMU depuis ≤ 15 mois	35	120	3,8	72	2,27	-40	$4,1 \times 10^{-5}$
CMU depuis > 18 mois	32	97	3,76	62	2,33	-36,08	$9,8 \times 10^{-4}$

* : Fréquence moyenne de consultation ramenée à 12 mois.

Tableau 8 – Nombre de lignes de médicaments avant et après obtention du statut de réfugié

	Effectif	Avant		Après		Δ (%)	p
		Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
Population totale	105	770	8,58	513	5,69	-33,61	$3,0 \times 10^{-6}$
Hommes	55	321	7,04	239	5,28	-24,95	0,039
Femmes	50	449	10,27	274	6,15	-40,14	$3,6 \times 10^{-6}$

* : Fréquence moyenne des ordonnances ramenée à 12 mois.

FIGURE 2 – Nombre de consultations suivant le diagnostic (CIM-10) – avant et après obtention du statut de réfugié

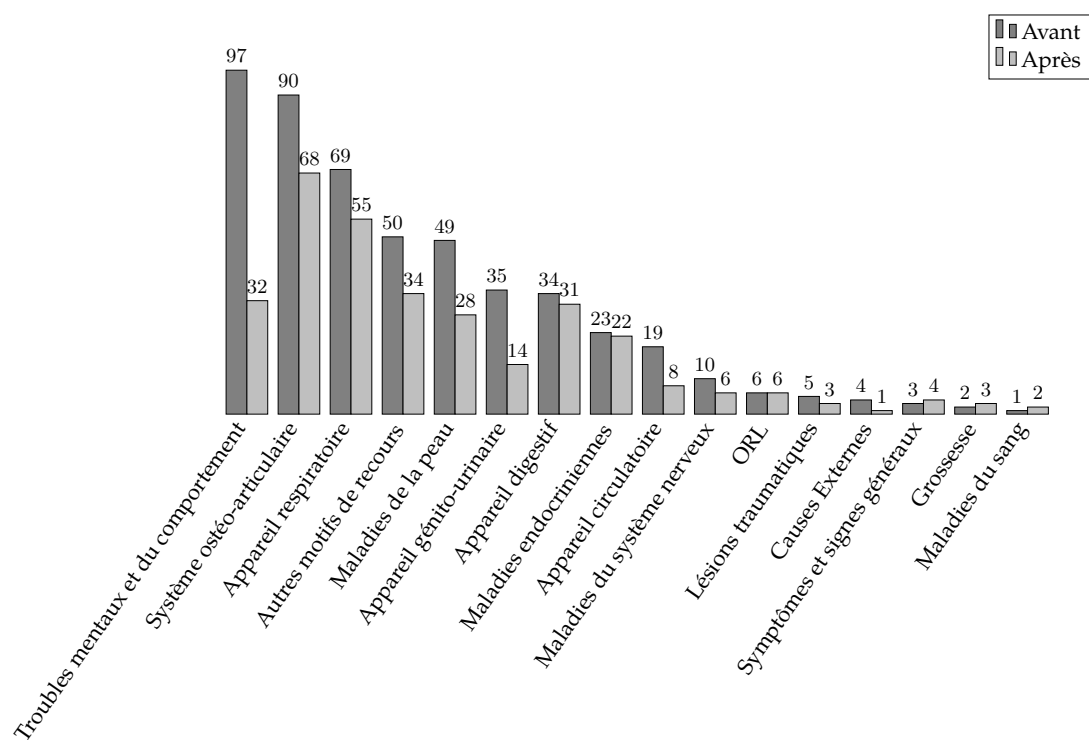


FIGURE 3 – Nombre de prescriptions médicamenteuses selon la classe thérapeutique, avant et après obtention du statut de réfugié

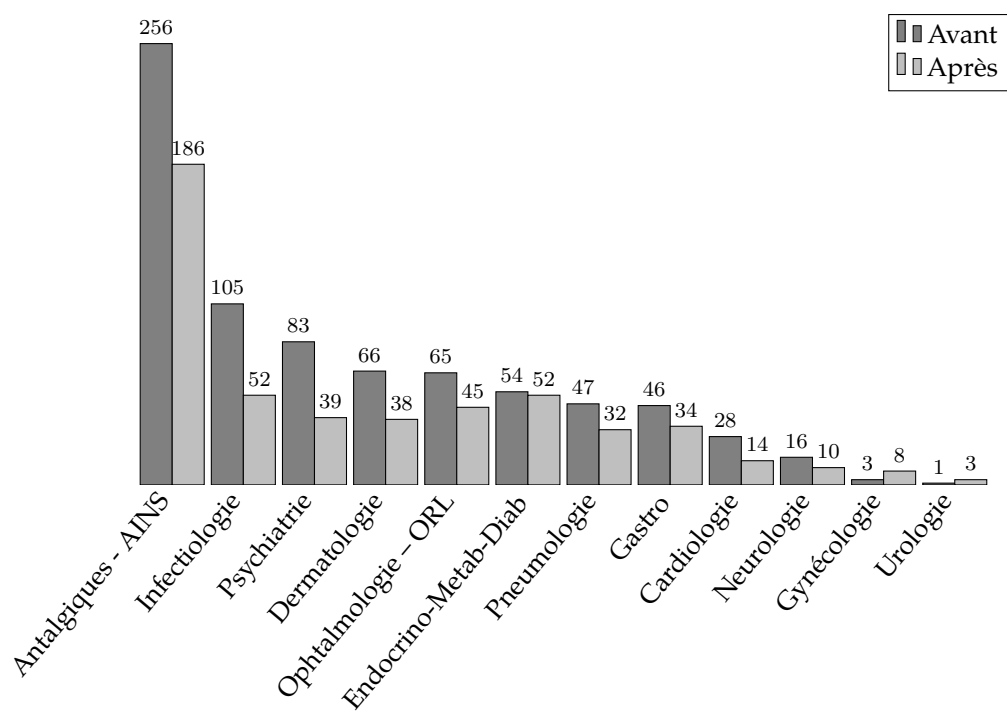


Tableau 9 – Évolution des diagnostics avant et après obtention du statut de réfugié

	Avant		Après		Δ (%)	p
	Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
Tous diagnostics	497	5,54	317	3,6	-36,22	$1,5 \times 10^{-8}$
Troubles mentaux	97	1,07	32	0,32	-67,01	$1,4 \times 10^{-5}$
Troubles musculo-squelettiques	90	0,98	68	0,78	-24,44	0,166 ns
Pathologies respiratoires	69	0,79	55	0,6	-20,29	0,154 ns
Motifs de recours sans diagnostic	50	0,59	34	0,38	-32	0,052 ns
Pathologies dermatologiques	49	0,51	28	0,32	0	**
Pathologies uro-génitales	35	0,41	14	0,17	-60	**
Pathologies digestives	34	0,38	31	0,37	-8,82	0,87 ns
Pathologies endocrinologiques – Diabète	23	0,24	22	0,21	-4,35	**
Pathologies cardio-vasculaires	19	0,22	8	0,1	-57,89	**
Pathologies neurologiques	10	0,13	6	0,09	-40	**
Lésions traumatiques et causes externes	9	0,09	4	0,04	-55,60	**
Pathologies ORL	6	0,06	6	0,07	0	**
Symptômes – Signes généraux	3	0,04	7	0,12	+33,3	**
Grossesse	2	0,03	3	0,05	+50	**
Maladies du sang	1	0,01	2	0,02	0	**

* : Fréquence moyenne de consultation ramenée à 12 mois.

** : Population trop faible pour un calcul statistique valide.

Tableau 10 – Évolution des prescriptions médicamenteuses, avant et après obtention du statut de réfugié

	Avant		Après		Δ (%)	p
	Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
Toutes spécialités	770	8,57	513	5,69	-33,38	$3,0 \times 10^{-6}$
Antalgiques	256	2,81	186	2,13	-27,34	0,029
Anti-infectieux	105	1,34	52	0,59	-50,48	$5,4 \times 10^{-5}$
Psychotropes	89	0,95	39	0,43	-53,01	$4,0 \times 10^{-3}$
Dermatologie	66	0,65	38	0,37	-42,42	0,036
Ophtalmo – ORL	65	0,7	45	0,5	-30,77	0,115 ns
Métabolisme – Diabète	54	0,51	52	0,5	-3,7	0,815 ns
Pneumologie	47	0,51	32	0,34	-31,91	0,106 ns
Gastro-entérologie	46	0,51	34	0,4	-26,09	0,392 ns
Cardiologie	28	0,35	14	0,19	-50	**
Neurologie	16	0,18	10	0,12	-37,5	**
Gynécologie	3	0,03	8	0,08	+166,67	**
Urologie	1	0,02	3	0,05	+200	**

* : Fréquence moyenne de consultation ramenée à 12 mois.

** : Population trop faible pour un calcul statistique valide.

Tableau 11 – Évolution des diagnostics, avant et après obtention du statut de réfugié, en fonction du sexe

	Avant		Après		Δ (%)	p
	Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
<i>Femmes</i>						
Tous diagnostics	264	6,08	167	3,93	-35,47	$1,7 \times 10^{-4}$
Troubles mentaux	39	0,88	15	0,33	-62,68	0,028
Troubles musculo-squelettiques	45	1,01	34	0,83	-18,4	0,345
Pathologies respiratoires	38	0,9	23	0,47	-47,41	0,026
Motifs de recours sans diagnostic	21	0,46	17	0,37	-20,04	0,445
<i>Hommes</i>						
Tous diagnostics	233	5,05	150	3,3	-34,63	$1,4 \times 10^{-5}$
Troubles mentaux	58	1,24	17	0,32	-74,32	$1,0 \times 10^{-4}$
Troubles musculo-squelettiques	45	0,95	34	0,73	-23,33	0,315
Pathologies respiratoires	31	0,68	32	0,71	4,9	0,851
Motifs de recours sans diagnostic	29	0,71	17	0,39	-45,3	0,714

* : Fréquence moyenne de consultation ramenée à 12 mois.

Tableau 12 – Évolution des prescriptions médicamenteuses, avant et après obtention du statut de réfugié, en fonction du sexe

	Avant		Après		Δ (%)	p
	Nombre	Fréq. ann.*	Nombre	Fréq. ann.*		
<i>Femmes</i>						
Toutes spécialités	449	10,27	274	6,15	-40,14	$3,6 \times 10^{-6}$
Psychotropes	43	1,01	22	0,49	-51,79	0,047
Antalgiques	159	3,63	104	2,42	-33,26	0,012
Anti-infectieux	59	1,52	25	0,59	-60,93	$5,1 \times 10^{-4}$
Métabolisme-Diabète	29	0,58	26	0,52	-10,34	0,718
<i>Hommes</i>						
Toutes spécialités	321	7,04	239	5,28	-24,95	0,039
Psychotropes	40	0,9	17	0,37	-58,76	0,036
Antalgiques	97	2,07	82	1,86	-10,54	0,603
Anti-infectieux	46	1,17	27	0,58	-50,26	0,024
Métabolisme-Diabète	25	0,45	26	0,47	4	0,659

* : Fréquence moyenne ramenée à 12 mois.

Tableau 13 – Étude sur les deux périodes du groupe non immigrés

	Avant		Après		$\Delta(\%)$	p	
	Total	Fréq./12m	Total	Fréq./12m			
Consultations	295	3,39	309	3,41	4,75	0,928	ns
Ordonnances	222	2,45	237	2,57	6,76	0,286	ns

Tableau 14 – Comparaison des réfugiés avec les non immigrés dans les périodes avant et après

<i>Avant</i>	Demandeurs d'asile		Non immigrés		$\Delta(\%)$	p	
	Total	Fréq./12m*	Total	Fréq./12m*			
Consultations	497	5,54	295	3,39	-68,47	$2,92 \times 10^{-7}$	
Ordonnances	358	3,93	222	2,45	-61,26	$3,74 \times 10^{-6}$	

<i>Après</i>	Réfugiés statutaires		Non immigrés		$\Delta(\%)$	p	
	Total	Fréq./12m*	Total	Fréq./12m*			
Consultations	317	3,60	309	3,41	-2,59	0,61	ns
Ordonnances	244	2,69	237	2,57	-2,95	0,58	ns

* : Fréquence moyenne ramenée à 12 mois.

Annexe 6 : Les fondements de la protection des réfugiés

Histoire de l'asile moderne

Le droit d'asile comme droit du réfugié apparaît récemment, essentiellement au XX^e siècle sur les ruines de l'Europe de l'après-guerre.

Passons rapidement sur l'asile « diplomatique », forme particulière d'asile octroyé à un étranger réfugié dans une ambassade. Cette immunité découle du principe d'inviolabilité des locaux diplomatiques, consacré par la convention de Vienne de 1961. D'abord accordée aux délinquants de droit commun, elle est aujourd'hui réservée aux opposants politiques. Autrefois très répandu en Amérique latine, l'asile diplomatique est actuellement rarissime en Europe. Mais il ne s'agit que d'une simple faculté, qui n'oblige jamais le pays accréditaire.

En revanche, la protection consentie par un État sur son propre territoire, l'asile dit « politique », est un droit dont peuvent se prévaloir les individus. La juridisation de cet asile politique s'est opérée, en France et à l'international, en plusieurs étapes.

En France, après la Révolution, l'article 120 de la Constitution de 1793 « donne asile aux étrangers bannis de leur patrie pour la cause de la liberté » et le « refuse aux tyrans ». On retrouve la conception moderne de l'asile de n'accueillir que les individus rejetés par leur pays pour leur combat politique, c'est un droit d'asile sélectif. Mais ce texte n'a jamais été appliqué et, pendant longtemps, la France a fourni autant de réfugiés qu'elle en a accueillis : aristocrates, révolutionnaires, anti-bonapartistes...

La seconde étape de la naissance de l'asile moderne est internationale et conventionnelle. Elle apparaît, tout d'abord, dans l'entre-deux-guerres, avec les déplacements de populations provoqués par les crises qui secouent la Russie (révolution de 1917), l'Arménie (génocide de 1915), la Turquie (durcissement du régime kémaliste en 1922), l'Italie fasciste et l'Allemagne nazie. La Société des Nations (SDN) se penche sur le sort de ces populations en tentant d'élaborer un statut international du réfugié et crée le Haut Commissariat des réfugiés pour les réfugiés russes en 1921 puis l'Office international Nansen en 1931¹. Un nouveau Haut Commissariat

1. Fridtjof Nansen, explorateur polaire norvégien, fonde en 1920 le Comité Nansen pour secourir prisonniers et réfugiés de guerre. Le 1^{er} septembre 1921, il devient le premier « haut-commissaire pour les réfugiés » de la SDN. Le 5 juillet 1922, il crée le « passeport Nansen », qui permet à des

est également mis en place en 1938. Mais ce n'est qu'au sortir de la seconde guerre mondiale que la question des réfugiés est perçue comme un problème grandissant avec un risque de permanence.

Le 15 décembre 1946, l'ONU entérine la création de l'Organisation internationale des Réfugiés (OIR) remplacée en 1949 par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR). La convention de Genève du 28 juillet 1951, posera les bases juridiques de la protection internationale des réfugiés. Ratifiée par la France trois ans plus tard, son application est confiée au Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) créé un an plus tôt. La Convention ne parle pas d'asile, mais définit le réfugié comme toute personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays » (art. 1^{er}). Elle reconnaît aux réfugiés les droits au travail, aux prestations sociales, au logement, à la propriété, à l'enseignement, à la libre circulation et à la liberté d'association. La Convention laisse aux pays signataires le soin de déterminer les conditions d'acquisition de la qualité de réfugié, laquelle débouche, en principe mais pas obligatoirement, sur l'asile accordé par les États. Elle pose les bases de l'asile moderne qui est un droit du réfugié et pose comme principe cardinal le non-refoulement des réfugiés également applicable par extension aux demandeurs d'asile pendant la durée de la procédure de l'examen de leur demande.

En ce qui concerne la France, la Constitution de 1946 (Constitution de la IV^e République), énonce à l'article 4 du préambule que « tout homme persécuté en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République ». Ce principe est repris par la V^e République, le préambule de la Constitution de 1958 se référant à celui de 1946. Sacralisé, l'asile n'en a pas pour autant force obligatoire car les dispositions constitutionnelles sont jugées trop vagues. Il ne deviendra directement applicable en 1993, lorsque le Conseil constitutionnel reconnaît aux étrangers la faculté de s'en prévaloir et de réclamer un droit au séjour provisoire durant le traitement de leur demande.

Durant les vingt premières années de mise en œuvre de la Convention de Genève

personnes déplacées de retrouver une identité. Ce document sera reconnu par 54 pays. Il bénéficiera d'abord aux Russes devenus apatrides puis les Grecs, Turcs et Arméniens pour s'établir dans le pays de leur choix. Pour cette action, il reçoit le prix Nobel de la paix le 10 décembre 1922

sur les Réfugiés (1951), seuls les événements d'avant 1951 sont concernés par la convention. Les réfugiés accueillis en France sont à 98 % européens, essentiellement espagnols, russes, arméniens, polonais, hongrois et yougoslaves. Pourtant, les guerres et les persécutions ne manquent pas de se développer sur les autres continents et notamment en Afrique, au fur et à mesure de la multiplication des guerres de libération contre les colonisateurs. Un protocole additionnel est adopté, dit « Protocole de Bellagio » ou « Protocole de New York », rédigé en termes minimaux et adopté presque sans débats par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1967 : il supprime juridiquement la référence temporelle de la convention de Genève.

Or, dès ce moment, la plupart des pays occidentaux, commencent à proclamer la fermeture administrative de leurs frontières. Certains réfugiés originaires de l'Asie du Sud-Est (Boat-people) ou fuyant les dictatures d'Amérique du sud seront pourtant accueillis encore dans les années 1970. Mais dès cette époque-là, les taux de rejet des demandes d'asile d'origine africaine s'envolent pour atteindre leurs maxima actuels dès le milieu des années 1980. Aujourd'hui, l'Europe est qualifiée de « forteresse ». Certains auteurs prédisent une disparition pure et simple du droit d'asile tel qu'il avait été défini lors des conventions internationales d'après-guerre.

Les missions de l'OFPRA

En France, c'est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), qui reconnaît la qualité de réfugié ou accorde le bénéfice de la protection subsidiaire aux personnes qui en remplissent les conditions. L'office est habilité à délivrer aux réfugiés et apatrides les pièces nécessaires pour leur permettre soit d'exécuter les divers actes de la vie civile, soit de faire appliquer les dispositions de la législation interne ou des accords internationaux qui intéressent leur protection, notamment les pièces tenant lieu d'actes d'état civil. Le directeur général de l'office authentifie les actes et documents qui lui sont soumis. Les actes et documents qu'il établit ont la valeur d'actes authentiques.

Les demandes d'asile sont instruites par des officiers de protection répartis en quatre divisions géographiques : Afrique, Amérique-Maghreb, Asie et Europe, auxquelles s'ajoute la division chargée de l'apatridie.

Les différentes formes de protection

Il existe en France 3 formes de protection, accordée par l'OFPRA : le statut de réfugié, la protection subsidiaire et le statut d'apatride.

Le statut de réfugié : peut être accordé sur 3 fondements :

- la convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 : le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » ;
- l'asile dit constitutionnel, qui tire son origine de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946 : le statut de réfugié est accordé à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté » ;
- le mandat du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR) sur la base des articles 6 et 7 de son statut.

Il faut aussi remarquer que, s'il existe des critères conventionnels d'octroi du statut de réfugié, il existe aussi des clauses d'exclusion. En effet la Convention de Genève prévoit également des dispositions spécifiques dites « clauses d'exclusion », notamment celles visées à son article 1.F. a, b et c², qui excluent du bénéfice de la Convention de Genève les personnes dont on a des raisons sérieuses de penser :

- qu'elles ont commis un crime contre la paix, un crime de guerre ou un crime contre l'humanité ;
- qu'elles ont commis un crime grave de droit commun en dehors du pays d'accueil ;
- qu'elles se sont rendues coupables d'agissements contraires aux buts et principes des Nations Unies.

2. Reprises par l'article L.712-2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

La présence de ces clauses d'exclusion s'explique et se justifie par la genèse de la Convention de Genève et le contexte historique de son élaboration. Elles constituent aussi l'un des moyens de préserver l'institution de l'asile de toute perversion ou dérive dangereuse et vise à ne pas protéger l'impunité. Elles ont notamment été appliquées ces dernières années à des responsables d'atrocités commises au Rwanda, en République du Congo, en Bosnie, au Kosovo, etc.

Le statut de réfugié donne droit à l'octroi d'une carte de séjour de longue durée et débouche souvent, à terme, sur la naturalisation française.

La protection subsidiaire : le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à « toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi du statut de réfugié (...) et qui établit qu'elle est exposée dans son pays à une des menaces graves suivantes :

- a la peine de mort ;
- la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;
- s'agissant d'un civil, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ».

Le renouvellement de la protection subsidiaire peut être refusé par l'OFPRA si les raisons qui ont justifié son octroi ont cessé d'exister. En France, le statut de réfugié et la protection subsidiaire sont accordés par l'OFPRA, sous le contrôle de la CNDA. Contrairement au statut découlant de la reconnaissance de la qualité de réfugié au titre de la Convention de Genève, l'octroi de la protection subsidiaire n'est assorti que d'une carte de séjour d'un an.

Le statut d'apatride selon la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides, le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant en application de sa législation ». En pratique il s'agit de quelques cas seulement chaque années en France³. Ce statut est différent des deux autres formes de protection et concerne uniquement les personnes qui ne possèdent pas de nationalité. Il ne prend pas en compte les risques de persécution. Il peut être

3. 227 cas traités par l'OFPRA, en 2013

demandé en même temps que l'asile. Le statut d'apatride est accordé par l'OFPRA, sous le contrôle du tribunal administratif.

Annexe 7 : La procédure d’asile en France

Première étape : L’accès au séjour

La demande en préfecture

Lorsqu’il a pénétré sur le territoire français et quelles que soient ses modalités d’entrée, l’étranger qui souhaite déposer une demande d’asile doit en premier lieu faire une demande d’admission au séjour au titre de l’asile en préfecture, sous peine d’irrecevabilité de la demande^[10].

Après avoir rempli le formulaire adéquat et fourni les pièces nécessaires, la préfecture lui remet une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) d’une validité d’un mois, portant la mention « en vue des démarches auprès de l’OFPRA », accompagnée du formulaire de demande d’asile à déposer à l’OFPRA dans un délai de vingt-et-un jours suivant son obtention.

Sur présentation de la lettre d’enregistrement de sa demande établie par l’OFPRA, la préfecture délivre ensuite un récépissé de demande de carte de séjour constatant le dépôt d’une demande d’asile, d’une validité de trois mois renouvelables jusqu’à l’issue de la procédure qui fait office de titre de séjour⁴.

Le refus d’accès au séjour – la procédure prioritaire

La préfecture peut refuser de délivrer une APS et transmettre la demande directement à l’OFPRA en « procédure prioritaire », dans les cas suivants :

- la nationalité du demandeur est celle d’un pays membre de l’Union européenne ou d’un pays pour lequel l’OFPRA a estimé que, d’une manière générale, il n’y a plus de risque de persécutions ou d’un pays figurant sur la liste des « pays d’origine sûrs » ;⁵
- sa présence en France constitue une menace grave pour l’ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l’État ;

4. La procédure a souvent changé au cours des ans, elle est susceptible de changer à nouveau

5. En août 2014, les pays inscrits sur cette liste sont au nombre de 17 : l’Albanie, l’Arménie, le Bénin, la Bosnie-Herzégovine, le Cap-Vert, la Géorgie, le Ghana, l’Île Maurice, l’Inde, le Kosovo, l’ancienne république yougoslave de Macédoine, la Moldavie, le Monténégro, la Mongolie, le Sénégal, la Serbie et la Tanzanie

-
- sa demande est considérée comme reposant sur une fraude délibérée ou constituant un recours abusif aux procédures d’asile (par exemple, si plusieurs demandes d’asile ont été déposées sous des identités différentes ou si l’asile n’a été demandé que lors de la notification d’une mesure d’éloignement ou lors d’une interpellation alors que le demandeur est en France depuis un certain temps).

Dans ces cas l’OFPRA statue dans un délai de 15 jours. En cas de rejet de la demande d’asile par l’OFPRA, la personne peut déposer un recours devant la CNDA (voir p.78). Ce recours n’étant pas suspensif, la préfecture peut prendre une mesure d’éloignement et de reconduite à la frontière.

Pas d’admission au séjour et pas de dépôt de la demande d’asile – la procédure « Dublin »

La préfecture peut refuser l’accès à la procédure d’asile dans le cas où elle estime que l’examen de la demande d’asile relève de la responsabilité d’un autre état membre de l’Union européenne^{6[49]}. Lors du dépôt de dossier, la préfecture recueille les empreintes digitales afin de déterminer si la France est l’État européen responsable de l’examen de la demande d’asile en application du Règlement Dublin II⁷. C’est le cas lorsque la personne :

- a pénétré sur le territoire de la France grâce à un visa délivré par un autre état que la France ou,
- a séjourné ou seulement transité par le territoire d’un autre état européen en laissant une trace de son passage (le plus souvent en ayant eu un relevé de ses empreintes digitales) ou
- a déjà déposé une demande d’asile dans un autre état de l’UE, dont l’examen est encore en cours ou qui a été déjà rejetée ou dont elle s’est désistée avant de quitter le territoire.
- a des membres de sa famille (conjoint(e), partenaire non marié(e) engagé(e) dans une relation stable, enfants mineurs non mariés) présents sur le territoire d’un autre état européen et qui sont déjà reconnus réfugiés ou dont la demande d’asile n’a pas encore fait l’objet d’une première décision.

6. art L.741-4-1 du CESEDA

7. Décrite dans les articles du règlement CE n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003

La préfecture enclenche des démarches auprès de l'Etat responsable. Si celui-ci donne son accord, la préfecture peut, soit laisser la personne rejoindre ce pays par ses propres moyens, soit l'inviter à se rapprocher des services de police afin de permettre la prise en charge et l'organisation de son départ. En cas de refus définitif motivé de cet État, ou si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, la procédure se poursuit suivant la procédure normale de demande d'asile.

Deuxième étape : l'examen de la demande d'asile par l'OFPRA

Le formulaire de demande d'asile

Le dossier doit obligatoirement être écrit en français. Il est nécessaire d'apporter des informations personnelles et très détaillées. La personne qui demande la protection doit convaincre l'OFPRA qu'elle craint d'être persécutée personnellement en cas de retour dans son pays et que, contre ces persécutions, les autorités de son pays ne la protégeront pas. La description de la chronologie, des événements vécus, lieux, personnes, persécutions subies évoqués dans la demande doit être la plus précise possible. Mais les émotions et ressentis face aux événements vécus ou à venir doivent aussi être évoqués. Aucune preuve matérielle n'est exigée à l'appui d'une demande de protection, ce sont donc avant tout les déclarations de la personne qui sont importantes. Il est cependant vivement recommandé de fournir tous documents pouvant appuyer le récit^{[4],[52]}.

L'entretien à l'OFPRA

L'OFPRA convoque ensuite le demandeur à un entretien, sauf si les éléments présents dans son dossier suffisent pour lui accorder ou refuser l'asile. L'entretien a lieu au siège de l'OFPRA à Fontenay sous Bois (avec un interprète si nécessaire). C'est un agent de l'OFPRA, appelé « officier de protection » qui conduit l'entretien confidentiel. L'officier de protection reprend les déclarations dans un compte rendu. L'objectif de l'entretien pour le demandeur est de pouvoir expliquer et convaincre des risques actuels de persécutions en cas de retour dans son pays. L'absence à cette convocation aboutit quasi systématiquement à un refus de la demande.

Décision de l'OFPRA

L'OFPRA envoie sa décision par lettre recommandée avec avis de réception. La décision, rédigée en français, est accompagnée d'un document expliquant en plusieurs langues la protection accordée ou le rejet de la demande. En procédure normale, l'OFPRA n'a pas de délai à respecter pour prendre une décision. La décision prise par l'OFPRA peut être :

- la reconnaissance de la qualité de réfugié,
- l'octroi de la protection subsidiaire (type 1 ou 2),
- le rejet de la demande de protection.

Dans ce dernier cas, la personne a trente jours pour former un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

Le recours auprès de la CNDA

La CNDA est une juridiction administrative, placée sous l'autorité d'un président, membre du Conseil d'état, désigné par le vice-président du Conseil d'état. La CNDA statue sur les recours formés contre les décisions de l'OFPRA.^{8 9 10}

La personne peut demander à bénéficier de l'aide juridictionnelle qui lui permet d'être assisté gratuitement d'un avocat. Le but du recours est de répondre aux arguments de l'OFPRA. Dans la décision de rejet, l'OFPRA développe un certain nombre d'arguments pour motiver son refus. Le recours doit répondre à ces arguments. C'est la précision des détails donnés qui rendront crédibles les faits évoqués. C'est l'occasion d'apporter le maximum de précisions supplémentaires par rapport à la demande initiale. La Cour évalue les risques de persécution du demandeur, au moment où elle statue et non au moment où la personne a fui. Le demandeur doit donc justifier les craintes qu'il a d'être persécuté en cas de retour. Il doit démontrer qu'il ne peut être protégé par les autorités de son pays contre ces persécutions.

L'audience est publique, sauf si la personne a demandé que la séance se déroule à huis clos et que la CNDA a accepté.

8. Art. 29 de la loi n° 2007-1631 du 20 novembre 2007

9. Art. 162 de la loi n° 2010-1667 du 29 décembre 2010

10. Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 –art. 95

Lorsque le recours ne présente « aucun élément sérieux susceptible de remettre en cause la décision du directeur de l'OFPRA », le président de la Cour peut le rejeter par simple ordonnance, c'est-à-dire que la personne ne sera ni convoquée à une audience, ni entendue par une formation collégiale.

Trois semaines après l'audience, les décisions de la CNDA sont affichées sur place. La décision est aussi envoyée à la personne en lettre recommandée avec avis de réception. La décision est soit :

- la reconnaissance du statut de réfugié ou l'octroi de la protection subsidiaire (annulation de la décision de rejet de l'OFPRA),
- le rejet du recours (la confirmation de la décision de l'OFPRA),
- la reconnaissance du statut de réfugié en cas d'annulation de la décision de l'OFPRA qui refusait de reconnaître la qualité de réfugié mais octroyait la protection subsidiaire.

La décision de la CNDA peut faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat. Celui-ci ne ré-examine pas l'ensemble de la demande mais seulement certaines questions juridiques. Cette procédure ne prolonge pas le séjour en France et n'empêche pas le renvoi dans le pays d'origine.

Mesures d'éloignement des déboutés de l'asile

Comme nous l'avons vu, si l'OFPRA rejette la demande d'asile, il est possible de contester sa décision devant la CNDA. S'il s'agit d'une procédure normale, ce recours est suspensif, il est impossible d'expulser le demandeur tant que la CNDA n'aura pas pris sa décision. Si la demande est traitée en procédure prioritaire, le recours n'est pas suspensif, la procédure d'éloignement est applicable.

Si aucun recours n'est formulé auprès de la CNDA, le rejet de l'OFPRA met fin à la validité du document provisoire de séjour. Le rejet de la demande par la CNDA met également fin à la validité du document provisoire de séjour. La préfecture notifie sa décision de refus de séjour accompagnée d'une Obligation de quitter le territoire français (OQTF). L'intéressé a alors un mois pour quitter volontairement la France

Dans ce délai d'un mois, il peut demander à bénéficier d'une aide au retour dans son pays d'origine. Il doit alors prendre contact avec l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII).

Si dans ce délai d'un mois il n'a pas quitté le territoire, ni sollicité l'aide au retour (dit volontaire) auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), ni formé un recours contre l'OQTF, il se trouve en situation irrégulière sur le territoire français. Il peut alors être reconduit à la frontière par la police. L'OQTF peut être contestée devant le tribunal administratif dans un délai d'un mois suivant sa date de notification. Le tribunal administratif dispose de 3 mois pour statuer. Toutefois, s'il y a eu placement en rétention à l'expiration du délai d'un mois fixé par l'OQTF, le tribunal administratif se prononce dans les 72 heures. Le recours contre l'OQTF est suspensif : on ne peut être éloigné pendant le délai d'un mois pour former un recours et, si le tribunal administratif a été saisi, avant qu'il se soit prononcé.

Une exception : Le réexamen

Après le rejet de la demande d'asile par la CNDA, il y a possibilité de demander à l'OFPRA d'examiner à nouveau la demande mais seulement s'il existe un « élément nouveau », c'est-à-dire :

- postérieur à la date de la décision de la CNDA ou antérieur à cette décision mais dont le demandeur n'a eu connaissance qu'après ;
- et de nature à justifier des craintes personnelles de persécution ou de risques de menaces graves en cas de retour.

Pour cela il faut se présenter de nouveau à la préfecture pour demander une APS. La préfecture examine la demande d'APS comme pour une première demande.

Annexe 8 : Conditions de vie des demandeurs d’asile en France

Des conditions d’accès difficiles à un logement stable

Le rôle des CADA

La France possède un dispositif permettant d’accueillir les demandeurs de protection internationale pendant toute la durée de leur procédure d’asile¹¹. Ce dispositif appelé Dispositif National d’Accueil (DNA) est piloté par l’Office Français de l’Immigration et de l’Intégration (OFII). Il repose à titre principal sur l’offre d’un hébergement accompagné en Centre d’accueil de demandeurs d’asile (CADA) et, à titre subsidiaire, sur le versement d’une allocation financière, l’Allocation Temporaire d’Attente (ATA). Elle est versée aux demandeurs d’asile qui ne sont pas hébergés en CADA pendant toute la durée de la procédure d’asile. Début août 2014, le DNA comporte 21 689 places (270 CADA, 1 centre spécialement adapté aux mineurs isolés demandeurs d’asile et 2 centres de transit). Financés sur le budget du ministère chargé de l’asile, les centres sont gérés par des associations^[43].

Les missions des CADA ont évolué au fil des textes de loi et circulaires. D’après la circulaire de décembre 1991 qui en porte création, les CADA ont pour mission d’assurer « l’hébergement, avec un accompagnement social allégé, des demandeurs d’asile durant toute la durée de la procédure d’examen de leur demande, recours éventuel compris ».

Cette mission a été redéfinie par une circulaire du ministère de l’Emploi et de la Solidarité du 29 mars 2000 qui précise leur rôle en matière « d’accompagnement administratif social et médical, d’animation et de scolarisation des enfants, et de gestion de sortie des centres (déboutés en particulier) ».

Dans la nouvelle loi du 24 juillet 2006 relative à l’immigration et à l’intégration, la mission des CADA est « d’assurer l’accueil, l’hébergement ainsi que l’accompagnement social et administratif des demandeurs d’asile [...] pendant la durée d’instruction de leur demande d’asile ».

Outre leur mission d’accompagnement social, les équipes des CADA assistent et conseillent les demandeurs d’asile dans la constitution de leur dossier OFPRA

11. Conformément à la convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 et à la directive 2003/29/9/CE du 27 janvier 2003 relative aux conditions et normes minimales d’accueil des demandeurs d’asile dans les États membres

et éventuellement de leur recours devant la CNDA. Cette aide au dossier et cet accompagnement juridique peuvent expliquer en grande partie le taux élevé d'admission au statut de réfugié des personnes hébergées en CADA par rapport au taux moyen de reconnaissance de la qualité de réfugié : selon des données recueillies par France Terre d'Asile pour l'année 2004 dans 60 CADA auprès de 4 500 personnes représentant 23 nationalités^[23], ce taux est de deux à cinq fois plus élevé selon que les demandeurs sont hébergés en CADA ou ne bénéficient d'aucune prise en charge. Ces chiffres montrent à quel point l'encadrement social et juridique joue un rôle dans l'appréciation portée par l'OFPRA et la CNDA sur la demande d'asile.

Tous les demandeurs d'asile sont éligibles au CADA, quelle que soit la qualification juridique de leur demande. L'admission en CADA est cependant soumise à certaines conditions : sont exclus du Dispositif national d'accueil les demandeurs d'asile non détenteurs d'un document provisoire de séjour, disposition applicable à tous les demandeurs placés en procédure prioritaire ou relevant des dispositions du règlement Dublin II. Outre les critères de caractère purement administratif et compte tenu de l'inadéquation entre la demande d'hébergement et la capacité d'accueil des CADA, les éléments retenus pour l'admission sont généralement d'ordre social, la priorité étant donnée aux primo-arrivants et en fonction de l'urgence sociale aux familles avec enfants, aux jeunes majeurs isolés, aux personnes ayant des problèmes de santé et aux femmes seules.^[10]

Un dispositif submergé

Avec seulement 20 000 places d'hébergement pour environ 60 000 demandes annuelles, le dispositif est totalement débordé. En 2010, à peine un quart des demandeurs d'asile accède à un CADA. L'augmentation de la demande d'asile n'est pas la seule explication. Le système d'hébergement s'est ankylosé car la durée de séjour reste très élevée (586 jours en moyenne en 2010) malgré les fortes pressions exercées par les préfets sur les CADA pour en faire rapidement sortir les réfugiés et déboutés (notamment par des sanctions financières en cas de « présence indue »). Les préfets sont obligés de fixer des priorités parmi les demandes d'hébergement et près de 35 000 personnes sont sur liste d'attente. L'utilisation d'un logiciel de gestion des places CADA par l'OFII n'a pas enrayé cette pénurie car chaque préfet de région ou de département se réserve les rares places vacantes disponibles dans

sa région^[34].

En principe, les places en CADA doivent être libérées dans le mois qui suit la notification de la décision définitive prise sur la demande d'asile. Dans les faits, cette règle se heurte à la réalité des conditions sociales en milieu ouvert et du manque de solutions viables de sortie des centres pour les réfugiés et les déboutés. Il n'est d'ailleurs pas rare que les préfets eux-mêmes sollicitent le maintien des personnes en centres d'hébergement, faute de place ailleurs. Pour certains, les préfets seraient invités à mettre en œuvre les procédures Dublin II et les procédures prioritaires pour désengorger le dispositif d'accueil est pour certains en rapport direct avec la surcharge du dispositif^[34].

Mais si les gestionnaires et responsables de CADA sont souvent démunis face à l'obligation de sortie des déboutés des CADA, ils hésitent à faire appel aux forces de l'ordre ou à s'en remettre à une décision judiciaire d'expulsion : « Cette manière de faire pose problème car elle tend à faire reporter les questions d'ordre public sur les centres et à mettre en porte-à-faux le travail social dans la mesure où toute personne sans abri doit d'une façon ou d'une autre être « accueillie » dans une structure même temporaire. »¹²

Pour répondre à cette crise, le ministère de l'Intérieur n'envisage pas de créer de nouvelles places ou d'autoriser provisoirement les demandeurs à travailler et ainsi subvenir eux même à leurs besoins. La seule préoccupation du ministère est la « réduction des coûts ». Depuis 2011 l'optimisation des frais de fonctionnement des CADA, passe par la limitation de l'accompagnement des demandeurs hébergés : un salarié pour dix à quinze résidents contre un pour dix depuis 1991.

Derrière ces réductions de coûts, se dessine une situation encore plus difficile pour les demandeurs d'asile qui, par milliers, se retrouvent aujourd'hui dans la rue, sans ressources puisque leur est refusé le droit au travail. Coincés dans une véritable « quarantaine sociale », ils n'ont d'autre alternative que d'appeler chaque jour les hébergements d'urgence et ne peuvent pas préparer sereinement leur demande d'asile.

12. Note de M. Gérard Millet, direction de la clientèle développement social de la Sonacotra : L'accueil des demandeurs d'asile par la Sonacotra, décembre 2005.

L'hébergement d'urgence

Le parc de places de CADA est complété par un dispositif d'accueil d'urgence, d'une capacité variable en fonction des disponibilités budgétaires. Ce dispositif est destiné à accueillir, à titre transitoire, des demandeurs d'asile préalablement à leur admission éventuelle en CADA. Il permet, en outre, de prendre en charge des demandeurs d'asile ne pouvant pas bénéficier d'un hébergement en CADA.

À ces dispositifs d'urgence qui font néanmoins l'objet de prévisions budgétaires et d'un encadrement conventionnel, s'ajoutent les hébergements temporaires d'urgence dans le secteur privé hôtelier, mis en place par les services déconcentrés de l'état. De « temporaire », cette solution hôtelière très coûteuse, utilisée depuis des années généralement pour l'hébergement des familles qui ne peuvent être laissées à la rue, devient souvent durable (pendant toute la procédure d'examen de la demande d'asile, voire au-delà)^[10].

Les aides financières

L'allocation temporaire d'attente (ATA) est un minimum social français versé par Pôle emploi ayant pour cible principale les demandeurs d'asile et certaines catégories d'individus en réinsertion. La spécificité de cette allocation étant de se focaliser sur des personnes en transition : réintégration au sein de la société pour les expatriés et les anciens détenus, attente d'un statut protecteur pour les étrangers. En tant que minimum social, l'ATA a pour double objectif de fournir un soutien pécuniaire aux personnes disposant de revenus faibles voire inexistants, tout en favorisant l'insertion ou le retour à l'emploi.

Le demandeur d'asile reçoit, dans un premier temps, une allocation « d'attente » de 300 euros, puis une allocation « d'insertion » de 280 euros par adulte et par mois pendant toute la durée de la procédure. Cette allocation lui donne la possibilité d'être couvert par la Sécurité sociale pendant un an, plus un an après la fin de l'allocation d'insertion. Si le demandeur d'asile accède à une place en CADA, il est pris en charge au titre de l'aide sociale obligatoire de l'état et ne touche donc pas les allocations.

En revanche, pour les demandeurs d'asile relevant d'une procédure prioritaire ou d'une procédure Dublin II (voir p. 75), aucune assistance financière, à aucun

moment de la procédure, n'est prévue, alors qu'il leur est également interdit de travailler.

Le droit au travail

Sauf exception, les demandeurs d'asile ne sont pas autorisés à travailler, mention figurant explicitement sur leur récépissé¹³. L'accès au marché du travail ne peut être autorisé au demandeur d'asile que dans le cas où l'OFPRA, pour des raisons qui ne sont pas imputables au demandeur, n'a pas statué sur la demande d'asile dans un délai d'un an suivant l'enregistrement de la demande¹⁴. Dans ce cas, « le demandeur d'asile est soumis aux règles de droit commun applicables aux travailleurs étrangers pour la délivrance d'une autorisation provisoire de travail. La situation de l'emploi lui est opposable ». Il doit alors accompagner sa demande d'une promesse d'embauche ou d'un contrat de travail. Malheureusement cette autorisation de travail ne peut pas dépasser la durée du récépissé du demandeur, qui est de 3 mois. L'autorisation de travail est cependant renouvelable jusqu'à la décision de l'OFPRA^[33].

De plus l'accès au marché de l'emploi est prioritairement réservé aux nationaux et aux étrangers entrés en situation régulière (visa long séjour) sur le territoire. Le demandeur d'asile peut donc se voir opposer la situation de l'emploi, ce qui signifie qu'il n'est autorisé à occuper un poste que si, dans la branche d'activité et dans la zone géographique considérées, le nombre des demandes d'emploi n'est pas supérieur au nombre des offres^[10].

Enfin, le demandeur d'asile qui a formé un recours auprès de la CNDA contre la décision de rejet de sa demande par l'OFPRA peut également déposer une demande d'autorisation de travail. Il doit être en possession d'un récépissé de demande d'asile renouvelé. La demande est examinée dans les mêmes conditions que celles applicables à l'ensemble des travailleurs étrangers.

13. L'autorisation automatique de travail accordée par la circulaire du 17 mai 1985, qui prévoyait que le récépissé valait à la fois autorisation de séjour et autorisation de travail, a été supprimée par la circulaire du 26 septembre 1991 dans le but affiché d'inverser la tendance à la hausse de la demande d'asile.

14. Par transposition en droit interne d'une norme européenne, article 15 du décret no 2005-1051 du 23 août 2005 (JO du 30 août 2005) modifiant le décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers.

La scolarisation des enfants

En France, si l'enfant d'un demandeur d'asile a la faculté, avec l'accord de l'école maternelle (qui n'est pas obligatoire), d'être scolarisé dès l'âge de 3 ans, il a aussi l'obligation¹⁵, d'être scolarisé entre 6 et 16 ans. Bien qu'aucun texte du code de l'éducation ne vise le cas particulier des enfants de demandeurs d'asile, ceux-ci sont soumis à l'obligation scolaire dans les mêmes conditions que n'importe quel enfant étranger. L'inscription à l'école primaire se fait auprès de la mairie. Le demandeur d'asile doit présenter des documents attestant :

- de sa filiation avec l'enfant ;
- de sa domiciliation ;
- que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

L'inscription dans un établissement d'études secondaires (collèges et lycées) se fait directement auprès de l'établissement le plus proche du lieu de résidence de l'enfant de demandeur d'asile. Une évaluation par le Centre d'information et d'orientation (CIO) permet au responsable de l'établissement de déterminer la classe correspondant au niveau scolaire de l'enfant, soit dans son établissement, soit dans un autre établissement, notamment en cas d'orientation vers des classes spécialisées jusqu'à l'âge de 16 ans, les « classes d'accueil » ou « CLA ». Il appartient à l'équipe du CADA d'apporter de l'aide aux familles pour accomplir les démarches liées à la scolarisation obligatoire des enfants et de faciliter, le cas échéant, leur transport entre le centre et l'établissement scolaire. L'équipe peut également rechercher les moyens de soutien scolaire avec la collaboration des services de l'éducation nationale ou des associations locales. Le cas échéant, la plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile territorialement compétente peut apporter aux demandeurs d'asile une aide pour scolariser leurs enfants.

L'accès aux soins

Aux termes de l'article 15 de la directive « accueil » du 27 janvier 2003¹⁶, « les États membres font en sorte que les demandeurs reçoivent les soins médicaux

15. article L. 131-1 du code de l'éducation

16. Directive 2003/9/CE du Conseil adoptée le 27 janvier 2003 (JOUE du 6 février 2003) relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres

nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies » et « fournissent l'assistance médicale ou autre nécessaire aux demandeurs ayant des besoins particuliers ».

Pour les demandeurs d'asile, en France, seule une dispense d'avance des frais peut permettre un accès effectif aux soins. Dans tous les services « de droit commun », l'accès aux soins curatifs est payant. C'est pourquoi, sauf dispense d'avance des frais, les personnes en situation de grande précarité financière ne se rendent dans les structures de soins que dans les situations qu'elles jugent urgentes et/ou prioritaires, au risque d'un refus de soins ou d'une facture à recevoir. Seule l'admission à la CMU et à la Complémentaire CMU (CMU-C)¹⁷ ou à Aide Médicale d'État (AME)¹⁸ garantit la dispense totale d'avance des frais et un réel accès aux soins. Les demandeurs d'asile titulaires d'un droit au séjour provisoire ont accès au système de santé de droit commun et à une protection maladie intégrale et gratuite assurant une prise en charge de l'ensemble des frais de santé. En revanche, les demandeurs d'asile qui se sont vu refuser l'accès provisoire au séjour en application des dispositions permettant à la préfecture de les placer en procédure prioritaire ne bénéficient que de l'AME.

La Couverture maladie universelle (CMU)

Les demandeurs d'asile placés en procédure normale bénéficient d'un accès immédiat au système d'assurance maladie, sans condition d'ancienneté de séjour¹⁹, sous réserve que l'enregistrement de la demande d'asile ait donné lieu à la délivrance d'un document de police valant autorisation de séjour²⁰ : sauf-conduit délivré par la Police aux frontières, convocation ou rendez-vous en préfecture « en vue de la demande d'asile », Autorisation Provisoire de Séjour (APS) « en vue des démarches à l'OFPPA », récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » et convocation Dublin. La brève durée de validité du document de police ne fait pas obstacle à l'ouverture des droits par période de quatre ans pour la couverture de

17. Code de la sécurité sociale : articles L861-1 à L861-10

18. Code de l'action sociale et des familles : articles L251-1 à L251-3

19. par dérogation aux règles de droit commun prévue par l'article R. 320-1 du Code de la Sécurité sociale.

20. La condition de séjour régulier est prévue par les articles L. 380 et R. 380-1 du Code de la sécurité sociale.

base ou d'un an pour la couverture complémentaire.

Dès le début de leurs démarches, les demandeurs doivent donc avoir accès à la CMU, sur présentation de l'un de ces documents, accompagné d'une attestation de domiciliation. L'affiliation au système de santé est gratuit pour les personnes dont les ressources sont inférieures à 587 euros par mois (barème du 1^{er} janvier 2006). Elle est augmentée d'une assurance complémentaire également gratuite dite Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) qui permet la prise en charge des dépenses de santé non couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie. L'admission normale peut prendre trois mois, mais l'article L. 861-5 du Code de la Sécurité sociale prévoit un mécanisme d'instruction accélérée dite « admission immédiate » pour les personnes démunies.

La CMU permet donc au demandeur d'être pris en charge sans effectuer de paiement préalable pour tous les frais médicaux et hospitaliers engagés pour lui-même et les membres de sa famille. En l'absence de documents d'état civil attestant de la composition familiale ou de document établissant l'absence de ressources, le demandeur doit remplir une attestation sur l'honneur. L'acceptation de la demande et l'ouverture des droits donnent lieu à la délivrance d'une attestation de prise en charge. Ultérieurement, sur présentation notamment du récépissé de demande de carte de séjour et d'un document d'état civil « fiable », la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) délivre à l'intéressé un numéro définitif et une carte Sésame-Vitale.

L'Aide Médicale d'État (AME)

L'AME, définie aux articles L. 251-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), est destinée aux étrangers démunis, exclus du régime de la Sécurité sociale parce qu'ils ne remplissent pas la condition de résidence régulière en France²¹. La loi de finance rectificative 2003 (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004) a supprimé le droit à l'admission immédiate et a imposé une ancienneté de présence en France de trois mois, sauf soins urgents mettant en jeu le pronostic vital. Cette disposition est applicable aux demandeurs d'asile qui ne bénéficient

21. Cette notion de « résidence habituelle » inscrite à l'article L. 111-1 du CASF a été précisée par le Conseil d'Etat. Elle ne fait pas référence à l'ancienneté de la présence en France, mais à la nature des liens qui unissent le demandeur à la collectivité, condition que ne remplissent pas les étrangers « de passage ».

pas d'une autorisation provisoire de séjour parce qu'ils ont été placés en procédure prioritaire, ce qui les pénalise à plusieurs titres : d'une part, l'AME est inaccessible avant trois mois de présence en France dont l'établissement nécessite des justificatifs difficiles à fournir ; d'autre part, la couverture assurée par l'AME est inférieure à celle garantie par la CMU-C (elle ne couvre ni l'optique ni les prothèses dentaires), enfin elle ne se matérialise jamais par la délivrance de la carte vitale, ce qui empêche souvent l'accès à certains professionnels de santé. En outre, l'examen de leur dossier prend souvent plusieurs mois pendant lesquels ils ne peuvent bénéficier que des dispositifs de soins gratuits.

Les soins d'urgence.

L'ignorance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la CMU-C, ou la réticence des professionnels de santé à les mettre en œuvre, alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits » qui ne peuvent cependant assurer la continuité des soins. En outre, ils tendent souvent à développer une médecine « à moindre frais ». En attendant de bénéficier d'une protection sociale offerte aux demandeurs d'asile dans le cadre de la CMU-C, les demandeurs d'asile devraient pouvoir se rendre dans les hôpitaux où il existe des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), en application de l'article L. 771-7-1 du Code de la santé publique²². Les demandeurs d'asile y sont normalement pris en charge par des médecins et des médicaments leurs sont délivrés gratuitement. Mais le système des PASS rencontre de grandes difficultés de mise en oeuvre et fonctionne de manière irrégulière en fonction des hôpitaux. Par ailleurs, certaines associations proposent des permanences d'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques, psychologiques, sans qu'il soit nécessaire d'être assuré social. Souvent les Maisons du département abritent aussi des centres de PMI chargées du suivi régulier des enfants et de leur vaccination, sans aucune demande de couverture sociale. Des centres de planification et d'éducation familiale viennent également en aide aux femmes (information sur la contraception et le suivi des maternités).

22. La circulaire du 17 décembre 1998 précise que « les établissements publics de santé [...] mettent en place les permanences d'accès aux soins de santé [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

La situation des mineurs isolés.

Depuis 2003, les mineurs isolés sans représentant légal et sans hébergeant identifié n'ont plus droit à l'assurance maladie, contrairement aux prescriptions de la Convention internationale des droits de l'enfant qui accorde à tous les mineurs le droit à la sécurité sociale²³. Ils relèvent alors de l'AME. Saisi d'une réclamation collective en 2003 sur les réformes de l'AME, le Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe a considéré que cette disposition constituait une violation de la Charte sociale européenne²⁴. En revanche, la désignation d'un représentant légal (tuteur ou administrateur ad hoc) par le juge des tutelles permet une affiliation à la Sécurité sociale. De même, le mineur sans représentant légal mais hébergé chez un tiers peut être admis à l'assurance maladie en tant qu'ayant droit de la personne qui l'accueille, sans condition de lien juridique entre le mineur et l'assuré. Plusieurs autres conditions doivent cependant être remplies : l'hébergeant doit être lui-même assuré, il doit avoir « recueilli » le mineur et en assumer « la charge effective et permanente » qui peut s'établir par une attestation sur l'honneur. A partir de 16 ans, un certificat de scolarité est exigé ce qui constitue un obstacle pour les jeunes étrangers de 16 ans non scolarisés.

Les difficultés pratiques d'accès aux soins.

Les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les demandeurs d'asile restent majoritairement dues à des difficultés d'accès aux droits. Or si la délivrance gratuite des soins préventifs et des premiers soins curatifs sont accessibles dans certains dispositifs « à bas seuil » type PASS, la continuité des soins qu'offre un médecin généraliste n'est possible qu'avec une protection maladie avec dispense d'avance des frais. Les obstacles auxquels les demandeurs sont confrontés résident principalement dans la complexité du système et la méconnaissance du droit et des procédures par les professionnels de la santé, du social et de la Sécurité sociale. L'exercice du droit des demandeurs d'asile en matière d'accès aux soins se heurte à l'extrême complexité du système, à la méconnaissance de ses mécanismes par les

23. La loi de finances rectificative pour 2002, no 2002-1576 du 30 décembre 2002 entrée en vigueur en janvier 2003 a supprimé ce droit, rendu possible par l'article L. 380-5 du Code de la sécurité sociale.

24. CNCDH : « Préservation de la santé, accès aux soins, et droits de l'Homme », avis adopté par l'assemblée plénière le 19 janvier 2006.

services sociaux et à certaines pratiques restrictives ou excessivement tatillonnes de la Sécurité sociale^[13]. Le double système de l'assurance maladie et de l'AME induit des confusions sur la détermination du droit applicable aux demandeurs d'asile. Quant à la procédure d'admission immédiate à la CMU-C pour les personnes démunies, elle est souvent méconnue des caisses d'assurance maladie. Les demandeurs d'asile se heurtent ainsi à des refus très fréquents qui empêchent l'accès aux soins, conduisent à l'aggravation de l'état de santé de l'intéressé et au recours coûteux aux urgences médico-chirurgicales de l'hôpital public. En outre, la condition de régularité du séjour pose des difficultés aux caisses d'assurance maladie qui considèrent à tort que les demandeurs d'asile ne remplissent pas cette condition et méconnaissent la dispense du critère de « stabilité de séjour » de plus de trois mois dont ils bénéficient. De plus, les alternances de périodes de « séjour régulier » et « irrégulier » au cours de l'examen de la demande d'asile, dues à la diversité et à la complexité des procédures (comme vu précédemment), créent des confusions supplémentaires sur le régime de protection maladie applicable. De même, l'exigence par certaines caisses de sécurité sociale d'un extrait d'acte de naissance pour l'immatriculation des demandeurs d'asile n'est pas conforme aux dispositions légales qui prévoient cependant que l'état civil du demandeur doit être établi de manière fiable. Si cette condition n'est pas satisfaite, les caisses refusant le plus souvent de prendre en compte un simple document d'identité, il est dans les faits quasiment impossible au demandeur d'obtenir sa carte vitale. Les étrangers dépourvus d'acte de naissance restent donc fréquemment sous un régime d'immatriculation provisoire. Même après ouverture de leurs droits, les demandeurs d'asile se heurtent encore à des difficultés pour accéder à certains professionnels de santé. Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé^[8], le plus souvent un médecin ou un pharmacien et les bénéficiaires de la CMU sont 15 % à déclarer être dans ce cas. L'absence de délivrance de la carte vitale entraîne notamment des refus de prise en charge, en particulier chez les pharmaciens et dans les laboratoires d'analyses qui craignent que les actes effectués et les médicaments délivrés ne leurs soient pas remboursés et qui, en toute illégalité, obligent souvent les bénéficiaires à faire l'avance des frais. La nécessité de désigner un « médecin traitant » et l'obligation imposée à tout assuré social de suivre le « parcours de soins coordonnés », sous peine de pénalités financières, posent également des problèmes aux nombreux

demandeurs d'asile sans abri ou sans hébergement stable.

Les réfugiés statutaires

La reconnaissance de la qualité de réfugié au titre de la Convention de Genève ou de l'asile constitutionnel comporte par ailleurs un de droits pour les bénéficiaires de ce statut : droit au séjour, au regroupement familial, au travail, au logement, à des prestations sociales, à la formation professionnelle, etc. De manière générale et dans le respect de l'esprit et de la lettre des dispositions de la Convention de Genève, la France accorde aux réfugiés un traitement « au moins aussi favorable que celui accordé aux nationaux », notamment en matière de respect des droits fondamentaux (liberté religieuse, d'expression, de réunion, d'association, d'éducation primaire, d'ester en justice, accès aux allocations, à la protection sociale) ou au moins correspondant au traitement « le plus favorable accordé dans les mêmes circonstances aux ressortissants d'un pays étranger » en situation régulière en France. C'est le cas notamment pour l'accès au séjour, à l'emploi, aux études, au logement et à la propriété. En matière de naturalisation, des dispositions dérogatoires au droit commun sont prévues par la législation française.

Annexe 9 : Résultat de la recherche documentaire

Documents pertinents :

Articles :

Caroline BERCHET et Florence JUSOT. « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 17–21

Ce bilan des études françaises sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés suggère l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès à la médecine libérale. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Paul DOURGNON et al. « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». In : *Questions d'économie de la santé* 146 (sept. 2009)

Cette étude basée sur l'enquête décennale santé de l'INSEE menée en 2002-2003 démontre que les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine libérale, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste. Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

Christelle HAMEL et Muriel MOISY. « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008 ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 21–24

Les immigrés âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations.

Toutefois, la catégorie « immigrés » revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune ; pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles.

Nadège DROUOT et al. « L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000 ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 41-44

Ce sixième rapport de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde a été élaboré à partir des recueils médico-sociaux enregistrés dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation mais aussi des observations des acteurs des missions et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes. La première difficulté d'accès aux soins réside dans l'obligation de domiciliation. En 2005, la moitié des patients de Médecins du Monde en avait besoin pour l'ouverture de leurs droits et parmi eux, les trois quarts en étaient dépourvus.

COMEDE. « Obstacles à l'ouverture des droits ». In : *Maux d'exil* 18 (mar. 2007)

Le COMEDE présente un état des lieux des difficultés d'accès à l'AME et à la CMU-C pour les étrangers démunis et des difficultés d'accès aux soins eux-mêmes.

Bénédicte BOISGUÉRIN et Brigitte HAURY. « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ». In : *Etudes et résultats* 645 (juil. 2008). Sous la dir. de DREES

L'enquête effectuée au premier trimestre 2007 en Île-de-France, auprès d'usagers de centres de soins et de cabinets libéraux, fournit des éléments de connaissance sur les conditions d'existence, l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) en contact avec le système de soins. Il s'agit d'une population de jeunes adultes, ayant un niveau scolaire élevé. Soumis à

des conditions d'existence précaires, les bénéficiaires de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé. Leur renoncement à des soins de base pour des raisons financières et le refus des professionnels de santé témoignent des obstacles qu'ils ont dû affronter avant d'accéder aux soins. 15 % des patients vus en consultation et la moitié des patients hospitalisés avaient, selon les médecins, un besoin de soins urgents.

Jean-Pierre GEERAERT. « De l'accès aux soins des étrangers à la santé pour tous ». In : *Maux d'exil* 18 (mar. 2007). Sous la dir. de COMEDE

Jean-Pierre Geeraert, Membre du Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins (CoMéGAS), revient aussi sur les difficultés d'accès à l'AME et à la CMU-C pour les étrangers démunis et des difficultés d'accès aux soins eux-mêmes.

COMEDE. « Rapport d'activité et d'observation 2011 »

Bilan d'activité de cette association de prise en charge médico-psycho-sociale des étrangers précaires, qui, en 30 ans d'existence, a accueilli plus de 95 000 patients de 140 nationalités. Le bilan nous apprend notamment que les psychotraumatismes sont importants parmi les demandeurs d'asile.

Arnaud VEÏSSE, Laure WOLMARK et Pascal REVAULT. « Santé mentale des migrants / étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 36-40

A partir des données recueillies au sein des dispositifs de soins du Comité Médical pour les Exilés (COMEDE), on a recensé plus de 60 % de patients ayant subi des violences dans leur pays d'origine, dont près d'un quart la torture. Ces résultats montrent une forte prévalence des syndromes psychotraumatiques dans cette population, plus élevée que la prévalence des pathologies psychiques rapportée dans les études en population générale. Le taux de prévalence des psychotraumatismes à la première consultation était de 11 %. Il était le plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes, et variait selon la nationalité.

Virginie MAZUR et Khadija CHAHRAOUI. « Psychopathologie des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. Étude portant sur 40 requérants. » In : *Annales médico-psychologiques* 169.10 (2010), p. 621-626

Cette étude a évalué la santé psychique de 40 demandeurs d'asile accueillis dans

des centres d'hébergement en République slovaque, notamment l'état de stress post-traumatique et les troubles anxiodépressifs, à l'aide d'échelle de diagnostics psychiatriques. Elle met en lumière un état de santé psychique général précaire et une comorbidité psychopathologique importante chez les sujets étudiés. Les résultats indiquent un taux de prévalence atteignant 55 % pour l'état de stress post-traumatique, 75 % des sujets ayant ainsi vécu un événement traumatique (violences physiques et/ou sexuelles, faits de guerre, tortures), une prévalence de 65 % pour l'épisode dépressif majeur et de 62,5 % pour l'anxiété généralisée.

Thierry BAUBET. « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants ». In : *Maux d'exil* 25 (déc. 2008), p. 1

L'article remet en cause l'utilisation de l'ESPT (État de Stress Post-Traumatique) comme unique langage de la souffrance psychotraumatique des patients ayant vécu des événements traumatisants.

Gilles FRIGOLI. « Le demandeur d'asile : un « exclu » parmi d'autres ? La demande d'asile à l'épreuve des logiques de l'assistance ». In : *Revue européenne des migrations internationales* 20.2 (2004), p. 153–167

Enquête sociologique auprès de demandeurs d'asile et d'acteurs sociaux qui entourent les demandeurs d'asile et qui montre comment s'est progressivement constituée une offre de prise en charge sociale à destination des demandeurs d'asile. Il apparaît que le statut de migrant politique tend à céder la place à celui d'« exclu » amené, au même titre que tous ceux qui se tournent vers l'assistance, à prendre place sur l'échelle des priorités qu'établissent les acteurs en charge des publics en difficultés. Dans un contexte où de nombreux observateurs s'interrogent sur la fragilisation du droit d'asile sous le poids des exigences de la politique d'immigration, l'auteur se demande s'il faut voir dans la généralisation du recours à l'assistance un signe supplémentaire de la banalisation de la figure du demandeur d'asile dans le champ de la marginalité sociale.

Fabrice GIRAUX. « Rôle ambigu du certificat médical ». In : *Les cahiers de Rhizome* (Décembre 2005), p. 47

Le Dr GIRAUX revient sur la nécessité pour les demandeurs d'asile de fournir des preuves à des autorités de plus en plus suspicieuse à l'égard des réfugiés politiques. Les médecins sont à cet égard souvent sollicités pour établir un certificat dont

l'unique objet est de démontrer par l'examen clinique la véracité d'une allégation de violence subie. Il revient sur le colloque curieux qui unit le patient et le médecin dans pareil situation puisque bien souvent il ne s'agit pas de soins et sur la difficulté et la profondeur à laquelle soit aboutir la relation entre ces deux là pour établir ce type de certificat.

Abdelnasser AL SAAD EGBARIAH. « Effets psychiques de la demande d'asile ». In : *Dialogue* 162 (2003), p. 101-112

Cet article tente d'éclairer l'obscurité qui entoure la réalité dans laquelle vivent ou survivent les demandeurs d'asile pendant des mois, voire des années. Si, pour beaucoup d'entre eux, cette réalité reste « humainement supportable », pour d'autres, elle constitue un environnement pathogène propice à la production de la maladie mentale et physique. L'auteur souligne ici l'importance de ne pas réduire un sujet à ses appartenances culturelles ni de faire de lui uniquement un être exilé. Il est primordial de prendre en considération l'ensemble du parcours subjectif et collectif qui se dessine avant, pendant et après le voyage vers la terre promise. Ce parcours s'éclaire autant des représentations du réel du sujet exilé que de la réalité du pays d'origine et du pays d'accueil.

Frédéric BALLIERE et Béatrice DERIES. *Les recours aux soins des demandeurs d'asile. Approche ethnographique de l'expérience de l'exil. Le travail social.* Paris : L'Harmattan, 2011

S'appuyant sur une enquête ethnographique réalisée dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'auteur analyse dans cet ouvrage les enjeux du recours aux soins chez les demandeurs d'asile. Il met en évidence que celui-ci procède en réalité d'un glissement des questions sociales dans le champ sanitaire. Pour ces migrants, le corps devient la surface sur laquelle s'imprime la souffrance d'exil. Il est aussi l'instrument par lequel ils obtiennent une reconnaissance de leur parcours.

Marc WLUCZKA et Elisabeth DEBSKA. « La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2006 ». ANAEM. Mar. 2007

Etude portant sur les certificats d'entrée et de sortie des réfugiés accueillis en CADA. Les pathologies non spécifiques (digestives, cutanées, ORL etc..) sont les plus nombreuses. Elle sont fortement améliorées lors du passage en CADA. La

médecine libérale remplit son rôle aussi bien à l'entrée que durant le séjour des demandeurs d'asile, et qu'elle assume la très grande majorité des prises en charge. Les chiffres objectivent une amélioration franche de la situation sociale.

Sophie CORNY N'NHONI. « Evolution de l'état de santé des demandeurs d'asile en centre d'hébergement ». Thèse de doct. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne), 2005

La thèse de Mme S. N'hony étudie l'évolution de l'état de santé des demandeurs d'asile à la fin de leur séjour dans un CADA. Pour cela elle compare l'état de santé de deux groupes de réfugiés, l'un composé de demandeurs d'asile entrant en CADA, l'autre de réfugiés à la sortie du CADA, une fois le statut obtenu. Pour cela elle utilise les fiches médicales d'entrée et de sortie. La conclusion est qu'il n'y pas d'amélioration de l'état de santé en CADA et que les pathologies mentales s'affirment. Mais elle n'étudie pas l'état de santé des demandeurs d'asile après l'obtention du statut de réfugié. Les biais que l'on peut soupçonner dans cette étude sont liés au fait que les deux groupes sont composés d'individus différents (bien que les résultats montre un sex ratio équivalent et des âges et des origines à peu près semblables). Elle dispose cependant de gros échantillons de plus de 2 000 sujets dans chaque groupe.

Livres :

COMEDE. *Migrants/étrangers en situation précaire prise en charge médico-psychosociale.* Comede, 2008

Ce guide du COMEDE tente de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des exilés, à partir de l'expérience quotidienne de l'équipe professionnelle. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs du parcours des exilés est déterminant dans la prise en charge proposée.

Anne CASTAGNOS-SEN. *Les conditions d'exercice du droit d'asile en France.* Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Juil. 2006

Dans ce rapport, la CNCDH dresse un bilan complet de l'état de l'exercice du

droit d'asile en France en 2006 et formule un certain nombre de recommandations à partir de ces constats. Elle retrace le parcours des étrangers depuis les conditions de leur arrivée sur le territoire jusqu'à la décision définitive prise sur leur demande de protection, en passant par leur admission au séjour, la procédure d'examen de leur demande par l'OFPRA et en seconde instance la CRR, les conditions sociales de leur accueil.

Glossaire

Autorisation Provisoire de Séjour

Délivrée à l'étranger « qui n'a pas vocation à demeurer sur le territoire français, mais ne peut le quitter pour des motifs d'ordre humanitaire », dont demandeurs d'asile en début de procédure et certaines personnes régularisées pour raison médicale. Validité < 6 mois, avec ou sans autorisation de travail.

Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)

Centre d'hébergement et d'accompagnement social des demandeur d'asile dans l'attente d'une décision.

CIM-10

La « classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » 10^e révision (en anglais : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Elle repose sur une synthèse de la littérature scientifique, sur l'avis de spécialistes du monde entier et sur un consensus international.

Clandestin

Se dit des personnes qui vivent cachées. Terme souvent employé à tort notamment pour qualifier des sans-papiers (connus de l'administration) ou des demandeurs d'asile (en séjour régulier).

CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire permet à toute personne, résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renou-

velable. Elle est accordée à condition que les revenus du foyer ne dépasse pas un plafond.

Comité Albigeois de Solidarité Avec les Réfugiés (CASAR)

Association sans but lucratif qui possède un agrément à Albi pour gérer le CADA situé Avenue du Colonel Teyssier. Au cours des 20 dernières années, le CASAR a accueilli plus de 1 000 personnes originaires de 47 nationalités.

Commission de Recours de Réfugiés (CRR)

Ancien nom de la juridiction d'appel des demandeurs d'asile, qui a pris le nom de CNDA depuis 2007.

Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA)

Juridiction qui a une compétence nationale pour statuer en premier et dernier ressort sur les recours formés contre les décisions du directeur général de l'OFPRA sous le contrôle du Conseil d'État, juge de cassation.

Débouté

Se dit d'une personne dont la demande de reconnaissance du statut de réfugié a été rejetée. Elle devient le plus souvent un sans-papiers, sauf si elle obtient des papiers par un autre moyen (étranger malade, raison familiale, etc.).

Demandeur d'asile

Étranger entré en France avec ou sans visa, en séjour régulier dans l'attente de la réponse à sa demande de statut de réfugié.

Étranger

Personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs nés de parents étrangers notamment). A la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par naturalisation.

Exilé

Personne résidant en France et contrainte de vivre hors de son pays d'origine, parfois expulsée, souvent ayant fui la persécution.

Immigré

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'intégration en 1991, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. On est donc immigré toute sa vie si on ne revient pas dans son pays d'origine.

OFPRA

Établissement public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administrative, chargé d'assurer l'application des conventions, accords ou arrangements internationaux concernant la protection des réfugiés. Il a été créé le 25 juillet 1952.

PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Protection internationale

Nouveau terme donné à l'asile et qui englobe la protection des réfugiés et des apatrides.

Récépissé de demande de carte de séjour

Délivré à l'étranger « admis à souscrire à une première demande de titre ». Validité de 1 à 6 mois, avec ou sans autorisation de travail, notamment pour les demandeurs d'asile.

Réfugié

En France sont réfugiés « statutaires » les demandeurs d'asile à qui l'OFPPA ou la CNDA a reconnu la qualité de réfugié.

Sans-papiers

Étrangers résidant en France en séjour irrégulier, souvent au terme d'une période de séjour régulier, qui réclament, pour la plupart, un titre de séjour.

Santé Mentale

L'OMS quant à elle définit la santé mentale en tant qu'« état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ».

Séjour irrégulier

Absence de titre de séjour en cours de validité.

Test de Student

Le test de Student, ou test t est un test paramétrique qui repose sur des comparaisons de moyennes. Il est utilisé pour comparer deux échantillons indépendants ou appariés (2 versions, adaptées à chaque catégorie d'échantillons). Il concerne des données quantitatives, mesurées sur une échelle d'intervalle ou de rapport. Il est relativement robuste et demeure utilisable même en cas de distorsion modérée d'avec la loi normale et d'avec l'hypothèse d'homogénéité des variances.

Torture

Selon l'OMS, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.

Violence

Selon l'OMS, la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.

Acronymes

AME	Aide Médicale d'État.
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APS	Autorisation Provisoire de Séjour
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CASAR	Comité Albigeois de Solidarité Avec les Réfugiés.
CCPS	Comité de Coordination Pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^e révision.
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNCDH	Commission Nationale Consultative Des Droits De L'homme
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRR	Commission de Recours de Réfugiés
DCI	Dénomination Commune Internationale
DNA	Dispositif National d'Accueil
ESPT	État de stress post-traumatique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
NS	Non significatif
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OQTF	Obligation de quitter le territoire français

Acronymes

PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
UNHCR	Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies

Bibliographie

- [1] AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT. « Analyse des ventes de médicaments en France en 2012 ». Juin 2013.
- [2] Pierre AÏACH. *Les inégalités sociales de santé*. Broché, 2010.
- [3] Abdelnasser AL SAAD EGBARIAH. « Effets psychiques de la demande d’asile ». In : *Dialogue* 162 (2003), p. 101–112.
- [4] AMNESTY INTERNATIONAL. « Guide de l’asile en France ». 2012.
- [5] Frédéric BALLIERE et Béatrice DERIES. *Les recours aux soins des demandeurs d’asile. Approche ethnographique de l’expérience de l’exil*. Le travail social. Paris : L’Harmattan, 2011.
- [6] Thierry BAUBET. « Penser la souffrance psychique des demandeurs d’asile : des outils insuffisants ». In : *Maux d’exil* 25 (déc. 2008), p. 1.
- [7] Caroline BERCHE et Florence JUSOT. « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 17–21.
- [8] Bénédicte BOISGUÉRIN et Brigitte HAURY. « Les bénéficiaires de l’AME en contact avec le système de soins ». In : *Etudes et résultats* 645 (juil. 2008). Sous la dir. de DREES.
- [9] CAISSE PRIMAIRE D’ASSURANCE MALADIE (CPAM) DU VAL-DE-MARNE. « Étude sur le recours aux soins et l’état de santé des bénéficiaires de la CMU-C ». Oct. 2008.
- [10] Anne CASTAGNOS-SEN. *Les conditions d’exercice du droit d’asile en France*. Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme. Juil. 2006.
- [11] COMEDE. « Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés ». In : *Maux d’exil* 29 (mar. 2010).

- [12] COMEDE. *Migrants/étrangers en situation précaire prise en charge médico-psycho-sociale*. Comede, 2008.
- [13] COMEDE. « Obstacles à l'ouverture des droits ». In : *Maux d'exil* 18 (mar. 2007).
- [14] COMEDE. « Rapport d'activité et d'observation 2011 ».
- [15] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDH). « Avis sur l'accueil des demandeurs d'asile en France ». Déc. 2011.
- [16] Frédérique CORNUAU et Xavier DUNEZAT. « L'immigration en France : concepts, contours et politiques ». In : *Espace populations sociétés* 2008.2 (2008), p. 331–352.
- [17] Sophie CORNY N'NHONI. « Evolution de l'état de santé des demandeurs d'asile en centre d'hébergement ». Thèse de doct. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne), 2005.
- [18] Caroline DESPRÉS et al. « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins ». In : *Comptes de la santé 2010*, DREES. (2011).
- [19] Paul DOURGNON et al. « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». In : *Questions d'économie de la santé* 146 (sept. 2009).
- [20] Nadège DROUOT et al. « L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000 ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 41–44.
- [21] EUROSTAT. *Demandes d'asile dans l'UE* 27. Rapp. tech. 2011.
- [22] Carine FRANC et al. « La prise en charge des enfants en médecine générale. Une typologie des consultations et visites ». In : *Études et résultats* 588 (2007).
- [23] FRANCE TERRE D'ASILE. *Rapport annuel d'activité 2004*. 2005.
- [24] Gilles FRIGOLI. « Le demandeur d'asile : un « exclu » parmi d'autres ? La demande d'asile à l'épreuve des logiques de l'assistance ». In : *Revue européenne des migrations internationales* 20.2 (2004), p. 153–167.
- [25] Jean-Pierre GEERAERT. « De l'accès aux soins des étrangers à la santé pour tous ». In : *Maux d'exil* 18 (mar. 2007). Sous la dir. de COMEDE.

- [26] Fabrice GIRAUX. « Rôle ambigu du certificat médical ». In : *Les cahiers de Rhizome* (Décembre 2005), p. 47.
- [27] Michel GRIGNON et Marc PERRONNIN. « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins ». In : *Questions d'économie de la santé*. CREDES (nov. 2003). Sous la dir. de CREDES.
- [28] GROUPE SOS. « Maladies infectieuses et précarité - L'expérience des établissements du groupe SOS ». Journée de Médecine Générale. 2013. URL : http://www.bichat-larib.com/documents.jmg/150_intervention_sante_precarite_JMG_2013.pdf.
- [29] Nathalie GUIGNON. « La consommation de soins médicaux selon le type de famille ». In : *Solidarite Sante Etudes Statistiques* 1 (1994), p. 159–170.
- [30] Christelle HAMEL et Muriel MOISY. « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008 ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 21–24.
- [31] INSEE. « Enquête décennale santé 2002-2003 ». URL : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_present.pdf.
- [32] INSEE. « Flux d'immigration ». In : *Immigrés et descendants d'immigrés en France*. Fiches Thématiques. 2012. Chap. 2, p. 138–157.
- [33] LA CIMADE. *Les droits sociaux des demandeurs d'asile*. Juillet 2014. URL : http://www.lacimade.org/poles/defense-des-droits/rubriques/2-droit-d-asile-?page_id=1779.
- [34] LA CIMADE. « Migrations - État des lieux 2012 ». Jan. 2012.
- [35] LA CIMADE. « Un accueil sous surveillance. Enquête sur la réforme du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile ».
- [36] Jean-Louis LANOË et Yara MAKDESSI-RAYNAUD. « L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. » In : *Études et résultats* 436 (2005), p. 12.
- [37] Primo LEVI. *Si c'est un homme*. Julliard, 1987.
- [38] Gérard LOPEZ. « Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles ». In : *EMC - Psychiatrie* 9.1-6 (2012).

- [39] Olivier LORTHOLARY. « Pathologies infectieuses et précarité en France ». In : *Laennec* 4.55 (2007). Sous la dir. de Centre LAENNEC, p. 6–6. URL : www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm.
- [40] Virginie MAZUR et Khadija CHAHRAOUI. « Psychopathologie des demandeurs d’asile accueillis en République slovaque. Étude portant sur 40 requérants. » In : *Annales médico-psychologiques* 169.10 (2010), p. 621–626.
- [41] Claire MESTRE. « La rédaction d’un certificat médical pour un demandeur d’asile : enjeux thérapeutique et social ». In : *L’évolution psychiatrique* 71 (2006), p. 535–544.
- [42] Marie MICHEL. « Suivi de l’enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? » Thèse de doct. Université Toulouse III Paul Sabatier - Faculté de médecine, oct. 2013.
- [43] MINISTÈRE DE L’INTÉRIEUR. *L’accueil et l’hébergement des demandeurs d’asile*. Juillet 2014. URL : <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-accueil-des-demandeurs-d-asile/L-accueil-et-l-hebergement-des-demandeurs-d-asile>.
- [44] OFFICE FRANÇAIS DE L’IMMIGRATION ET DE L’INTÉGRATION (OFII). « Rapport d’activité 2011 ». 2011.
- [45] OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES (OFPRA). « Rapport d’activité 2013 ». 2014.
- [46] Denis RAYNAUD. « Les déterminants individuels des dépenses de santé ». In : *Études et résultats* (2002). Sous la dir. de DREES.
- [47] Denis RAYNAUD. « L’impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins ». In : *Études et résultats* (mar. 2003). Sous la dir. de DREES.
- [48] Richard RECHTMAN. « Être victime : généalogie d’une condition clinique ». In : *L’évolution psychiatrique* 67.4 (2002), p. 775–795.
- [49] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. « Le code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile ». CESEDA.
- [50] Cécile ROUSSEAU et Patricia FOXEN. « Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? » In : *L’évolution Psychiatrique* 71 (2006), p. 505–520.

- [51] Nadine SANNINO et Marie BELKHAYAT. « Pathologies infectieuses et mode de garde des enfants d'âge préscolaire. Synthèse bibliographique ». In : *Dossier étude. Allocations familiales* 32 (2002). Sous la dir. de CAF.
- [52] Ministère de l'intérieur. SECRÉTARIAT GÉNÉRAL À L'IMMIGRATION ET À L'INTÉGRATION. « Guide du demandeur d'asile ». 2011.
- [53] Commission des finances du SÉNAT. ROGER KAROUTCHI. « Rapport d'information sur l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ». 2012.
- [54] Arnaud VEÏSSE, Laure WOLMARK et Pascal REVAULT. « Santé mentale des migrants / étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner ». In : *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2-3-4 (jan. 2012), p. 36–40.
- [55] Adam WAGSTAFF et Eddy van DOORSLAER. « Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care ». In : *Journal of Human Resources* 35.4 (2000), p. 716–733.
- [56] Marc WLUCZKA et Elisabeth DEBSKA. « La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH en 2006 ». ANAEM. Mar. 2007.

Comparaison de l'état de santé d'un groupe de demandeurs d'asile avant et après l'obtention du statut de réfugié.

Cette étude compare l'état de santé de 105 réfugiés pendant deux périodes d'un an avant et après l'obtention du statut officiel de réfugié. Il s'agit d'une étude cas-témoin où chaque sujet est son propre témoin. Par comparaison avec la période précédente, après obtention du statut de réfugié le nombre de consultations, le nombre d'ordonnances et le nombre de lignes de médicaments prescrits (critères principaux d'évaluation) diminuent de plus de 30 % (différences statistiquement significatives, $p < 10^{-6}$ au test de Student). Les résultats sont très robustes. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles mentaux, et ce sont eux qui diminuent le plus. L'hypothèse explicative principale est que la situation psychologique et sociale des demandeurs d'asile est pathogène : la fin de cet état permet une amélioration de l'état de santé. Il est possible aussi que la reconnaissance officielle des persécutions joue un rôle thérapeutique.

Comparison of the state of health in a group of asylum-seekers before and after obtaining the refugee status.

This study compares the state of health of 105 asylum-seekers in France during the year before and the year after obtaining the official refugee status. This is a case-control study in which each subject is his own control. Compared with the previous period, after obtaining the refugee status, the number of visits, the number of orders and the number of lines of drugs prescription (main assessment criteria) are reduced by more than 30 % (statistically significant differences : $p < 10^{-6}$ in the Student Test). Results are very robust. The most common diagnoses were mental disorders, and they are the ones that decrease the most. The main hypothesis is that psychological and social situation of asylum-seekers is pathogenic : an end to this state leads to improved health. It is also possible that the official recognition of persecutions plays a therapeutic role.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : médecine générale – demandeur d'asile – réfugié – état de santé – recours aux soins – consommation médicale – general practice – asylum seeker – refugee – health status – health services accessibility

Faculté de Médecine Purpan – 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : DOUBOVETZKY, Jean